

MIGUEL RUBEN MARQUES MENEZES

Efeito da convergência das perspetivas do terapeuta e do cliente sobre as
sessões para a evolução dos resultados da terapia



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2019

MIGUEL RUBEN MARQUES MENEZES

Efeito da convergência das perspetivas do terapeuta e do cliente sobre as
sessões para a evolução dos resultados da terapia

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

Efeito da convergência das perspectivas do terapeuta e do cliente sobre as sessões para a evolução dos resultados da terapia

Declaração da Autoria do 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.

(Miguel Ruben Marques Menezes)

Copyright Miguel Ruben Marques Menezes. 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, gostaria de agradecer aos meus pais por todo o apoio e logística com que me auxiliaram. Foram um grande suporte, não só ao longo do período em que esta dissertação foi elaborada, como todo o período acadêmico. Sem eles, teria sido tudo muito mais difícil.

Gostaria de agradecer à equipa de psicólogos que além de fornecerem todo o conteúdo terapêutico sobre qual esta dissertação incidiu, também trataram de recolher e organizar primariamente os dados que foram a base desta dissertação. Sem eles, esta dissertação não teria existido.

Um grande agradecimento ao Professor Doutor Luís Janeiro, que apesar das minhas sucessivas falhas em cumprir prazos delineados, teve a paciência necessária, para manter a sua orientação, sempre com o mesmo grau de profissionalismo e empenho. Sem ele, esta dissertação também não teria sido possível.

Por fim, gostaria de agradecer não só a todos aqueles que, apesar de me ter alongado em demasia no tempo que demorei a concluir a dissertação, nunca deixaram de acreditar em mim e de me incentivar, como também aos que personificaram a adversidade, pois o seu efeito acabou por ser catalisador para a minha motivação.

Resumo

Os estudos atuais tendem a considerar a psicoterapia como um processo diádico, de partilha, negociação de significados e encontro entre terapeuta e cliente. Quanto maior a concordância e convergência de perspectivas do terapeuta e cliente sobre a própria terapia melhores serão os resultados. Neste estudo pretendemos descrever a convergência no que diz respeito à avaliação que terapeuta e cliente fazem das sessões terapêuticas e avaliar o seu contributo para os resultados da terapia.

A amostra foi composta por 24 sujeitos que realizaram acompanhamento psicoterapêutico no Serviço de Psicologia da Escola de Psicologia da Universidade do Minho. Após as sessões, terapeutas e clientes preencheram o Questionário de Avaliação da Sessão, enquanto apenas os clientes responderam ao Outcome Questionnaire no final de todas as sessões. Os dados foram analisados com recurso a um procedimento de Modelagem Linear Hierárquica Polinomial em combinação com a Análise de Resposta de Superfície.

Os resultados sugerem que a concordância na suavidade e a convergência na positividade, aspetos que definem qualidades relacionais e emocionais da relação terapêutica, em fases mais avançadas da terapia, se associam à obtenção de resultados. Havendo discordância, em particular no fator positividade, que ocorreu tipicamente na fase inicial da terapia, para a obtenção de resultados é mais importante que o cliente se sinta melhor do que o terapeuta.

Este estudo permitiu estabelecer hipóteses relativamente ao modo como a experiência partilhada pelo terapeuta e cliente nas sessões poderá contribuir para os resultados terapêuticos numa população clínica.

Palavras-chave: díade, convergência, avaliação da sessão, resultados terapêuticos.

Abstract

Current studies tend to consider psychotherapy as a dyadic process of sharing, meaning negotiation and meeting between therapist and client. The greater the agreement and convergence of the therapist and client's perspectives on the therapy itself, the better will be the outcome. In this study we intended to describe the convergence with regard to the therapist and client evaluation of the therapeutic sessions and to assess their contribution to the outcome.

The sample consisted of 24 subjects who underwent psychotherapeutic follow-up at the Psychology Service of the School of Psychology at the University of Minho. After the sessions, therapists and clients completed the Session Evaluation Questionnaire, while only the clients answered the Outcome Questionnaire at the end of all sessions. The data were analyzed using a Polynomial Hierarchical Linear Modeling procedure in combination with the Surface Response Analysis.

The results suggest that the agreement on smoothness and the convergence on positivity, aspects that define the relational and emotional qualities of the therapeutic relationship are associated to the outcome, in more advanced stages of the therapy. If there is disagreement, particularly in the positivity factor, which typically occurred in the initial stage of the therapy, it is more important for the client to feel better, than for the therapist.

This study made it possible to establish hypotheses as to how the experience shared by therapist and client in the sessions could contribute to the therapeutic results in a clinical population.

Key Words: dyad, convergence, session evaluation, therapeutic outcome.

Índice

1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. O papel do terapeuta e do cliente na psicoterapia.....	1
1.2. A importância da díade: o estudo da concordância e da convergência.....	3
1.3. Avaliação da sessão terapêutica: A perspectiva do terapeuta e a do cliente.....	9
2. OBJETIVOS.....	13
3. METODOLOGIA.....	14
3.1. Participantes.....	14
3.2. Terapeutas.....	14
3.3. Instrumentos.....	15
3.3.1. Questionário de Avaliação da Sessão (QAS).....	15
3.3.2. Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2).	16
3.3.3. Outcome Questionnaire Short Form (OQ-10).	16
3.4. Procedimento de recolha de dados.....	17
3.5. Procedimento de análise de dados.....	18
3.5.1. Críticas apontadas aos métodos da Diferença de Pontuações e Correlações de Semelhança de Perfil.....	18
3.5.2. Regressão Polinomial (RP), Modelagem Linear Hierárquica (MLH) e Análise de Resposta de Superfície (ARS).	19
4. RESULTADOS.....	21
4.1. Profundidade e suavidade e o seu contributo para a evolução dos resultados.....	22
4.2. A convergência/divergência na positividade e ativação e avaliação do seu contributo para a evolução dos resultados.....	26
5. DISCUSSÃO.....	31
6. CONCLUSÃO.....	38
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39

Índice de Tabelas

Tabela 1. Coeficientes obtidos através do MLH – P para os fatores profundidade e suavidade com base na avaliação de terapeutas e clientes e tendo em conta o fator tempo e o OQ-45.....	23
Tabela 2. Respostas de Superfície para terapeutas e clientes entre o fator suavidade (QAS) e os resultados terapêuticos (OQ-10).....	23
Tabela 3. MLH para o fator positividade e ativação entre terapeutas e clientes, tendo em conta o fator tempo e o OQ-45.....	27
Tabela 4. Respostas de Superfície para terapeutas e clientes entre o fator positividade (QAS) e os resultados terapêuticos (OQ-10).....	27

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Média das pontuações dos resultados terapêuticos (OQ-10) (eixo Y), ao longo das 16 sessões (eixo X).....	22
Gráfico 2. Avaliação da suavidade das sessões por terapeuta e cliente (eixo Y) ao longo das sessões (eixo X).....	25
Gráfico 3. Média (entre terapeuta e cliente) do fator suavidade (eixo Y) ao longo das sessões terapêuticas (eixo X).....	25
Gráfico 4. Divergência (entre terapeuta e cliente) do fator suavidade (eixo Y) ao longo das sessões terapêuticas (eixo X).....	25
Gráfico 5. Evolução da positividade de terapeuta e cliente (eixo Y) ao longo das sessões (eixo X).....	30
Gráfico 6. Média (entre terapeuta e cliente) do fator positividade (eixo Y) ao longo das sessões terapêuticas (eixo X).....	30
Gráfico 7. Divergência (entre terapeuta e cliente) do fator positividade (eixo Y) ao longo das sessões terapêuticas (eixo X).....	30

Índice de Figuras

Figura 1. Linha da concordância entre cliente (eixo X) e terapeuta (eixo Y) relativamente ao fator suavidade.....	24
Figura 2. Linha da concordância entre cliente (eixo X) e terapeuta (eixo Y) relativamente ao fator positividade.....	28
Figura 3. Linha da discordância entre cliente (eixo X) e terapeuta (eixo Y) relativamente ao fator positividade.....	29

1. INTRODUÇÃO

1.1. O papel do terapeuta e do cliente na psicoterapia

Ao contrário do que se pretendia confirmar através do movimento dos tratamentos empiricamente validados, os estudos empíricos mostraram que a mudança em psicoterapia não pode ser explicada através da utilização de técnicas específicas para tratar patologias específicas (Miller, Duncan & Hubble, 2005). De acordo com diversos autores (Garfield, 1995; Grenavage & Norcross, 1990; Hubble, Duncan & Miller, 1999b; Imel & Wampold, 2008; Lambert, 1992; Lambert & Ogles, 2004; Norcross, 2018) a mudança que se observa nos clientes deve-se a fatores comuns às diversas terapias como, por exemplo, as que se associam à relação terapêutica.

Ao atribuir importância aos fatores comuns, em detrimento da técnica terapêutica, foi também dado relevo ao contributo dos protagonistas da relação terapêutica – terapeuta e cliente – e à sua própria perspectiva sobre o seu papel para a obtenção de resultados (Wampold, 2001).

Os terapeutas deixaram de ser considerados apenas como técnicos que de modo diligente aplicavam a técnica terapêutica (Wampold, 2001a; Wampold & Bhati, 2004). Com efeito, mesmo entre os que aplicavam o mesmo modelo terapêutico se verificaram diferenças significativas nos resultados dos seus clientes; estas foram atribuídas às diferenças individuais entre os terapeutas. Concluiu-se que entre 8 e 9% dos resultados se poderiam dever às características dos terapeutas (Wampold, 2006b). Por exemplo, Baldwin, Wampold e Imel (2007) descobriram que eficácia do terapeuta se devia à sua capacidade de formar uma aliança terapêutica forte com os seus clientes. Nesse sentido, foram identificadas características e

condutas do terapeuta associadas à capacidade de formar uma melhor aliança terapêutica com os seus clientes, como: ser empático (Bohart, Elliott, Greenberg & Watson, 2002), considerar de forma positiva o seu cliente (Truax & Carkhuff, 1967; Orlinsky & Howard, 1978; Farber & Lane, 2002), ser congruente/genuíno (Klein, Kolden, Michels & Chisholm-Stockaid, 2002), focar-se nos recursos do cliente, em lugar dos problemas (Gassman & Grawe, 2006), fornecer *feedback* apropriado ao cliente (Claiborn, Goodyear & Horner, 2002), ser capaz de reparar rupturas na aliança terapêutica (Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2002), ser capaz de gerir os processos de contratransferência (Gelso & Hayes, 2002) e ser reflexivo, ou seja, de refletir acerca das suas próprias condutas como terapeuta, colocando-as em causa (Nissen-Lie et al., 2017). Todas estas características por parte do terapeuta, não só potenciam a aliança como auxiliam o processo de proatividade e de cura do cliente (Duncan, Miller, Wampold & Hubble, 2010).

O papel do cliente e a sua perspetiva sobre o processo psicoterapêutico começou a ser estudada no âmbito das psicoterapias rogerianas, mais especificamente através de Lipkin (1948). Esta área de investigação foi crescendo com o objetivo de compreender a perspetiva do cliente acerca da terapia ou a sua experiência terapêutica, ou seja, as suas sensações, perceções, pensamentos e sentimentos durante e em referência às sessões terapêuticas (Elliot & James, 1989).

Nos anos 90, foi reconhecido definitivamente o papel do cliente para os resultados terapêuticos. Bergin e Garfield (1994) e Orlinsky, Grawe e Parks (1994) afirmaram que o cliente chega a ser mais importante do que o terapeuta no processo de mudança. Alguns estudos qualitativos (Levitt, 2004; Rennie, 2000) demonstraram que os clientes são bastante ativos durante as sessões e, embora o façam de forma velada, entram com frequência nos seus processos terapêuticos já munidos de um plano e trabalham no sentido de conduzir as sessões na direção que entendem ser a mais benéfica. Quando há obstáculos, os clientes trabalham nas

falhas terapêuticas de forma a potencializar o sucesso terapêutico (Levitt & Rennie, 2004; Tallman, Robinson, Kay, Harvey, & Bohart, 1994) e atribuem aos seus esforços e proatividade os resultados obtidos na terapia (Hoemer, 2007). Noutras palavras, a proatividade dos clientes é um fator comum das diferentes formas de psicoterapia (Duncan et al., 2010), o que desafia terapeutas e teóricos a não considerarem os clientes como sendo apenas objetos passivos a quem as técnicas são administradas.

1.2. A importância da díade: o estudo da concordância e da convergência

Clarkin e Levy (2004) enfatizaram uma visão mais dinâmica da relação terapeuta-cliente, sugerindo que desde o início da terapia, os fatores inerentes ao cliente começam a interagir dinamicamente com os fatores inerentes ao terapeuta e ao tratamento. Daí se ter começado a perceber a importância da díade, ou seja, do relacionamento único que se desenvolve entre terapeuta e cliente.

Um fenómeno diádico identificado por Pepinsky e Karst (1964) foi a convergência entre os protagonistas de uma relação dual ou de grupo. A convergência descreve o modo como, ao longo do tempo, as pessoas se tornam mais semelhantes nos julgamentos, perspectivas, crenças, comportamentos e emoções relativamente a situações partilhadas. A concordância distingue-se da convergência na medida em que se refere à semelhança encontrada entre duas pessoas, não ao longo do tempo, mas apenas num dado momento.

A investigação ao nível da Psicologia Social tem demonstrado que a uma maior concordância e convergência nos relacionamentos íntimos correspondem relações mais coesas e satisfatórias (Anderson & Keltner, 2004; Gonzaga, Campos & Bradbury, 2007; Kenny & Kashy, 1994). Na psicoterapia, a interação social entre terapeuta e cliente tende a evoluir para uma relação terapêutica de proximidade. Diversos autores (eg., Pepinsky & Karst, 1964;

Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Coyne, Constantino, Laws, Westra & Martin, 2017) consideraram que à evolução da relação terapêutica estaria subjacente um fenómeno de convergência na díade terapeuta-cliente e este, por sua vez, poderia influenciar o sucesso da psicoterapia. Para avaliar a qualidade da relação terapêutica, a aliança terapêutica tem sido o constructo mais estudado na psicoterapia.

Uma aliança terapêutica forte reflete a concordância entre terapeuta e cliente nos objetivos e tarefas que ambos definem para o processo terapêutico e a presença de um vínculo relacional de confiança mútua (Bordin, 1979). Como se pode depreender desta definição, a ideia de concordância e convergência estão subjacentes a uma boa aliança terapêutica (Gaston et al., 1995). Portanto, independentemente da abordagem de tratamento, uma aliança de qualidade acontece quando a díade terapeuta-cliente trabalha em conjunto para chegar, ao longo do tempo, a uma compreensão mais alinhada (convergente) de aspetos-chave da relação terapêutica (i.e., acordo no objetivo/tarefa e no vínculo percebido) (Coyne et al., 2017). Dada a proximidade conceptual entre aliança terapêutica e convergência, não é de estranhar que a maior parte dos estudos sobre a concordância/convergência tenham sido realizados por referência à aliança (Coyne et al., 2017). Nesses estudos, procurou-se avaliar de que modo a concordância/convergência entre terapeuta e cliente na avaliação da aliança terapêutica contribui para a obtenção de resultados terapêuticos.

Com base nas diversas meta-análises realizadas concluiu-se que existe um efeito positivo e significativo da aliança sobre os resultados (Horvath et al., 2011) que não depende do modelo terapêutico utilizado. A maior parte dos estudos incluídos nessas meta-análises consideravam apenas a perspectiva de um dos protagonistas (terapeuta ou cliente) na avaliação da aliança, não permitindo assim tirar qualquer tipo de conclusão sobre a concordância/convergência ao nível da díade. Para estudar a concordância/convergência entre terapeuta e cliente na avaliação da aliança terapêutica foi necessário avaliar a perceção da

aliança por parte dos dois intervenientes – terapeuta e cliente – no processo terapêutico. Esta é uma novidade metodológica que resulta do estudo da concordância/convergência.

Em seguida, resumimos os resultados obtidos nos estudos empíricos realizados sobre a concordância/convergência entre terapeuta e cliente na avaliação da aliança terapêutica e do seu efeito sobre os resultados. Enunciamos também algumas questões metodológicas específicas do estudo da concordância/convergência.

Numa meta-análise de 53 estudos, Tryon, Blackwell e Hammel (2007) concluíram que existia uma correspondência apenas moderada entre avaliação dos terapeutas sobre a experiência de aliança terapêutica com os seus clientes e dos relatos dos próprios clientes sobre a sua experiência de aliança com o seu terapeuta. Além disso, concluíram que os terapeutas subestimavam significativamente as classificações de aliança terapêutica dos seus clientes. As discrepâncias foram maiores em terapias mais curtas e nos tratamentos de clientes com patologia leve e moderada. Diversos motivos podem ser apontados para estes resultados. Naturalmente, a capacidade de terapeutas e clientes para construir um relacionamento e descrevê-lo pode diferir. Em primeiro lugar, ambos têm a sua própria tendência a perceber as interações interpessoais com base no seu historial de relacionamentos. Depois, considerando os seus diferentes papéis, pode-se esperar que terapeutas e clientes tenham perspetivas diferentes sobre a aliança terapêutica que entre si estabelecem (Bachelor, 2013). A perspetiva dos clientes pode ser baseada nas suas crenças e em conhecimentos sobre o que é útil e o que funcionou para si no passado. Por exemplo, ao tentar estimar a força da sua aliança com os seus terapeutas, os clientes podem comparar a sua relação com o terapeuta a outras relações íntimas da sua vida. Da mesma forma, os terapeutas talvez confiem nas anteriores experiências com clientes para avaliar a aliança no relacionamento atual e o facto de possuírem treino e experiência na identificação de aspetos do relacionamento, algo ao qual os

clientes não têm acesso, também poderá contribuir para gerar perspectivas diferentes (Zilcha-Mano, Snyder & Silberschatz, 2016).

Apesar de terapeuta e cliente terem referenciais de avaliação da relação terapêutica que são diferentes, seria de esperar que à medida que a relação evolui e se torna mais próxima a avaliação da relação se tornasse mais convergente, sendo também razoável supor que a um maior nível de convergência entre terapeuta e cliente correspondesse um melhor resultado terapêutico (Zilcha-Mano et al., 2016). Com efeito, num estudo naturalista (Atzil-Slonim et al., 2015), verificou-se que a similaridade dos níveis de aliança terapêutica entre cliente e terapeuta aumentou significativamente ao longo do tempo (maior convergência) e, num outro estudo, onde se recolheram os relatos de cliente e terapeuta e se perguntava quais tinham sido os eventos importantes da sessão terapêutica, descobriu-se que a uma maior convergência entre terapeuta e cliente correspondiam melhores resultados terapêuticos (Kivlighan & Arthur, 2000). Contudo, esta configuração de resultados não se verificou em todos os estudos.

A análise dos estudos sobre a concordância/convergência e o seu efeito sobre os resultados tem sido realizada tendo em consideração os métodos de análise estatística usados.

Rozarmin et al. (2008) usaram o valor da correlação entre dois perfis de avaliação da mesma variável, método designado por Correlação de Semelhança de Perfil (CSP), e verificaram que, quando terapeutas e clientes possuíam um padrão similar de avaliação da Aliança Terapêutica, os clientes obtinham maiores mudanças entre os momentos pré e pós-terapia numa medida composta de problemas interpessoais e noutras queixas. Com recurso ao método que toma a Diferença de Pontuações (DP) como um indicador da (dis)concordância, num estudo em que foi realizada psicoterapia para o tratamento de vários tipos de perturbações, a concordância inicial (à terceira sessão) nos valores de aliança terapêutica entre terapeutas e clientes estava associada a uma maior diminuição sintomática inicial (Long, 2001). No entanto, também quando se utilizou a DP, não foi encontrada associação entre a

convergência na avaliação da aliança e o resultado terapêutico (Fitzpatrick, Iwakabe & Stalikas, 2005) ou no risco do abandono (Meier & Donmall, 2006).

Marmarosh e Kivlighan (2012) apontaram diversos tipos de problemas aos métodos estatísticos (DP e CSP) adotados nos estudos previamente descritos. Na secção dos procedimentos de análise iremos detalhar as limitações dessas metodologias. Os autores argumentaram que, para examinar o efeito do nível da convergência no resultado terapêutico, os investigadores deveriam usar uma combinação de procedimentos que inclui a Regressão Polinomial (RP) e a Análise de Resposta de Superfície (ARS).

Marmarosh e Kivlighan (2012) usaram a RP e a ARS em duas amostras de díades de terapeutas e clientes. Descobriram que existia menos sintomatologia e que as sessões eram mais suaves quando no início da terapia se registou concordância na aliança terapêutica entre terapeutas e clientes a um nível mais alto, comparativamente à concordância num nível mais baixo. Uma possibilidade de análise da RP e da ARS é a de identificar, quando existe discordância, qual o contributo de cada um dos protagonistas da díade para os resultados. Assim, os autores também descobriram que quando as avaliações dos clientes da aliança terapêutica eram mais baixas do que as dos seus terapeutas, os clientes classificaram as sessões como sendo menos suaves do que quando as suas classificações da aliança eram mais altas que as dos seus terapeutas. Noutra amostra do mesmo estudo, as consequências da concordância de alianças foram as mesmas (menos sintomatologia na concordância a níveis elevados), no entanto, não foi relevante quem classificava a aliança como mais elevada (se terapeuta ou cliente).

Além de Marmarosh e Kivlighan (2012), noutros estudos recentes, que utilizaram a RP e a ARS, verificou-se uma associação consistente entre a concordância (Zilcha-Mano et al., 2016) ou a convergência (Rubel, Bar-Kalifa, Atzil-Slonim, Schmidt & Lutz, 2018) e os resultados terapêuticos. Neste último, com um *design* de medidas repetidas, os autores

aplicaram a RP através da Modelagem Linear Hierárquica (MLH) para estudarem a convergência – o efeito da aproximação, ao longo da terapia, entre terapeuta e cliente na avaliação da aliança sobre os resultados.

A análise de dados através da MLH também tem sido aplicada em estudos longitudinais que utilizaram como preditor dos resultados a DP entre terapeuta e cliente na variável independente, obtendo resultados positivos de forma consistente. Num desses estudos, Laws et al. (2016) avaliaram o efeito da convergência na avaliação da aliança terapêutica com clientes que receberam terapia cognitivo-comportamental ou psicoterapia breve de apoio para a depressão crônica. Os níveis de aliança entre terapeuta e cliente evidenciaram uma maior convergência ao longo do tempo, que foi associada a uma redução gradual mais acentuada dos sintomas depressivos e um nível menor de depressão no final da terapia. Num estudo posterior, Coyne et al. (2017), tentaram perceber se a concordância inicial iria determinar uma maior convergência ao longo da terapia e, posteriormente, contribuir para a obtenção de resultados terapêuticos positivos. Concluíram que a concordância na aliança terapêutica ao início da terapia estava associada a uma maior redução subsequente de preocupação e stress e, por outro lado, a combinação entre níveis iniciais baixos de aliança avaliada pelo cliente e uma baixa convergência entre terapeuta e cliente na avaliação da aliança estavam associados a piores resultados terapêuticos (mais preocupação e stress).

Em suma, todos os estudos revistos nesta dissertação que investigam a concordância entre terapeuta e cliente na avaliação da aliança e a sua associação aos resultados terapêuticos, apresentaram resultados positivos: quer tendo utilizado o método da DP (Long, 2001), quer tendo utilizado RP com ARS (Marmarosh & Kivlighan, 2012; Zilcha-Mano et al., 2016). Dos estudos que investigaram a convergência entre terapeuta e cliente e a sua associação com os resultados terapêuticos, apenas os que utilizaram somente a DP (Fitzpatrick et al., 2005;

Meier & Donmall, 2006) não encontraram associação entre a convergência e os resultados terapêuticos. Quando o método DP foi integrado na análise através da MLH, em estudos mais recentes (Laws et al., 2016; Coyne et al., 2017), a convergência entre terapeuta e cliente teve uma influência positiva no resultado terapêutico. O mesmo também sucedeu nos estudos utilizando outros métodos: RP e ARS (Rubel et. al, 2018) e CSP (Rozarmin et al., 2008).

Nesta dissertação optamos pelo uso dos métodos considerados mais adequados para análise da convergência pela literatura, nomeadamente a RP e a ARS em combinação com a MLH. Este procedimento, que foi utilizado no estudo de Rubel et al. (2018), possui uma dupla função, modelar dados longitudinais através da RP com a MLH para uso posterior na ARS e para descrever a evolução da convergência/divergência foi usado novamente a MLH. Na secção dos procedimentos de análise explicaremos todos os passos dos procedimentos estatísticos usados.

1.3. Avaliação da sessão terapêutica: A perspetiva do terapeuta e a do cliente

Nas sessões de psicoterapia atualiza-se um processo de construção social protagonizado pela díade terapeuta-cliente sobre a patologia e o modo como a tratar (Clarkin & Levy, 2004), com conteúdos específicos e idiossincráticos que são “apurados” ao longo do processo terapêutico e associados a cada díade terapêutica. Assim, seria de esperar que a convergência de perspetivas do terapeuta e do cliente sobre o modo como avaliam as sessões estivesse associada a bons resultados terapêuticos. Em termos de implicações para a prática clínica, ao descrever como a convergência/divergência se relaciona com os resultados é possível alertar os terapeutas para a importância da negociação que ocorre na díade acerca da avaliação e significado da própria sessão e do processo terapêutico (Hartmann, Joos, Orlinsky & Zeeck, 2014).

As avaliações dos participantes acerca da sessão terapêutica e o seu estado afetivo após as sessões permite estimar os efeitos imediatos das sessões terapêuticas (Stiles & Snow, 1984). Stiles (1980) desenvolveu o Session Evaluation Questionnaire (SEQ) com o objetivo de identificar os fatores que contribuem para a avaliação do impacto imediato das sessões. O questionário, enquanto medida de impacto, avalia dois fatores da sessão, a profundidade e a suavidade, dando-nos uma ideia de como a sessão foi experienciada tanto pelo terapeuta como pelo cliente. Quando uma sessão é avaliada como profunda pelos respondentes isso significa que a sessão foi considerada poderosa, valiosa, preenchida e especial. Por outro lado, a sessão superficial é vazia, fraca, sem valor e banal (Stiles et al., 1994). A suavidade da sessão é a qualidade descrita pelos respondentes como suave, relaxante, agradável, simples e confortável. Por contraste, a dureza da sessão é a qualidade descrita como dura, tensa, desagradável, difícil e desconfortável (Stiles et al., 1994).

O questionário também diferencia dois fatores do humor pós-sessão, a positividade e ativação, que avaliam como terapeuta e cliente se sentem após a sessão (Stiles et al., 1994). Os dois fatores pós-sessão são consistentes com o modelo de espaço afetivo de Russell (1978, 1979) que afirma que prazer e excitação são essenciais para o significado dos termos emocionais. A positividade sentida após a sessão é a qualidade relacionada com a felicidade, satisfação e confiança, sendo também a sessão tida como bem-definida e amigável. Ao contrário, a negatividade após a sessão associa-se a descritores como triste, irritada, incerta, receosa e hostil (Stiles et al., 1994). A ativação sentida após a sessão é a qualidade descrita como em movimento, excitada, rápida, energética e estimulada. Por oposição, aqueles que obtêm valores baixos neste fator, sentem as sessões como induzindo imobilidade, apatia e lentificação (Stiles et al., 1994).

Na investigação que descreve os aspetos terapêuticos que são percecionados como importantes pelos clientes concluiu-se que estes tendem a valorizar os aspetos relacionais da

terapia enquanto os terapeutas davam maior ênfase aos aspectos técnicos (Gurman, 1977; Orlinsky & Howard, 1986b; Horvath et al., 2011). Com efeito, a investigação realizada no âmbito das perspectivas do terapeuta e do cliente acerca do processo terapêutico indica que existe pouca convergência entre ambos relativamente a muitas áreas do processo terapêutico (Caskey et al., 1984; Elliott & James, 1989; Gurman, 1977; Heppner, Wampold & Kivlighan, 2008; Lambert et al., 1978; Orlinsky & Howard, 1975; Stiles & Snow, 1984).

Os clientes tendem a valorizar as sessões mais suaves, apresentando sentimentos mais positivos após as sessões mais suaves enquanto que os terapeutas tendem a valorizar sessões mais profundas, revelando sentimentos mais positivos após sessões com maior profundidade. Tal faz com que a avaliação da sessão entre ambos esteja apenas moderadamente correlacionada (Stiles, 1980).

Pesale, Hilsenroth e Owen (2012) pretenderam saber como é que a avaliação das sessões influenciava o resultado. Descobriram que a profundidade das sessões avaliada pelos clientes não estava relacionada com os resultados, mas 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 mais suaves, obtiveram melhores resultados. A positividade após as sessões também estava relacionada com os resultados. Quando o sentimento pós-sessão foi mais positivo, no início da terapia, contribuiu para uma melhoria na sintomatologia e para melhores resultados no funcionamento social e interpessoal. Além disso, os autores referiram que apesar da ativação durante a fase inicial da terapia ter tido pouco ou nenhum impacto nos resultados, teve influência nos mesmos, desde o meio do tratamento até ao final.

Marmarosh e Kivlighan (2012) descobriram que o acordo em relação à aliança terapêutica em níveis elevados, no início da terapia, estava associado a uma também elevada suavidade da sessão e a uma mais acentuada redução sintomatológica. Mallinckrodt (1993) chegou a conclusões parecidas, ao obter resultados que indicam que 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, sobretudo com a profundidade e com a positividade. 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 as sessões avaliadas como mais suaves podem ser cruciais para a obtenção de resultados terapêuticos. Ainda no que se refere à obtenção de resultados, a ativação parece ser mais importante na fase intermediária da terapia e a suavidade e a positividade poderão ser mais importantes na fase final.

Lingiardi, Colli, Gentile e Tanzilli (2011) estudaram a relação entre a Aliança Terapêutica e a avaliação das sessões, mas só ao nível do fator profundidade. Os resultados obtidos demonstraram que sessões mais profundas estavam associadas com o vínculo estabelecido com o terapeuta (dimensão da aliança terapêutica) e às intervenções do terapeuta que se focavam em aprofundar a expressão emocional do cliente, explorando material inconsciente.

Há evidências de que os clientes que desistem da terapia pontuaram a profundidade com resultados mais baixos do que aqueles que permanecem (Samstag, Batchelder, Muran, Safran & Winston, 1998; Tryon, 1990). Apesar de se considerar que a profundidade mede explicitamente o valor da sessão estimado pelos participantes, a sua ligação aos resultados terapêuticos é modesto. Thompson e Hill (1993) descobriram que a profundidade na perspectiva do cliente à terceira semana de terapia predisse a satisfação e o resultado

terapêutico numa medida composta. No entanto, Stiles, Shapiro e Firth-Cozens (1990) relataram que a média dos resultados da profundidade na perspectiva do cliente e por avaliadores externos em cassette áudio não estava significativamente correlacionada com o resultado terapêutico. Não fica claro se a escassez de evidências que liga o fator profundidade aos resultados terapêuticos reflete a ausência de uma relação robusta ou simplesmente a incapacidade dos estudos para examinar a questão.

Nos estudos citados foi assinalada uma concordância diminuta entre terapeuta e cliente no que se refere à avaliação das sessões. Que seja do nosso conhecimento, não existem estudos que procurem avaliar a evolução da concordância, ou seja, a convergência entre terapeuta e cliente no que se refere à avaliação da sessão – impacto da sessão e humor pós-sessão – e o modo como esta se associa aos resultados.

2. OBJETIVOS

Nesta dissertação, pretendemos descrever a convergência no que diz respeito à avaliação que terapeuta e cliente fazem das sessões terapêuticas (objetivo 1), e avaliar o seu contributo para os resultados da terapia (objetivo 2). Caso haja divergência entre terapeuta e cliente na avaliação das sessões, pretendemos analisar se os resultados são melhores quando o terapeuta avalia a sessão terapêutica mais favoravelmente que o cliente, ou o contrário, os resultados são melhores quando o cliente avalia a sessão mais favoravelmente que o terapeuta (objetivo 3).

3. METODOLOGIA

3.1. Participantes

Das vinte e seis pessoas que inicialmente iniciaram acompanhamento psicoterapêutico no Serviço de Psicologia da Escola de Psicologia da Universidade do Minho, duas desistiram na triagem, pelo que a amostra foi de vinte e quatro.

Os clientes que participaram no estudo apresentavam idades compreendidas entre os 18 e os 52 anos, sendo a idade mais representada, 18 anos ($n = 3$), e a média, 30 anos ($DP = 11,1$). O género mais representado foi o feminino ($n = 16$; 66,6%) em relação ao masculino ($n = 8$; 33,3%).

Relativamente às habilitações literárias, oito clientes frequentavam ou tinham completado o ensino secundário (33,3%), dez frequentavam uma licenciatura (41,6%), dois tinham concluído a licenciatura (8,33%), dois possuíam um mestrado (8,33%) e dois tinham ou frequentavam um doutoramento (8,33%).

Em termos de diagnóstico, dezassete clientes foram diagnosticados com Depressão Major (70,83%), cinco clientes apresentavam diagnóstico de Ansiedade Social (20,83%) e dois apresentavam Fobia Social (8,33%).

3.2. Terapeutas

As intervenções foram realizadas por seis terapeutas do Serviço de Psicologia da Escola de Psicologia da Universidade do Minho, com formação no modelo de psicoterapia individual de orientação cognitivo-comportamental de 16 sessões.

Os terapeutas, maioritariamente do sexo feminino ($n = 5$; 83,3%), tinham uma experiência clínica enquanto psicoterapeutas que variava entre os 4 e os 22 anos, sendo a média de 12,8 anos ($DP = 7,02$).

3.3. Instrumentos

3.3.1. Questionário de Avaliação da Sessão (QAS).

O QAS é uma adaptação e tradução para português do Session Evaluation Questionnaire (SEQ - form-5, Stiles et al., 1994), realizada em 2005 e revista em 2009 por Gonçalves e Ribeiro. Este instrumento, concebido para avaliar a experiência da terapia, é constituído por dois fatores de avaliação da sessão, a profundidade e a suavidade, e dois fatores do humor pós-sessão, a positividade e a ativação (Stiles et al., 1994). O QAS é composto por 21 itens correspondentes a 21 pares de adjetivos bipolares, pontuados de 1 a 7, que se distribuem por duas secções: uma referente à avaliação da sessão e outra ao humor pós-sessão.

O QAS permite obter uma pontuação para cada fator, a variar entre 1 e 7, sendo que pontuações mais elevadas indicam maior profundidade, suavidade, positividade e/ou ativação. A consistência interna do instrumento, medida pelo Alfa de Cronbach, tem demonstrado valores adequados para os fatores do SEQ: 0.90 para a profundidade, 0.93 para a suavidade (Stiles, Gordon & Lani, 2002), 0.90 para a positividade e 0.80 para a ativação (Stiles et al., 1994). Segundo o autor, versões do SEQ noutras línguas, como o caso do QAS, obtiveram valores semelhantes de fiabilidade (Stiles et al., 2002).

3.3.2. Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2).

O OQ-45.2 (Lambert et al., 1996) é um inventário de avaliação da sintomatologia, considerado útil para examinar a eficácia de intervenções psicoterapêuticas na redução sintomática, dado que é sensível a alterações de sintomatologia que ocorrem num curto espaço de tempo. É uma medida de autorrelato constituída por 45 itens, cotados numa escala de *likert* de cinco pontos. A versão portuguesa do OQ-45.2 foi adaptada por Machado e Fassnacht (2015), tendo sido obtidos resultados satisfatórios no que se refere às suas características psicométricas. A versão portuguesa do OQ-45.2 revelou uma consistência interna adequada e comparável à original (Machado & Fassnacht, 2015).

O OQ-45.2 possui três subescalas: Desconforto Subjetivo, Relações Interpessoais e Desempenho do Papel Social. A escala global pontua-se por um mínimo de 0 pontos e um máximo de 180. Quanto menor é o valor, melhor é o resultado terapêutico.

3.3.3. Outcome Questionnaire Short Form (OQ-10).

O OQ-10 é uma versão reduzida do Outcome Questionnaire - OQ-45.2 (Lambert, et al., 1996). Este questionário foi considerado especialmente útil por permitir detetar alterações de sintomatologia que ocorrem num curto espaço de tempo e, por esse motivo, tem sido aplicado em diversos momentos da terapia e no *follow-up*. O OQ-10 é uma medida de autorrelato constituída por 10 itens, cotados numa escala de *likert* de cinco pontos (de “nunca”, zero pontos a “sempre”, quatro pontos), e demora menos de um minuto a preencher. Machado e Fassnacht (2015) pesquisaram as características psicométricas do OQ-10 e recomendam a sua utilização em estudos com medidas repetidas.

O OQ-10 é constituído por duas subescalas: Bem-estar Psicológico e Desconforto Subjetivo, constituídas por 5 itens cada e com a pontuação mínima de zero pontos e máxima

de vinte. Na primeira escala, quanto maior é o valor, melhor é o resultado terapêutico, e na segunda escala sucede o contrário: quanto menor é o valor, melhor é o resultado terapêutico. Na escala global, os valores da subescala Bem-estar Psicológico foram invertidos. Assim, a escala global tem uma pontuação máxima de 40 pontos e uma mínima de zero, onde quanto menor é o valor, melhor é o resultado terapêutico.

No Gráfico 1 é representada a evolução da pontuação média obtida no OQ-10 (resultados terapêuticos) pelos 24 clientes, ao longo das 16 sessões. Os valores originais do OQ-10 foram transformados de modo a que a sua variação ocorresse num intervalo entre 1 e 5. Este procedimento foi utilizado devido a exigências do procedimento de análise adotado na ARS.

3.4. Procedimento de recolha de dados

Foram convidados a participar no estudo os clientes que se apresentaram ao Serviço de Psicologia com 18 ou mais anos e que, após avaliação, cumprissem critérios para diagnóstico de perturbação depressiva ou de fobia social de acordo com o manual de diagnóstico DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Foram excluídos clientes que cumprissem critérios para perturbação de personalidade, consumo de substâncias e perturbações psicóticas, de acordo com o manual de diagnóstico DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

Aos 24 clientes selecionados foi prestada informação sobre o estudo e pedida a concordância de participação através de consentimento informado. Os clientes foram depois distribuídos pelos terapeutas em função da disponibilidade destes últimos. A recolha de dados processou-se com a aplicação dos instrumentos da seguinte forma:

- 1) Todos os clientes responderam ao OQ-45.2 antes do início da intervenção e no final da mesma;

- 2) Os terapeutas e os clientes preencheram o QAS na respetiva versão e apenas os clientes preencheram o OQ-10 no final de cada sessão.

A recolha de dados ocorreu em contexto naturalista, tendo sido utilizado um *design* longitudinal de carácter prospetivo.

3.5. Procedimento de análise de dados

3.5.1. Críticas apontadas aos métodos da Diferença de Pontuações e Correlações de Semelhança de Perfil.

Durante décadas, foi utilizado o valor da diferença entre as pontuações dadas por dois avaliadores de um mesmo constructo como um indicador da concordância (ou convergência quando se tratava de estudos longitudinais). Este procedimento designou-se como Diferença de Pontuações (DP). Tipicamente, o valor da diferença de pontuações consiste na diferença algébrica, absoluta ou quadrática entre duas avaliações (Tubbs & Dahl, 1991) ou a soma de diferenças absolutas ou quadradas entre perfis de medidas de dois avaliadores (Vancouver & Schmitt, 1991). Na maioria dos casos, o valor da DP foi usado para representar a concordância entre dois avaliadores relativamente a um constructo e, tradicionalmente, utilizado como um preditor de resultado (Edwards, 1991; Wanous, Poland, Premack, & Davis, 1992).

O procedimento descrito como DP possui inúmeros problemas substantivos e metodológicos (Edwards, 1991). Esses problemas foram de tal modo sérios que grande parte da investigação baseada na DP foi considerada inconclusiva. De entre os vários problemas apontados (Edwards & Parry, 1993, citados por Shanock, Baran & Heggestad, 2010), destacamos o facto de ao combinar dados de pessoas distintas (e.g., classificações de

terapeutas e clientes acerca da aliança terapêutica) numa única pontuação, a interpretação desse valor torna-se difícil e ambígua. Por exemplo, o valor da diferença de pontuações não fornece informações sobre o nível absoluto da variável na perspectiva de cada um dos dois avaliadores (e.g., valor absoluto da aliança terapêutica conforme avaliado pelo terapeuta e pelo cliente), nem dá indicação direção da diferença entre as classificações atribuídas pelos avaliadores (e.g., se o terapeuta cota mais alto que o cliente ou é o inverso que ocorre).

Outro procedimento utilizado para avaliar a convergência foi a CSP. O procedimento consiste em correlacionar dois conjuntos de medidas repetidas (perfis) do mesmo construto avaliadas por sujeitos independentes. Quanto maior a correlação maior seria o grau de semelhança entre os dois perfis de medidas repetidas (Gonzaga et al., 2007). A este procedimento podem ser apontadas as mesmas reservas que à DP e, ainda se acrescenta as dificuldades de interpretação relacionadas com a associação entre o valor de uma correlação e o valor de uma variável dependente (e.g., resultados terapêuticos) quando se pretende saber o efeito da convergência sobre os resultados.

3.5.2. Regressão Polinomial (RP), Modelagem Linear Hierárquica (MLH) e Análise de Resposta de Superfície (ARS).

Para suplantar as limitações atribuídas a DP e à CSP no estudo da concordância, tem sido utilizado de um modo combinado a RP e a ARS (Edwards 1994, 1995, 2002).

A RP é usualmente aplicada a dados recolhidos em estudos de natureza transversal. Uma vez que o estudo que conduzimos possui um desenho de recolha de dados longitudinal, à semelhança do estudo de Rubel et al. (2018), foi realizada uma MLH na qual introduzimos uma componente linear, as sessões, com o objetivo de calcular os coeficientes da RP. Designamos este procedimento como Modelagem Linear Hierárquica – Polinomial (MLH -

P). As equações da MLH - P contêm as medidas de componentes que compõem a diferença e os termos de ordem superior, como os quadrados de ambas as medidas de componentes e o seu produto (Edwards & Parry, 1993). No nosso estudo, essas medidas correspondem aos coeficientes relativos a cada uma das dimensões de avaliação da sessão, para a componente Cliente (b1), Terapeuta (b2), Cliente² (b3), Cliente x Terapeuta (b4), Terapeuta² (b5).

Apesar das suas vantagens, as regressões polinomiais produzem frequentemente resultados que são difíceis de interpretar (Edwards & Harrison, 1993). Essas dificuldades interpretativas provavelmente impediram o uso difundido das equações de RP no estudo da concordância, mesmo que o seu uso supere problemas antigos associados à DP. Uma forma de facilitar a interpretação dos dados obtidos com as equações polinomiais surgiu com a utilização da metodologia da ARS. Os coeficientes beta obtidos no MLH - P foram usados para calcular os valores de teste para os quatro declives ao longo da resposta de superfície, ou seja, representação tridimensional dos resultados. As equações delineadas por Edwards e Parry (1993) e Edwards (2001) foram, assim, usadas para calcular $a1$ ($a1 = b1 + b2$), $a2$ ($a2 = b3 + b4 + b5$), $a3$ ($a3 = b1 - b2$) e $a4$ ($a4 = b3 - b4 + b5$), sendo o seu significado: $a1$ – declive da linha de convergência (OQ-10 quando o nível do fator QAS do terapeuta = nível do fator QAS do cliente); $a2$ – curvatura ao longo da linha de convergência; $a3$ – declive da linha de divergência (OQ-10 quando o nível do fator QAS do terapeuta = - nível do fator QAS do cliente); $a4$ – curvatura ao longo da linha de divergência.

Este procedimento permite transpor os resultados obtidos através da MLH - P para um espaço tridimensional em que se representa em cada um dos eixos que definem a base de um cubo, as pontuações do constructo em avaliação (no nosso estudo, avaliação da sessão), de cada um dos protagonistas (no nosso estudo, do terapeuta e do cliente) e no eixo que representa a altura do cubo define-se o resultado obtido (no nosso estudo, a sintomatologia). A análise combinada dos eixos da base do cubo permite visualizar os resultados obtidos, no

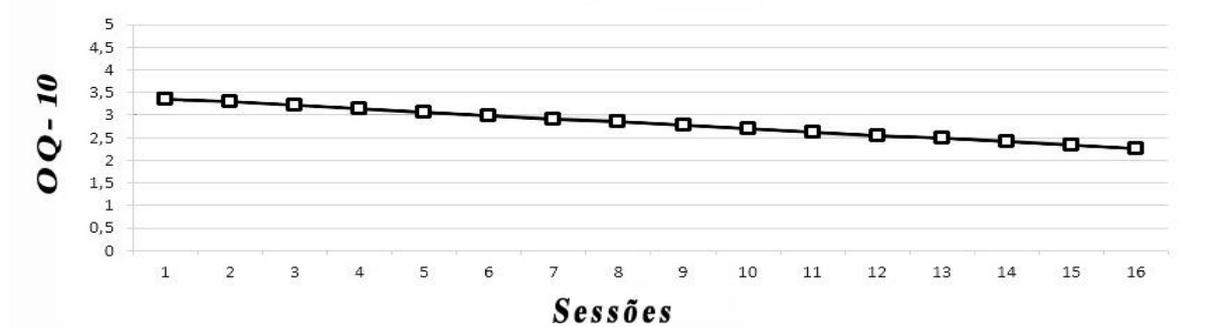
eixo da altura (e.g, sintomatologia), quando os protagonistas (e.g., terapeuta e cliente) convergem (pontuam de igual modo – *a1*) e quando divergem (pontuam de modo diferente – *a3*) na avaliação do constructo em estudo (e.g., fatores de avaliação da sessão). Quando existe divergência é ainda possível avaliar se os resultados são melhores quando o terapeuta avalia a experiência da terapia de forma mais elevada do que o cliente, ou ao contrário, os resultados são melhores quando o terapeuta avalia a experiência da terapia de forma mais baixa do que o cliente. Através deste procedimento é também avaliada a significância da associação entre convergência e a divergência com os resultados.

A MLH foi também usada de modo complementar com o objetivo de descrever a evolução das variáveis independentes quando estas se revelaram importantes para interpretar os resultados obtidos com a ARS.

4. RESULTADOS

Começamos por apresentar o Gráfico 1, relativo à evolução do OQ-10 (sintomatologia), ao longo das 16 sessões. Posteriormente, seguindo a estrutura do instrumento usado para a avaliação da sessão, a apresentação dos resultados divide-se em duas partes, a primeira parte, relativa à análise dos resultados da convergência entre terapeuta e cliente na avaliação da profundidade e da suavidade, a segunda, refere-se à positividade e ativação.

Gráfico 1. Média das pontuações dos resultados terapêuticos (OQ-10) (eixo Y), ao longo das 16 sessões (eixo X)



Através de uma análise com o método MLH, concluiu-se que houve melhoria significativa da sintomatologia entre sessões ($\beta = - 0,072$; $p < ,001$), ou seja, após 16 sessões, pode estimar-se que, em média, os clientes desceram a sua sintomatologia em 1,15 pontos ($16 \times 0,72$).

4.1. Profundidade e suavidade e o seu contributo para a evolução dos resultados

A aplicação do MLH - P aos dados permitiu calcular os coeficientes (b) associados à equação polinomial para os fatores profundidade e suavidade (Tabela 1). No cálculo dos parâmetros fixos através da MLH - P foi considerado o tempo, através de uma componente linear devido à estrutura longitudinal dos dados, e a sintomatologia geral antes de iniciar a terapia ao introduzir o valor do OQ-45. Assim, os coeficientes refletem a equação polinomial retirando o efeito do tempo e da sintomatologia antes da terapia.

Tabela 1. Coeficientes obtidos através do MLH – P para os fatores profundidade e suavidade com base na avaliação de terapeutas e clientes e tendo em conta o fator tempo e o OQ-45

	<i>b</i>	<i>DP</i>	<i>t</i> (24)	<i>p</i>
Profundidade				
Constante	2,6932	0,2387	11,284	0,000
X (b1)	0,0164	0,0306	0,536	0,592
Y (b2)	-0,0324	0,0226	-1,437	0,152
X ² (b3)	0,0214	0,0237	0,901	0,368
XY (b4)	-0,0599	0,0383	-1,563	0,119
Y ² (b5)	-0,0001	0,0232	-0,004	0,997
Suavidade				
Constante	2,7603	0,2319	11,904	0,000
X (b1)	-0,0630	0,0211	-2,983	0,003
Y (b2)	-0,0316	0,0205	-1,544	0,124
X ² (b3)	0,0102	0,0172	0,595	0,552
XY (b4)	0,0357	0,0214	1,672	0,096
Y ² (b5)	-0,0226	0,0145	-1,551	0,122

Nota: X = cliente; Y = terapeuta; X² = cliente²; XY = cliente x terapeuta; Y² = terapeuta²

A ARS foi aplicada apenas com base nos coeficientes da RP para o fator suavidade (Tabela 3), dado que para o fator profundidade não se obtiveram valores significativos.

Tabela 2. Respostas de Superfície para terapeutas e clientes entre o fator suavidade (QAS) e os resultados terapêuticos (OQ-10)

Efeito	Coeficiente	<i>DP</i>	<i>t</i> (24)	<i>P</i>
<i>a1</i> : Declive ao longo de $x = y$	-0,09	0,02	-3,898	0,001
<i>a2</i> : Curvatura ao longo de $x = y$	0,02	0,02	1,443	0,162
<i>a3</i> : Declive ao longo de $x = -y$	-0,03	0,03	-0,929	0,362
<i>a4</i> : Curvatura ao longo de $x = -y$	-0,05	0,03	-1,491	0,149

Nota: X = cliente; Y = terapeuta

O valor negativo e significativo do coeficiente (*a1* = - 0,09; *p* = ,001) da linha de concordância ($x = y$), conforme apresentado na Tabela 2, revela que os valores do OQ-10

são menores quando há concordância, entre terapeuta e cliente, em níveis altos na avaliação da suavidade em comparação com a concordância em níveis baixos. A linha de concordância ($x = y$), testada através do parâmetro aI , aparece marcada pelos valores que estão assinalados a negrito na diagonal da Figura 1. Nessa figura, para complementar a interpretação dos resultados, é representado na diagonal o resultado obtido no OQ-10 (numa escala de 1 a 5) em função da avaliação dada por terapeuta e cliente ao modo como avaliaram as sessões em termos de suavidade.

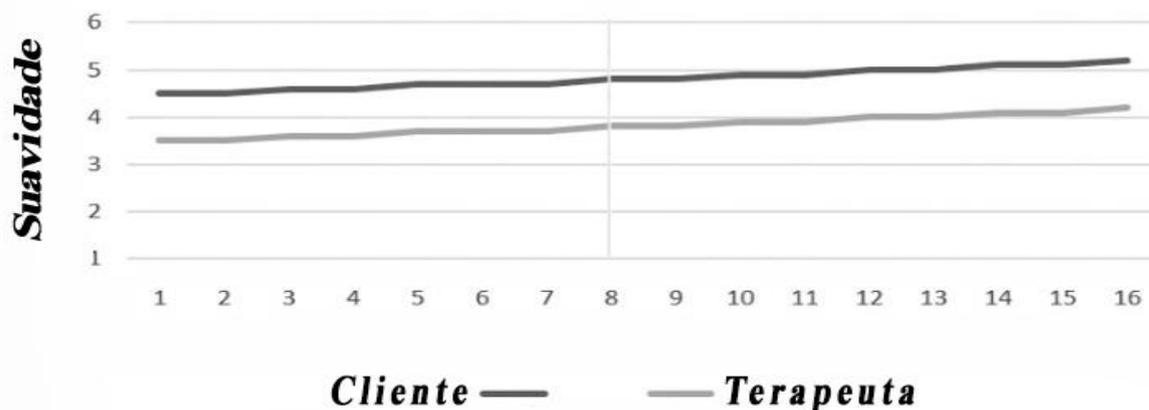
Figura 1. Linha da concordância entre cliente (eixo X) e terapeuta (eixo Y) relativamente ao fator suavidade

		OQ-10				
		Tensa	3	4	5	Suave
Terapeuta	Suave	2,63	2,61	2,61	2,63	2,66
	5	2,80	2,74	2,73	2,69	2,69
	4	2,93	2,83	2,76	2,71	2,68
	3	3,01	2,88	2,77	2,68	2,61
	Tensa	3,04	2,88	2,73	2,61	2,51
		Tensa	3	4	5	Suave
		Cliente				

Na Figura 1 podemos constatar que os resultados terapêuticos foram significativamente melhores, estimando-se um valor de 2,66 no OQ-10, quando terapeuta e cliente concordaram que as sessões foram mais suaves do que quando foram mais tensas, em que se estimou um valor de OQ-10 de 3,04 ($aI = -0,09$; $p = ,001$).

Uma vez que se concluiu que o grau de concordância na suavidade contribuiu para os resultados, interessava-nos perceber como evoluiu o grau de concordância para descrever a convergência. Recorremos à representação gráfica da evolução da suavidade por ambos os protagonistas (Gráfico 2), a média de ambos (Gráfico 3) e a média da convergência (Gráfico 4). Avaliamos, ainda, a significância da evolução destes dois últimos através da MLH.

Gráfico 2. Avaliação da suavidade das sessões por terapeuta e cliente (eixo Y) ao longo das sessões (eixo X)



No Gráfico 2 é representada a evolução do fator suavidade quando avaliada pelos terapeutas e pelos clientes. Apesar de ambos considerarem as sessões como cada vez mais suaves, ao longo do processo terapêutico, não há aproximação entre os valores de ambos, pelo que as linhas paralelas indicam não existir uma tendência para a convergência.

Gráfico 3. Média (entre terapeuta e cliente) do fator suavidade (eixo Y) ao longo das sessões terapêuticas (eixo X)

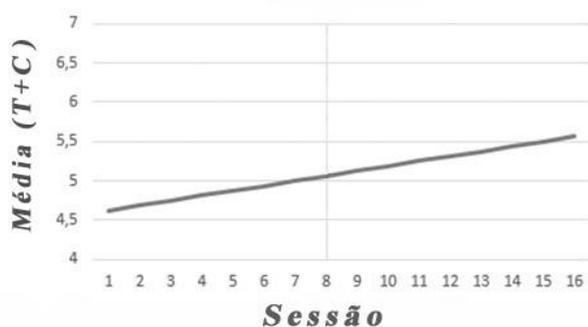
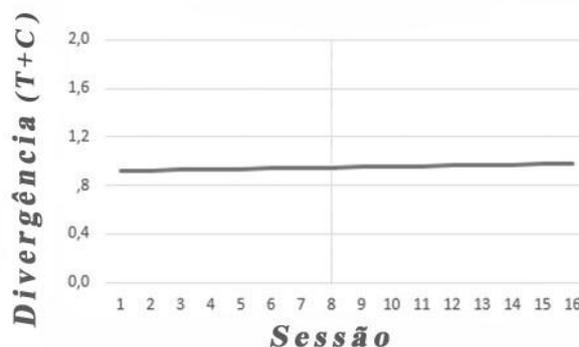


Gráfico 4. Divergência (entre terapeuta e cliente) do fator suavidade (eixo Y) ao longo das sessões terapêuticas (eixo X)



No Gráfico 3, em que se representa a média da avaliação da suavidade por parte dos terapeutas e dos clientes, através de uma análise realizada com MLH, verifica-se uma evolução em crescendo significativa da suavidade ($\beta = 0,05; p < ,05$). Significa que à medida que o processo terapêutico evolui, terapeuta e cliente tendem a cotar as sessões como mais suaves. Já no Gráfico 4, relativo à divergência entre terapeuta e cliente, mostra-nos uma evolução estável ($\beta = 0,005; p = ,622$), ou seja, a diferença de pontuação entre ambos tende a ser estável e o cliente geralmente pontua as sessões como mais suaves que o terapeuta (ver Gráfico 2).

A combinação dos resultados do MLH – P e da ARS com os dados descritivos, indicam-nos que (1) a concordância na suavidade a níveis elevados diferencia-se significativamente da concordância em níveis baixos no que se refere aos resultados terapêuticos obtidos, (2) e a concordância entre terapeuta e cliente na avaliação da suavidade a níveis mais elevados observa-se mais na segunda metade da terapia. Assim, concluímos que a concordância na avaliação da suavidade por parte do terapeuta e do cliente parece ser especialmente associada aos resultados na segunda metade do tratamento.

4.2. A convergência/divergência na positividade e ativação e avaliação do seu contributo para a evolução dos resultados

A aplicação do MLH - P aos dados permitiu calcular os coeficientes (b) associados à equação polinomial para os fatores positividade e ativação (Tabela 3). No cálculo dos parâmetros fixos através da MLH – P foi considerado o tempo, através de uma componente linear devido à estrutura longitudinal dos dados, e a sintomatologia geral antes de iniciar a terapia ao introduzir o valor do OQ-45. Assim, os coeficientes refletem a equação polinomial retirando o efeito do tempo e da sintomatologia antes da terapia.

Tabela 3. MLH para o fator positividade e ativação entre terapeutas e clientes, tendo em conta o fator tempo e o OQ-45

	<i>b</i>	<i>DP</i>	<i>t</i> (24)	<i>p</i>
Positividade				
Constante	2,7898	0,2322	12,015	0,000
X (b1)	-0,1428	0,0288	-4,955	0,000
Y (b2)	-0,0110	0,0258	-0,424	0,672
X ² (b3)	-0,0035	0,0210	-0,165	0,869
XY (b4)	-0,0625	0,0333	-1,877	0,062
Y ² (b5)	0,0177	0,0243	0,728	0,467
Ativação				
Constante	2,6808	0,2354	11,388	0,000
X (b1)	0,0770	0,0315	2,443	0,015
Y (b2)	-0,0199	0,0342	-0,582	0,561
X ² (b3)	-0,0823	0,0288	-2,860	0,005
XY (b4)	0,0601	0,0544	1,104	0,271
Y ² (b5)	0,0285	0,0316	0,901	0,368

Nota: X = cliente; Y = terapeuta; X² = cliente²; XY = cliente x terapeuta; Y² = terapeuta²

A ARS foi aplicada apenas com base nos coeficientes da RP para o fator positividade (Tabela 4). A exploração dos dados através da ARS para o fator ativação não apresentou resultados significativos, pelo que optamos por não apresentar a tabela.

Tabela 4. Respostas de Superfície para terapeutas e clientes entre o fator positividade (QAS) e os resultados terapêuticos (OQ-10)

Efeito	Coefficiente	<i>DP</i>	<i>t</i> (24)	<i>p</i>
<i>a1</i> : Declive ao longo de $x = y$	-0,15	0,03	-4,574	0,000
<i>a2</i> : Curvatura ao longo de $x = y$	-0,05	0,03	-1,578	0,128
<i>a3</i> : Declive ao longo de $x = -y$	-0,13	0,04	-3,056	0,005
<i>a4</i> : Curvatura ao longo de $x = -y$	0,08	0,04	1,752	0,093

Nota: X = cliente; Y = terapeuta

O valor negativo e significativo do coeficiente ($a1 = -0,15$; $p = ,001$) da linha de concordância ($x = y$), conforme apresentado na Tabela 4, revela que os valores do OQ-10 são

significativamente menores quando há concordância, entre terapeuta e cliente, em níveis altos na avaliação da positividade em comparação com a concordância em níveis baixos. Ao verificarmos o declive de superfície ao longo de $x = -y$, constata-se que há uma inclinação negativa significativa ao longo da linha de divergência ($a3 = -0,13$; $p = ,005$), o que indica que havendo divergência, os resultados são melhores quando o cliente avalia a sessão como sendo positiva e o terapeuta negativa do que quando o terapeuta avalia como positiva e o cliente, negativa.

A linha de concordância ($x = y$), testada através do parâmetro $a1$, aparece marcada pelos valores que estão assinalados a negrito na diagonal da Figura 2. Nessa figura, para complementar a interpretação dos resultados, é representado na diagonal o resultado obtido no OQ-10 (numa escala de 1 a 5) em função da avaliação dada por terapeuta e cliente ao modo como avaliaram as sessões em termos de positividade.

Figura 2. Linha da concordância entre cliente (eixo X) e terapeuta (eixo Y) relativamente ao fator positividade

		OQ-10				
		Negativa	3	4	5	Positivo
Terapeuta	Positivo	3,36	3,10	2,84	2,57	2,29
	5	3,19	3,00	2,78	2,59	2,37
	4	3,06	2,93	2,79	2,64	2,49
	3	2,97	2,90	2,82	2,73	2,64
	Negativa	2,90	2,90	2,88	2,86	2,83
		Negativa	3	4	5	Positivo
		Cliente				

Na Figura 2 podemos constatar que os resultados terapêuticos foram significativamente melhores, estimando-se um valor de 2,29 no OQ-10, quando terapeuta e cliente concordaram que as sessões foram mais positivas do que quando foram negativas, em que se estimou um valor de OQ-10 de 2,90 ($a1 = -0,15$; $p = ,001$).

A linha de discordância ($x = -y$), testada através do parâmetro a_3 , aparece marcada pelos valores que estão assinalados a negrito na diagonal da Figura 3. Nessa figura, para complementar a interpretação dos resultados, é representado na diagonal o resultado obtido no OQ-10 (numa escala de 1 a 5) em função da avaliação dada por terapeuta e cliente ao modo como avaliaram as sessões em termos de positividade.

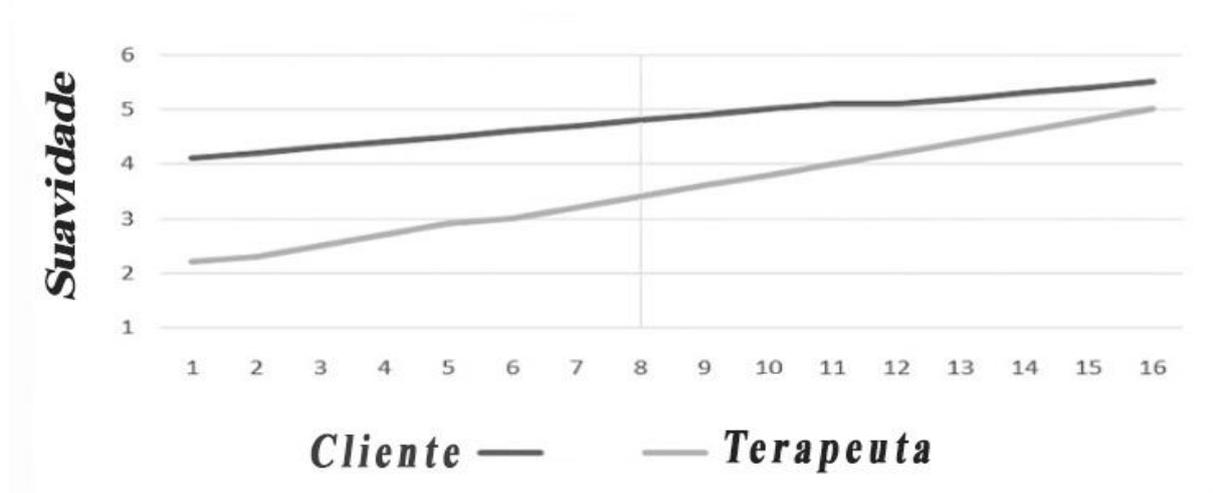
Figura 3. Linha da discordância entre cliente (eixo X) e terapeuta (eixo Y) relativamente ao fator positividade

		OQ-10				
		Negativo	3	4	5	Positivo
Terapeuta	Positivo	3,36	3,10	2,84	2,57	2,29
	5	3,19	3,00	2,78	2,59	2,37
	4	3,06	2,93	2,79	2,64	2,49
	3	2,97	2,90	2,82	2,73	2,64
	Negativa	2,90	2,90	2,88	2,86	2,83
		Negativo	3	4	5	Positivo
		Cliente				

Na Figura 3 podemos constatar que os resultados terapêuticos foram significativamente melhores, estimando-se um valor de 2,83 no OQ-10, quando cliente pontuava a sessão como mais positiva e o terapeuta como mais negativa do que quando o terapeuta classificava a sessão mais positiva e o cliente como mais negativa, onde se estimou um valor de 3,36 ($a_3 = -0,13$; $p = ,005$).

Uma vez que se concluiu que o grau de concordância na positividade contribuiu para os resultados, interessava-nos perceber como evoluiu o grau de concordância para descrever a convergência. Recorremos à representação gráfica da evolução da positividade por ambos protagonistas (Gráfico 5), a média de ambos (Gráfico 6) e a média da divergência (Gráfico 7). Avaliamos, ainda, a significância da evolução destes dois últimos através da MLH.

Gráfico 5. Evolução da positividade de terapeuta e cliente (eixo Y) ao longo das sessões (eixo X)



No Gráfico 5 é representada a evolução linear da média da avaliação da positividade dos terapeutas e dos clientes. Como se pode analisar, a aproximação das linhas é indicador de convergência entre terapeuta e cliente na avaliação da positividade.

Gráfico 6. Média (entre terapeuta e cliente) do fator positividade (eixo Y) ao longo das sessões terapêuticas (eixo X)

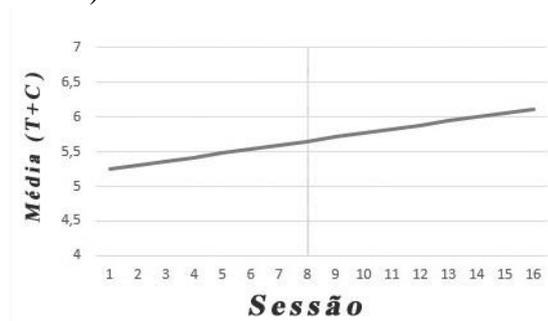
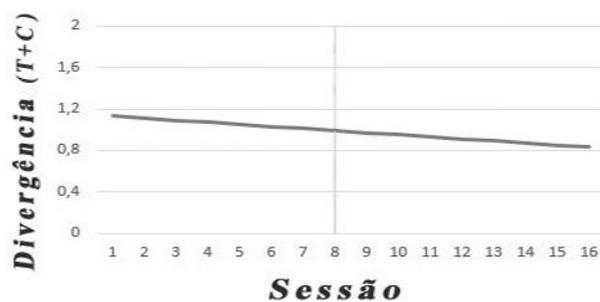


Gráfico 7. Divergência (entre terapeuta e cliente) do fator positividade (eixo Y) ao longo das sessões terapêuticas (eixo X)



No Gráfico 6, em que se representa a média da avaliação da positividade por parte dos terapeutas e dos clientes, verifica-se uma evolução em crescendo significativa da positividade

($\beta = 0,06$; $p < ,05$). Significa que à medida que o processo terapêutico evolui, terapeuta e cliente tendem a ter sentimentos mais positivos após a sessão. Já no Gráfico 7, relativo à divergência entre terapeuta e cliente, mostra-nos que esta diminui de forma significativa ($\beta = -0,02$; $p < ,05$), contribuindo para o resultado terapêutico, ou seja, a diferença de pontuação entre ambos tende a diminuir, aumentando a convergência. Inicialmente, o cliente geralmente apresenta sentimentos mais positivos do que o terapeuta, diferença que tende a diminuir, sobretudo na segunda metade do processo terapêutico (ver Gráfico 5).

A combinação dos resultados do MLH – P e da ARS com os dados descritivos, indicam-nos que (1) a concordância na positividade a níveis elevados diferencia-se significativamente da concordância em níveis baixos no que se refere aos resultados terapêuticos obtidos, (2) a concordância entre terapeuta e cliente na avaliação da positividade a níveis mais elevados observa-se mais na segunda metade da terapia, (3) e, quando há divergência, resultado que se observa sobretudo na primeira metade do processo, a avaliação favorável do cliente é mais importante do que a do terapeuta. Assim, concluímos que a concordância na avaliação da positividade por parte do terapeuta e do cliente parece ser especialmente importante quando ambos concordam que o humor associado à sessão é positivo, o que ocorre sobretudo na segunda metade do tratamento; e, quando há divergência, situação mais comum na primeira parte do tratamento, uma avaliação de humor positiva por parte do cliente após a sessão é mais importante do que o sentimento do terapeuta.

5. DISCUSSÃO

Em estudos anteriores, verificou-se que existia uma fraca concordância entre terapeuta e cliente relativamente à avaliação da sessão (Elliott & James, 1989; Stiles & Snow, 1984), sobretudo ao nível da avaliação da profundidade das sessões (Stiles, 1980; Stiles & Snow,

1984). Além disso, os participantes da díade, não tinham noção do grau da sua discordância (Stiles et al., 2002). No que diz respeito ao fator suavidade, os resultados foram ligeiramente diferentes, ao apresentar um nível moderado de concordância (Stiles & Snow, 1984). Diversos autores de referência na área de investigação em psicoterapia (e.g., Barber, 2009; Kazdin, 2009) apelaram à realização de estudos longitudinais para compreender melhor como a evolução das variáveis de processo explicam a mudança. Na pesquisa realizada não encontramos estudos que investigassem a evolução da concordância, ou seja, que estudassem a convergência entre terapeuta e cliente no que diz respeito à experiência que ambos têm das sessões terapêuticas.

O presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito da convergência entre terapeuta e cliente relativamente às suas experiências nas sessões terapêuticas para a redução da sintomatologia.

Os resultados do estudo indicaram que, em média, os clientes apresentaram uma melhoria significativa da sintomatologia entre sessões, sendo que a evolução da avaliação das sessões pelo terapeuta e cliente influenciou os resultados terapêuticos, nomeadamente as dimensões suavidade e positividade. No que se refere à suavidade, apesar de não se ter verificado uma progressão da convergência, tanto terapeuta como cliente tenderam a avaliar as sessões como mais suaves no final da terapia do que no seu início. Houve portanto, um crescimento gradual deste fator por parte do terapeuta e do cliente, ao longo do processo terapêutico, sem que convergissem. Verificou-se também uma associação entre os resultados terapêuticos e a classificação das sessões como suaves, por ambos os protagonistas (terapeuta e cliente), por oposição a quando foram consideradas duras. Assim, observou-se uma associação positiva entre concordância na avaliação da suavidade em níveis elevados por parte de ambos os protagonistas e bons resultados terapêuticos sobretudo na segunda metade do tratamento (ver Tabela 2 e Figura 1). Inversamente, a associação entre concordância na

avaliação das sessões como sendo duras e piores resultados ocorreu na primeira metade da terapia. Estudos prévios descobriram a tendência para a profundidade e a suavidade subirem gradualmente (apesar de algumas flutuações) ao longo do processo terapêutico, em terapias bem sucedidas (Stiles et al., 2002). O estudo actual confirmou essa tendência por ambos os elementos da díade, mas apenas no que diz respeito à suavidade. Não se verifica, contudo, um incremento significativo da convergência, ao manter-se a diferença entre terapeuta e cliente na avaliação da suavidade das sessões estável ao longo do processo. Estudos anteriores indicaram que os clientes associam sessões suaves a boas sessões enquanto que os terapeutas consideram as sessões profundas como boas sessões e revelam maior neutralidade no que diz respeito à suavidade (Stiles & Snow, 1984). Os resultados obtidos neste estudo vêm, de alguma forma, contrariar esta ideia, pois ambos valorizaram a suavidade das sessões, sendo que esta valorização parece estar associada a melhores resultados e à segunda metade do tratamento.

A suavidade pontuada por terapeutas ou examinadores externos (mas não clientes) poderá estar correlacionada com diminuição na sintomatologia (Samstag et al., 1998). Além disso, a suavidade em conjunto com a profundidade já demonstrou contribuir significativamente para melhores resultados terapêuticos (Mallinckrodt, 1993). Noutro estudo, Pesale, Hilsenroth e Owen (2012), que realizaram uma investigação que tinha como objetivo avaliar como se relacionava a avaliação das sessões com os resultados da terapia, descobriram que a profundidade das sessões avaliada pelos clientes não estava relacionada com os resultados, mas a suavidade estava relacionada com a finalização do tratamento e com a melhoria dos sintomas. Assim, os pacientes que experienciaram as suas primeiras sessões como suaves obtiveram melhores resultados. O presente estudo confirma e reforça o contributo da suavidade, na perspectiva de terapeuta e cliente, mas não o da profundidade para a melhoria dos resultados terapêuticos.

Tentámos perceber se a valorização da suavidade por parte dos terapeutas se devia a características particulares da amostra estudada. Os terapeutas participantes no estudo utilizaram todos uma abordagem cognitivo-comportamental, o que segundo a literatura, favorece um aumento no fator suavidade, comparativamente com a abordagem psicodinâmica (Stiles, Shapiro & Firth-Cozens, 1988). Nos outros fatores não se verifica qualquer diferença entre abordagens terapêuticas (Stiles et al., 2002).

Ao observar os resultados da positividade, concluiu-se que ao longo da terapia, tanto terapeuta como cliente vão apresentando um sentimento crescentemente mais positivo, ou seja, há um aumento gradual deste fator. Além disso, quando terapeuta e cliente tendem a apresentar um humor pós-sessão mais positivo, a sintomatologia tende a ser significativamente menor, do que quando terapeuta e cliente coincidem na avaliação do humor negativo no momento após a sessão. A inspeção visual do Gráfico 5, permite concluir que é no final da terapia que terapeuta e cliente avaliam o seu humor pós-sessão como mais positivo. A combinação destes resultados permite concluir que os elementos da díade tenderam, ao longo do processo, para uma convergência em níveis elevados – maior positividade – na sua avaliação do humor pós-sessão e, essa convergência, associava-se a melhores resultados terapêuticos.

Ao longo da terapia, não só o humor pós-sessão se vai tornando mais positivo, como há gradualmente maior convergência entre terapeuta e cliente. Havendo divergência (que parece ser mais comum no início da terapia), os resultados são melhores quando o cliente considera a sessão mais positiva e o terapeuta mais negativa, do que quando o terapeuta considera a sessão mais positiva e o cliente mais negativa. Ou seja, em termos de resultados terapêuticos, revela-se mais importante que seja o cliente a sair de uma sessão com um sentimento mais positivo do que o terapeuta. O cliente apresenta valores de positividade pós-sessão iniciais mais elevados do que o terapeuta, diferença que se vai mitigando ao longo do

processo terapêutico, à medida que os valores de positividade do terapeuta se vão aproximando dos do cliente. Talvez tal possa ser explicado pelo facto do cliente sentir os benefícios iniciais da terapia, ao ter alguém que o ouça e que se interesse pela sua problemática, enquanto que o terapeuta poderá situar-se ainda numa fase inicial de estudo e de compreensão do seu interlocutor, tentando perceber o melhor curso a seguir, o que poderá gerar-lhe alguma confusão/indecisão. Assim, sugere-se que o terapeuta deverá fazer com que o cliente saia a ganhar com a sessão ainda que para isso o seu “humor” fique menos positivo, o que poderá estar diretamente implicado no processo de contra-transferência (Tishby & Wiseman, 2014).

Os resultados nada apontaram de significativo no que diz respeito aos fatores profundidade e ativação, o que vem, de certa forma, contrariar estudos feitos previamente. Com efeito, há evidências de que os clientes que desistiram da terapia apresentaram níveis de profundidade inferiores do que aqueles que se mantiveram em terapia (Samstag et al., 1998, Tryon, 1990). Thomson e Hill (1993) relataram que os clientes que avaliaram as terceiras sessões de uma terapia, como mais profundas, obtiveram melhores resultados terapêuticos. No entanto, apesar da profundidade apresentar uma tendência geral para aumentar ao longo das sessões, em terapias bem sucedidas (Kivlighan, Angelone & Swafford, 1991; Reynolds et al., 1996), noutros estudos, não foi encontrada relação entre sessões avaliadas como mais profundas e resultados terapêuticos (Stiles et al., 1990). Assim, os resultados do presente estudo enquadram-se nos estudos prévios que não descobriram qualquer ligação entre os fatores profundidade e ativação com os resultados da terapia.

Segundo os dados obtidos, para a melhoria sintomática, parece ser mais importante os fatores relacionais e emocionais (suavidade e positividade), ou seja, um *setting* terapêutico que seja agradável e confortável, provocando sentimentos de satisfação, confiança e amizade do que o confronto com os conflitos intrapsíquicos do cliente. Ao longo do processo, as

sessões tornam-se mais confortáveis para terapeuta e cliente. Como é natural, os clientes sentem as sessões mais suaves quando sentem suporte e orientação por parte do seu terapeuta e mais tensas quando são confrontados com aspectos emocionais mais dolorosos, pelo que o uso desta informação poderá dar ao terapeuta meios de utilizar as suas estratégias de forma mais fundamentada e promover o processo de negociação acerca do entendimento da patologia e o estabelecimento de um projeto terapêutico partilhado que, quando implementado com sucesso, se traduz num aumento da suavidade na sessão.

No entanto, o processo terapêutico não pode ser pautado apenas por sessões suaves, sendo necessária uma certa dose de abordagem à problemática trazida pelo cliente, pelo que terá também de ter alguma profundidade. Os dados obtidos neste estudo apelam à necessidade do terapeuta saber atender à avaliação do impacto das sessões para obter os melhores resultados possíveis. Tal como sugerido por Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath e Stiles (2012), as tarefas terapêuticas desafiantes devem situar-se num limite suportável de desenvolvimento potencial do cliente e ser contrabalançadas com técnicas de suporte. Deste modo, o desafio terapêutico tem maiores possibilidades de vir a ser bem sucedido. Também, McCullough (1999) sugere que o suporte e a regulação de ansiedade é fundamental para que as técnicas exploratórias que visam a consciencialização dos conflitos intra-psíquicos sejam bem sucedidas.

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. A avaliação das sessões por parte dos participantes oferece um índice imediato do estado da relação interpessoal, sensação de progresso e satisfação do cliente. O impacto da sessão também é

importante porque as reações internas dos clientes às sessões devem, pela lógica, influenciar os eventos entre sessões e nos efeitos a longo prazo do tratamento. Assim, os resultados obtidos são relevantes para a prática clínica, pois vêm indicar que aspectos terá o terapeuta de prestar atenção no sentido de melhorar as suas competências para a obtenção de melhores resultados terapêuticos por parte do cliente. Com efeito, reforçado pelas descobertas feitas em relação à falta de noção que os participantes têm relativamente à sua discordância (Stiles et al., 2002), afigura-se como fundamental a monitorização da forma como terapeuta e cliente avaliam as sessões e os seus sentimentos pós-sessão, para que se possa perceber a eficácia das medidas aplicadas em terapia e a possibilidade de as corrigir ou adaptar, segundo os resultados obtidos. 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 (Rocco, Salcuni & Antonelli, 2017).

Tratando-se de um estudo longitudinal de carácter exploratório, este estudo apresenta algumas limitações, desde já pela reduzida dimensão da amostra ($n = 24$). Com uma maior amostra, supõe-se que análise estatística teria maior potência para identificar mais diferenças significativas.

Outras eventuais limitações associam-se às características da amostra e ao facto de todos os terapeutas seguirem um modelo de intervenção cognitivo-comportamental. No que se refere ao quadro sintomatológico, que foi marcado maioritariamente pelo diagnóstico de depressão major ($n = 17$), a generalização dos resultados para uma população mais alargada terá que ter em consideração as características da nossa amostra. Inclusive, parte dos resultados poderão dever-se à proponderância deste quadro de diagnóstico na amostra, nomeadamente no que respeita ao efeito da positividade pós-sessão nos resultados. Por exemplo, o humor positivo pós-sessão partilhado por terapeuta e cliente, especialmente na segunda metade da terapia, poderá ter incutido no cliente o ânimo necessário para investir na

mudança entre sessões e daí resultarem as melhorias sintomáticas (OQ-10), algo que vai de acordo com a ideia de que o cliente é agente da sua mudança (Williams & Levitt, 2007).

Para futuros estudos dentro deste âmbito, recomendamos que sejam colmatadas as limitações referidas, através de uma maior dimensão da amostra, com um leque mais alargado e heterogéneo ao nível quadro sintomatológico, ou então, noutra sentença, trabalhar com uma amostra homogénea em termos de diagnóstico. Também sugerimos a utilização de outras abordagens terapêuticas, para além da terapia cognitivo-comportamental.

Consideramos importante que se faça a reprodução deste estudo com as melhorias apresentadas, para que se consiga compreender melhor como se processa e que efeito tem a convergência entre terapeuta e cliente, sobretudo ao nível da avaliação da sessão e do humor pós-sessão, podendo com isso, fornecer melhores recursos aos terapeutas, para que possam decidir com maior segurança e munidos de uma informação mais rica e actualizada ao longo do processo terapêutico, no sentido de garantir os melhores resultados terapêuticos possíveis.

Além disso, em futuros estudos seria importante colocar questões que permitissem aprofundar o processo através do qual se associa a convergência na avaliação das sessões e os resultados terapêuticos como, por exemplo: (1) Qual a cadeia de acontecimentos que medeia a convergência na avaliação da sessão pela díade e a melhoria dos resultados do cliente?; (2) Qual o conteúdo das sessões e papel de cada interveniente quando existe maior convergência?; (3) Qual é a inter-relação entre as diferentes fatores de avaliação da sessão para os resultados?

6. CONCLUSÃO

Este estudo permitiu estabelecer hipóteses relativamente ao modo como a experiência partilhada pelo terapeuta e cliente nas sessões poderá contribuir para os resultados

terapêuticos numa população clínica com uma prevalência expressiva de sintomatologia depressiva e em acompanhamento cognitivo-comportamental.

Atendendo aos resultados obtidos, concluímos que a concordância na suavidade e a convergência na positividade (aspectos de componente mais relacional e emocional da relação terapêutica), em fases mais avançadas da terapia, assinalam uma avaliação da relação mais prazerosa, agradável, relaxante, confortável e satisfatória e que permitem estabelecer expectativas mais positivas, revelam ser mais importantes para a obtenção de resultados. Havendo discordância, em particular na dimensão positividade, que ocorreu tipicamente na fase inicial da terapia, é mais importante que o cliente se sinta melhor do que o terapeuta.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: Author.

Anderson, C. & Keltner, D. (2004). The emotional convergence hypothesis: Implications for individuals, relationships, and cultures. Em L. Tiedens, & C. Leach (Eds.), *The Social Life of Emotions* (p. 144-163). New York, NY: Cambridge University Press. doi: 10.1017/CBO9780511819568.009

Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Rafaeli, E., Lutz, W., Rubel, J., Schiefele, A. & Peri, T. (2015). Therapeutic bond judgements: Congruence and incongruence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 83*, 773-784. doi: 10.1037/ccp0000015

Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 20* (2), 118–135. doi:10.1002/cpp.792

Baldwin, S., Wampold, B. & Imel, Z. (2007). Untangling the allianceoutcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance.

Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75, 842-852.

Barber, J. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19 (1), 1-12.

Bergin, A., & Garfield, S. (1994). Overview, trends, and future issues. Em A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th, pp.821–830). New York, NY: Wiley.

Bohart, A., Elliot, R., Greenberg, L. & Watson, J. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 89-107). New York: Oxford University Press.

Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260. doi: 10.1037/h0085885

Caskey, N., Barker, C. & Elliott, R. (1984). Dual perspectives: Clients' and therapists' perceptions of therapist responses. *British Journal of Clinical Psychology*, 23, 281-290.

Claiborn, C., Goodyear, R., & Horner, P. (2002). Feedback. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 217-233). New York: Oxford University Press.

Clarkin, J. & Levy, K. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. Em M. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp.194–226). Hoboken, NJ: Wiley.

Coyne, A., Constantino, M., Laws, H., Westra, H., Martin, A. (2017). Patient-therapist convergence in alliance ratings as a predictor of outcome in psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research. Advance online publication*. doi: 10.1080/10503307.2017.1303209

Duncan, B., Miller, S., Wampold, B. & Hubble, M. (2010). *The heart and soul of change:*

Delivering what works in therapy (2^a ed.). Washington, DC, US: A.P.A.

- Edwards, J. (1991). Person-job fit: A conceptual integration, literature review, and methodological critique. In C. Cooper & I. Robertson (Eds.), *International review of industrial and organizational psychology*, 6, 283-357. New York: Wiley.
- Edwards, J. & Parry, M. (1993). On the use of polynomial regression equations as an alternative to difference scores in organizational research. *Academy of Management Journal*, 36, 1577–1613. doi:10.2307/256822
- Edwards, J. & Harrison, R. (1993). Job demands and worker health: A three-dimensional reexamination of the relationship between person-environment fit and strain. *Journal of Applied Psychology*, 78, 628-648.
- Edwards, J. (1994). The study of congruence in organizational behavior research: Critique and proposed alternative. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 58, 51–100.
- Edwards, J. (1995). Alternatives to difference scores as dependent variables in the study of congruence in organizational research. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 64, 307–324.
- Edwards, J. (2001). Ten difference score myths. *Organizational Research Methods*, 4, 265–287. doi:10.1177/109442810143005
- Edwards, J. (2002). Alternatives to difference scores: Polynomial regression analysis and response surface methodology. Em F. Drasgow & N. W. Schmitt (Eds.), *Advances in measurement and data analysis* (pp. 350–400). San Francisco: Jossey-Bass.
- Elliot, R., & James, E. (1989). Varieties of client experience in psychotherapy: A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 9, 443-467.
- Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: Introduction to the special

section. *Psychology Research*, 18 (3), 239-242. doi:10.1080/10503300802074513

Farber, B. & Lane, J. (2002). Positive regard. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 175-193). New York: Oxford University Press.

Fitzpatrick, M., Iwakabe, S. & Stalikas, A. (2005). Perspective divergence in the working alliance. *Psychotherapy Research*, 15, 69–80. doi:10.1080/10503300512331327056

Garfield, S. (1995). *Psychotherapy: An eclectic-integrative approach*. New York: Wiley.

Gassman, D. & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1-11.

Gaston, L., Goldfried, M., Greenberg, L., Horvath, A., Raue, P. & Watson, J. (1995). The therapeutic alliance in psychodynamic, cognitive-behavioral, and experiential therapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, 5, 1–26.

Gelso, C. & Hayes, J. (2002). The management of countertransference. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 267-283). New York: Oxford University Press.

Gonzaga, G., Campos, B., & Bradbury, T. (2007). Similarity, convergence, and relationship satisfaction in dating and married couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 34-48. doi: 10.1037/0022-3514.93.1.34

Gurman, A. (1977). The patient's perception of the therapeutic relationship. Em A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds), *Effective Psychotherapy: A Handbook of Research*. New York: Pergamon.

Grencavage, L. & Norcross, J. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice*, 21,372-378.

- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D., & Zeeck, A. (2014). Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence. *Psychotherapy Research, 33*(7), 1–12. <http://doi.org/10.1080/10503307.2014.927601>
- Heppner, P., Wampold, B., & Kivlighan, D. (2008). *Research design in counseling*. Belmont, CA: Thomson Brooks/Cole.
- Hoemer, C. (2007). Client experiences in psychotherapy: The importance of being active. *Estudo apresentado na conferência da Sociedade de Investigação em Psicoterapia*. Madison, Wisconsin.
- Horvath, A., Del Re, A., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48* (1), 9–16. doi:10.1037/a0022186
- Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S. (1999b). *The Heart and Soul of Change: What Works in Therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Imel, Z. & Wampold, B. (2008). The common factors of psychotherapy. Em S. D. Brown & R. W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (4^a ed., pp. 249-266). New York: Wiley.
- Kazdin, A. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*, 4-5, 418-428, DOI: 10.1080/10503300802448899
- Kenny, D., & Kashy, D. (1994). Enhanced co-orientation in the perception of friends: A social relations analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1024-1033. doi: 10.1037/0022-3514.67.6.1024
- Kivlighan, D., Angelone, E. & Swafford, K. (1991). Live Supervision in Individual Psychotherapy: Effects on Therapist's Intention Use and Client's Evaluation of Session Effect and Working Alliance. *Professional Psychology Research and Practice, 22* (6): 489-495.

- Kivlighan, D., & Arthur, E. (2000). Convergence in client and counselor recall of important session events. *Journal of Counseling Psychology, 47*, 79–84. doi:10.1037/0022-0167.47.1.79
- Klein, M., Kolden, G., Michels, J. & Chisholm-Stockard, S. (2002). Congruence. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 195-215). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M., DeJulio, S., & Stein, D. (1978). Therapist interpersonal skills: Process, outcome, methodological considerations, and recommendations for future research. *Psychological Bulletin, 85*, 467-489.
- Lambert, M. (1992). Implications for outcome research for psychotherapy integration. Em J. C. Norcross & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Wiley.
- Lambert, M., Burlingame, G., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D., Clouse, G. & Yanchar, S. (1996). The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*(4), 249–258.
- Lambert, M. & Ogles, B. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. Em M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Laws, H., Constantino, M., Sayer, A., Klein, D., Kocsis, J., Manber, R., Arnow, B., (2016). Convergence in patient-therapist therapeutic alliance ratings and its relation to outcome in chronic depression treatment. *Psychotherapy Research. Advance online publication*. doi: 10.1080/10503307.2015.1114687
- Levitt, H. (2004). *What client interviews reveal about psychotherapy process: Principles for the facilitation of change in psychotherapy*. Estudo apresentado na reunião da Sociedade Norte-Americana para a Investigação em Psicoterapia, Springdale, Utah.

Levitt, H. & Rennie, D. (2004). Narrative activity: Clients' and therapists' intentions in the process of narration. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy* (pp. 299-314). Thousand Oaks, CA: Sage.

Lingiardi, V., Colli, A., Gentile, D., & Tanzilli, A. (2011). Exploration of session process: Relationship to depth and alliance. *Psychotherapy, 48*(4), 391–400.
<https://doi.org/10.1037/a0025248>

Lipkin, S. (1948). The client evaluates nondirective psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 12*, 137-146.

Long, J. (2001). Goal agreement and early therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*, 219-232. doi: 10.1037/0033-3204.38.2.219

Machado, P. & Fassnacht, D. (2015). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(4), 427–437.
<http://doi.org/10.1111/papt.12048>

Mallinckrodt, B. (1993). Session impact, working alliance and treatment outcome in brief counseling. *Journal of Counseling Psychology, 40*, 25-32.

Marmarosh, C. & Kivlighan, D. (2012). Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in client symptoms using response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology, 59*, 352–367.
doi:10.1037/a0028907

McCullough, L. (1999). Short-Term Psychodynamic Therapy as a Form of Desensitization: Treating Affect Phobias. *In Session: Psychotherapy in Practice, 4*(4), 35-53.

Meier, P. & Donmall, M. (2006). Differences in client and therapist views of the working

alliance in drug treatment. *Journal of Substance Use*, 11, 73–80.

- Miller, S., Duncan, B. & Hubble, M. (2005). Outcome informed clinical work. Em J. Norcross & M. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 84-102). New York: Oxford University Press.
- Nissen-Lie, H., Rønnestad, M., Høglend, P., Havik, O., Solbakken, O., Stiles, T., Monsen, J. (2017). Love Yourself as a Person, Doubt Yourself as a Therapist? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24, 48–6. DOI: 10.1002/cpp.1977
- Norcross, J. & Lambert, M. (2018). Psychotherapy relationships that work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303-315. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000193>
- Orlinsky, D. & Howard, K. (1975). *Varieties of Psychotherapeutic Experience*. New York: Columbia Teachers College Press.
- Orlinsky, D. & Howard, K. (1978). The relation of process to outcome in psychotherapy. Em S. Garfield & A. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. & Howard, K. (1986b). The relation of process to outcome in psychotherapy. Em S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 3rd ed. New York: Wiley.
- Orlinsky, D., Grawe, K., Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy — Noch einmal. Em A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4^a Ed., pp.270–378). New York, NY: Wiley.
- Pesale, F., Hilsenroth, M., & Owen, J. (2012). Patient early session experience and treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 22, 4, 417-425. doi:10.1080/10503307.2012.662607
- Pepinsky, H. & Karst, T. (1964). Convergence: A phenomenon in counseling and in psychotherapy. *American Psychologist*, 19, 333–338. doi:10.1037/h0044396

- Rennie, D. (2000). Aspects of the client's conscious control of the psychotherapeutic process. *Journal of Psychotherapy Integration, 10*, 151-168.
- Reynolds, S., Stiles, W., Barkham, M., Shapiro, D., Hardy, G. & Rees, E. (1996). Acceleration of changes in session impact during contrasting time-limited psychoterapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 577-584.
- Ribeiro, E., Ribeiro, A., Gonçalves, M., Horvath, A. & Stiles, W. (2012). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 86*(3), 294-314. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x
- 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
- Rozarmin, E., Muran, J., Safran, J., Gorman, B., Nagy, J., & Winston, A. (2008). Subjective and intersubjective analyses of the therapeutic alliance in a brief relational therapy. *American Journal of Psychotherapy, 62*, 313–328.
- Rubel, J., Bar-Kalifa, E., Atzil-Slonim, D., Schmidt, S. & Lutz, W. (2018). Congruence of therapeutic bond perceptions and its relation to treatment outcome: Within- and between-dyad effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(4), 341-353.
- Russell, J. (1978). Evidence of convergent validity on dimensions of affect. *Journal of Personality and Social Psychology, 36*, 1152-1168.
- Russell, J. (1979). Affective space is bipolar. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 345-356.

Safran, J., Muran, J., Samstag, L., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. Em J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. New York, NY: Oxford University.

Samstag, L., Batchelder, S., Muran, J., Safran, J. & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 126-143.

Shanock, L., Baran, B., Heggstad, E. (2010). Erratum to Polynomial Regression with Response Surface Analysis: A Powerful Approach for Examining Moderation and Overcoming Limitations of Difference Scores. *Journal of Business and Psychology*, 25, 543-554. DOI: 10.1007/s10869-010-9183-4.

Stiles, W. (1980). Measurement of the impact of psychoterapy sessions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 48(2), 176-85.

Stiles, W. & Snow, J. (1984). Dimensions of psychotherapy session impact across sessions and across clients. *British Jonrnal of Clinical Psychology*, 23, 5944.

Stiles, W., Shapiro, D. & Firth-Cozens, J. (1988). Do sessions of different treatments have different impacts? *Journal of Counseling Psychology*, 35, 391-396.

Stiles, W., Shapiro, D. & Firth-Cozens, J. (1990). Correlations of session evaluations with treatment outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 13-21.

Stiles, W., Reynolds, S., Hardy, G., Rees, A., Barkham, M. & Shapiro, D. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the session evaluation questionnaire and the session impacts scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41(2), 175-185. doi:10.1037/0022-0167.41.2.175

Stiles, W., Gordon, L. & Lani, J. (2002). Session evaluation and the session evaluation

- questionnaire. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know*. Boston: Allyn & Bacon.
- Tallman, K., Robinson, E., Kay, D., Harvey, S. & Bohart, A. (1994). *Experiential and non-experiential Rogerian therapy: An analogue study*. Estudo apresentado na 102^a Convenção Anual da A.P.A., Los Angeles, Califórnia.
- Thompson, B. & Hill, C. (1993). Client perceptions of therapist competence. *Psychotherapy Research, 3*, 124-130.
- Truax, C. & Carkhuff, R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Tryon, G. (1990). Session depth and smoothness in relation to the concept of engagement in counseling. *Journal of Counseling Psychology, 37*, 248-253.
- Tryon, G., Blackwell, S., & Hammel, E. (2007). A metaanalytic examination of client–therapist perspectives of the working alliance. *Psychotherapy Research, 17*, 629–642. doi:10.1080/10503300701320611
- Tubbs, M. & Dahl, J. (1991). An empirical comparison of self-report and discrepancy measures of goal commitment. *Journal of Applied Psychology, 76*, 708-716.
- Vancouver, J. & Schmitt, N. (1991). An exploratory examination of person-organization fit: Organizational goal congruence. *Personnel Psychology, 44*, 333-352.
- Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Wampold, B. (2001a). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied and Preventive Psychology, 10*, 69-86.
- Wampold, B. & Bhati, K. (2004). Attending to the omissions: A historical examination of the

evidenced-based practice movement. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35, 563-570.

Wampold, B. (2006b). The psychotherapist. Em J. C. Norcross, L. E. Beutler, & R. F. Levant (Eds.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogues on the fundamental questions* (pp. 200-208). Washington, DC: American Psychological Association.

Wanous, J., Poland, T., Premack, S. & Davis, K. (1992). The effects of met expectations on newcomer attitudes and behaviors: A review and meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 77, 288-297.

Zilcha-Mano, S., Snyder, J., & Silberschatz, G. (2016). The effect of congruence in patient and therapist alliance on patient's symptomatic levels. *Psychotherapy Research*, 1–10. <http://doi.org/10.1080/10503307.2015.1126682>