



**Ispas**

Instituto Universitário  
de Ciências Psicológicas,  
Sociais e da Vida

**VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO  
DE GRUPO PARA A  
POPULAÇÃO PORTUGUESA**

INÊS ANDRADE PINHEIRO

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO GONZALEZ

Professor de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO GONZALEZ

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Especialidade em Psicologia Clínica

**2022**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor António Gonzalez, apresentada no Ispa – Instituto Universitário para obtenção do grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica.

## **AGRADECIMENTOS**

Ao terminar esta etapa do meu percurso académico, quero aproveitar esta página para expressar o meu agradecimento a todas as pessoas que, de alguma forma, me acompanharam e contribuíram para que a conclusão desta dissertação fosse possível.

O meu sincero agradecimento ao meu orientador, o Prof.<sup>a</sup> Doutor António-José Gonzalez, pela entrega e entusiasmo com que abraçou esta aventura, e pelo acompanhamento, e discurso calmo e motivacional que foram essenciais para a conclusão da mesma. Também estou grata pela incansável supervisão e apoio durante este percurso, e pela partilha de conhecimento científico e procura incansável de informação sempre que necessário. Aos participantes do estudo e a todas as pessoas que divulgaram o questionário, muito obrigada pela vossa disponibilidade. Sem vocês esta dissertação não seria possível.

O meu obrigada a todos os colegas da turma de dissertação, pelos comentários e pelas ideias que fomos trocando ao longo destes últimos meses. A vossa ajuda foi preciosa para o meu desenvolvimento como pessoa e como futura psicóloga. Às minhas amigas, outrora colegas do ISPA, Luísa e Lea, pelo vosso companheirismo e apoio incondicional. Muito obrigada! Também queria agradecer a um colega do ISPA pelo acompanhamento e pelas horas despendidas em reuniões no zoom que contribuíram para a conclusão desta etapa com sucesso. Aos meus amigos de sempre, obrigada por desculparem as minhas ausências e por estarem sempre dispostos a ajudar no que fosse preciso.

O meu profundo e eterno obrigado aos meus pais e irmã pelas palavras de incentivo, pela paciência, pelo amor incondicional e por me fazerem acreditar que sou capaz. Ao Frederico, o meu grande amor, pela ternura incomensurável, pela paciência, pelo companheirismo, e acima de tudo, pelas palavras de incentivo e motivação, e disponibilidade com que sempre me acompanhou ao longo deste processo. Aos meus bebés, Guilherme, Laura e Duqui, por me ajudarem a ver sempre um lado positivo em tudo e por me ajudarem a ultrapassar os momentos menos bons. Muito “obrigada”!

E para finalizar, o meu sincero obrigada a todos aqueles que tornaram esta etapa memorável.

## RESUMO

O presente trabalho visa a validação de um instrumento de avaliação em contexto de terapias de grupo. Está inserido numa investigação em colaboração com a Clínica Ispa e o *OQ Measures Group*, para se obter a versão portuguesa do *Group Questionnaire*. Para esse efeito, o objetivo do estudo é a avaliação das qualidades psicométricas deste instrumento em termos de sensibilidade, fiabilidade, validades convergente e divergente, e a sua replicação para a população portuguesa. Neste estudo participaram 270 indivíduos de grupos clínicos e não clínicos em que 61.9% (N = 167) são pessoas do género feminino, 35.9% (N = 97) são pessoas do género masculino, e 2.2% (N = 6) são pessoas não-binárias, com idades compreendidas entre os 17 anos e os 66 anos (M = 24.35; DP = 8.97). Com vista a chegar ao máximo de participantes possível, foi criada, a partir do *Google Forms*, a versão online do questionário que foi respondida voluntariamente pelos participantes. O questionário apresentou muito bons valores de fiabilidade. Foram também validadas, a fiabilidade compósita e as validades convergente e divergente. Os resultados não permitiram validação, mas indicam que há um modelo capaz de explicar os dados da amostra para o contexto português. Serão necessários mais estudos com amostras clínicas e não clínicas de maiores dimensões para garantir a validação e permitir a utilização de um instrumento prático, acessível e bastante robusto para estudar a relação terapêutica em contexto de terapia de grupo.

**Palavras-chave:** Psicoterapia; grupo; instrumento; propriedades psicométricas; relação terapêutica.

## ABSTRACT

The present work aims at the validation of an assessment instrument in the context of group therapies. It is part of an investigation in collaboration with *Clínica Ispa* and the OQ Measures Group, to obtain the Portuguese version of the Group Questionnaire, or “*Questionário de Grupo*”. For this purpose, the aim of the study is to assess the psychometric qualities of this instrument in terms of sensitivity, reliability, convergent and divergent validities, and its replication for the Portuguese population. In this study, 270 individuals, from clinical and non-clinical groups, participated. 61.9% (N = 167) are female, 35.9% (N = 97) are male, and 2.2% (N = 6) are non-binary, aged between 17 and 66 years (M = 24.35; SD = 8.97). To reach as many participants as possible, an online version of the questionnaire was created using Google Forms, which participants answered voluntarily. Values showed great reliability. Composite reliability and convergent and divergent validity were also validated. The results did not allow validation but indicate that there is a model capable of explaining the sample data for the Portuguese context. More studies with larger clinical and non-clinical samples will be required to ensure the validation, and allow the use of a practical, accessible, and robust instrument to study the therapeutic relationship in the context of group therapy.

**Keywords:** Psychotherapy; group; instrument; psychometric properties; therapeutic relationship.

## ÍNDICE

<b>1. PREFÁCIO .....</b>	<b>8</b>
<b>2. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>3. ESTADO DA ARTE.....</b>	<b>12</b>
3.1. PSICOTERAPIA DE GRUPO .....	12
3.2. OS PROCESSOS DE MUDANÇA / EFICÁCIA DA PSICOTERAPIA DE GRUPO .....	15
3.3. MODELO DE JOHNSON .....	19
3.4. A COESÃO, A ALIANÇA, A EMPATIA E O CLIMA DE GRUPO .....	21
3.5. CONCEITOS TEORICAMENTE RELACIONADOS .....	23
3.6. A AVALIAÇÃO DOS CONSTRUTOS ABORDADOS PELO QG .....	24
3.7. A HISTÓRIA DO GROUP QUESTIONNAIRE .....	25
<b>4. ESTUDO 1: VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE GRUPO .....</b>	<b>28</b>
4.1. PARTICIPANTES .....	28
4.2. INSTRUMENTOS .....	29
4.2.1. Questionário de Grupo (QG) .....	29
4.2.2. Inventário de Aliança Terapêutica (IAT-RR).....	30
4.2.3. Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S) .....	31
4.3. PROCEDIMENTOS .....	31
4.4. ANÁLISE DE DADOS .....	32
4.5. RESULTADOS .....	34
4.5.1. Sensibilidade.....	34
4.5.2. Validade de construto .....	34
4.5.3. Estatísticas descritivas .....	34
4.5.4. Confiabilidade .....	35
4.5.5. Análise Fatorial Confirmatória (AFC) .....	35
4.5.6. Correlações entre subescalas .....	41
4.5.7. Validade Convergente e Divergente.....	42
<b>5. ESTUDO 2: COMPARAÇÃO DAS AMOSTRAS.....</b>	<b>44</b>
5.1. PARTICIPANTES .....	44
5.2. INSTRUMENTOS .....	45
5.2.1. Questionário de Grupo (QG) .....	45
5.3. PROCEDIMENTOS .....	46
5.4. ANÁLISE DOS DADOS .....	47
5.5. RESULTADOS .....	47
5.5.1. Teste de normalidade.....	47
5.5.2. Teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney .....	48
<b>6. DISCUSSÃO E CONCLUSÕES .....</b>	<b>50</b>
<b>7. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....</b>	<b>55</b>
<b>8. REFERÊNCIAS .....</b>	<b>57</b>
<b>9. ANEXOS .....</b>	<b>65</b>
ANEXO A. PARECER DO COMITÉ DE ÉTICA DO ISPA .....	65
ANEXO B. PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE (CES) DO HVFX.....	66

ANEXO C. CONSENTIMENTO INFORMADO DO QUESTIONÁRIO DE GRUPO .....	68
ANEXO D. TABELA DE FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS DA AMOSTRA TOTAL.....	69
ANEXO E. ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA (AFE).....	70

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Caraterização da amostra total.....	28
<b>Tabela 2.</b> Valores dos alfas de Cronbach para as subescalas do QG.....	35
<b>Tabela 3.</b> Estatísticas descritivas do QG .....	36
<b>Tabela 4.</b> Cargas fatoriais, rácios críticos e correlações quadradas.....	40
<b>Tabela 5.</b> Valores de fiabilidade compósita e variância média extraída.....	41
<b>Tabela 6.</b> Correlações entre as subescalas do QG .....	42
<b>Tabela 7.</b> Correlações entre o IAT-RR e o QG .....	42
<b>Tabela 8.</b> Correlações entre o SELSA-S e o QG.....	43
<b>Tabela 9.</b> Caraterização da amostra não clínica.....	44
<b>Tabela 10.</b> Caraterização da amostra clínica .....	44
<b>Tabela 11.</b> Valores do teste de Kolmogorov-Smirnov para as duas amostras.....	47
<b>Tabela D1.</b> Frequências de resposta aos itens do QG.....	69
<b>Tabela E1.</b> Cargas fatoriais, comunalidades e correlações inter-item do QG .....	70

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Interação dos cinco fatores que gerem os <i>outcomes</i> do grupo terapêutico .....	17
<b>Figura 2.</b> Modelo trifatorial de Johnson .....	28
<b>Figura 3.</b> Modelo de ajustamento de primeira ordem do QG.....	37
<b>Figura 4.</b> Modelo de ajustamento de segunda ordem do QG .....	39
<b>Figura 5.</b> Modelo de ajustamento de segunda ordem do QG para amostra não clínica .....	49

## **1. Prefácio**

O presente trabalho é parte de um estudo de validação de um conjunto de instrumentos de avaliação em contexto de terapias de grupo. Está inserido numa investigação em colaboração com a Clínica Ispa e o OQ Measures Group, no sentido de obter versões portuguesas de um conjunto de instrumentos, entre eles o Group Questionnaire, ou Questionário de Grupo.

Começaremos por abordar a temática principal do estudo e o quadro de referência teórico, e também os dados empíricos sobre o tema que suportam a sua pertinência. Os objetivos propostos serão definidos, juntamente com as hipóteses do estudo.

Passaremos a uma exploração mais aprofundada do relacionamento terapêutico em terapia de grupo e do instrumento de avaliação da mesma que se pretende validar para a realidade portuguesa: o Questionário de Grupo (QG). Neste tópico, vamos abordar a psicoterapia de grupo, os processos de mudança, a sua eficácia, explicaremos quais os construtos que o GQ avalia e de que forma os avalia.

Em seguida, passaremos a apresentar os dois estudos desta dissertação, o método delineado para a concretização de cada um e os resultados obtidos. O primeiro estudo visa estudar a validade do QG para a população portuguesa e o segundo visa perceber se a amostra não clínica é igual à amostra clínica.

Apresentaremos seguidamente a discussão dos resultados e as conclusões obtidas, explanando os resultados de forma a compreender se eles vão no sentido das hipóteses colocadas ou em sentidos opostos. Procuraremos justificar esses resultados e relacioná-los com a literatura existente, e passaremos à conclusão, fazendo a ponte entre os dois estudos e o conhecimento atual sobre o tema. Finalizaremos com o sublinhar das limitações do estudo e dando sugestões para ulteriores trabalhos.



## 2. Introdução

Atualmente, a terapia de grupo é vista como uma opção eficaz no tratamento de problemáticas relacionadas com a saúde mental (Burlingame, et al., 2004). Várias pesquisas mostraram que os processos de mudança podem explicar progressos obtidos em terapia (Yalom & Leszcz, 2020). Burlingame et al. (2004) identificaram cinco processos gerais de mudança: a orientação teórica utilizada, aspetos estruturais do grupo, os processos grupais, características do líder e características do membro. No entanto, Piper (1994) referiu que esta última contribui mais para o resultado terapêutico, afirmando que cada membro do grupo funciona como um motor que desencadeia uma sequência de acontecimentos.

Analisando a literatura sobre relacionamento terapêutico, verifica-se que existem várias definições para este conceito, não havendo uma concordância sobre o mesmo. No entanto, sempre que se tenta definir este conceito, existem quatro construtos que têm sido referidos com mais frequência, muitas vezes utilizados juntos para definir o conceito de relacionamento terapêutico, sendo eles a coesão do grupo, a aliança, a empatia e o clima de grupo (Thayer, 2012).

É neste contexto que Jennifer Johnson e colegas desenvolveram um modelo que mostra com clareza um possível caminho conceptual. Após vários estudos sobre modelos fatoriais, o modelo trifatorial foi o único que forneceu um bom ajuste aos dados (dividindo o relacionamento terapêutico em subescalas, Vínculo Positivo, Trabalho Positivo e Relacionamento Negativo, e essas subescalas em três níveis: membro-membro, membro-líder e membro-grupo) (Johnson et al., 2005). Este modelo multinível explica o relacionamento terapêutico em grupo quanto à sua estrutura e qualidade. A estrutura mede a direção do relacionamento (com quem é que o membro se relaciona) e atua ao nível dos relacionamentos membro-membro, membro-líder e membro-grupo. A qualidade é referente ao conteúdo do relacionamento (se o membro se sente aceite no grupo, contido, com sentimento de pertença, entre outros) e atua ao nível das subescalas (Johnson et al., 2005).

Estudos que fizeram a validação do *Group Questionnaire* verificaram que a subescala de Vínculo Positivo e Trabalho Positivo se correlacionam positivamente com medidas de coesão, sentimento de unidade, satisfação no relacionamento, aliança terapêutica, sensação de sucesso, empatia, estimulação mútua, compromisso de grupo, compatibilidade de grupo, capacidade de trabalho do paciente, compromisso do paciente,

consenso de estratégia de trabalho, compreensão e envolvimento dos membros, e correlações negativas com medidas de conflito e crítica. Quanto à subescala de Relacionamento Negativo, os estudos obtiveram correlações negativas para todas as medidas mencionadas anteriormente, com exceção das medidas de conflito e crítica, que se correlacionaram positivamente (Thayer, 2012).

As terapias de grupo têm algumas características próprias que podem torná-las mais atrativas em momentos de crise, como o que vivemos recentemente e estamos ainda a viver: são mais baratas, trazem a componente do contacto social e mostram níveis de eficácia semelhantes às terapias individuais (Yalom & Leszcz, 2020). Em paralelo, e como será abordado mais ao pormenor nesta dissertação, a psicoterapia de grupo tem sido eficaz no tratamento de diversos distúrbios, inclusive está associada à melhoria de sintomas e aos processos de mudança em terapia (Alldredge et al., 2021). Por este motivo, torna-se bastante pertinente a tradução e validação de um questionário de grupo para a população portuguesa, e nomeadamente o Questionário de Grupo, porque fornece informação detalhada sobre coesão, aliança, empatia e clima dentro do grupo, e sabe-se que tem boas propriedades psicométricas, tanto na sua versão original como em versões adaptadas para outros países na Europa (Bormann et al., 2011; Giannone et al., 2020; Krogel et al., 2013).

Sobre o processo de adaptação de instrumentos de medida, Sousa e Rojjanasrirat (2010) referem sete etapas, a primeira menciona a necessidade da tradução do instrumento da língua de origem para a língua da adaptação por dois tradutores especializados; a segunda indica que deverá haver a comparação entre as duas versões anteriormente criadas; a terceira refere que a versão única deverá ser retro-traduzida para a língua original pelos dois tradutores; a quarta indica que essas duas versões retro-traduzidas deverão ser comparadas; a quinta diz respeito à avaliação da versão pré-final do questionário quanto à clareza dos itens. Essa avaliação será feita por um grupo de não especialistas na temática que o questionário aborda e por especialistas, neste caso em terapias de grupo; a sexta será a avaliação preliminar da versão final (traduzida e avaliada quanto à clareza dos itens) quanto às características psicométricas; e por fim, a sétima etapa engloba a avaliação geral das capacidades psicométricas da versão final do questionário. Tendo em conta que as outras etapas já foram concluídas, este estudo foca-se em realizar a etapa seis e sete, e a possível validação do instrumento.

Deste modo, esta dissertação visa apresentar a validação do instrumento para a população portuguesa. Para esse efeito, fizeram-se dois estudos: o primeiro para validar o instrumento para a população portuguesa (algo que ainda não foi feito), estudando se o modelo proposto por Johnson e colegas (2005) se ajusta à amostra; e o segundo para analisar se as amostras (não clínica e clínica) se comportam de forma semelhante quanto às respostas ao questionário. Tendo em conta os objetivos enunciados, definiu-se cinco hipóteses de estudo às quais se propõe responder ao longo desta dissertação:

- (1) O modelo não terá um bom ajustamento de primeira ordem (sem as subdivisões membro-membro, membro-líder e membro-grupo).
- (2) As subdivisões do modelo (membro-membro, membro-líder e membro-grupo) serão necessárias para que o modelo forneça um bom ajustamento aos dados.
- (3) O modelo tri-fatorial de Johnson e colaboradores (2005) fornecerá um bom ajustamento para o total dos dados gerados utilizando o Questionário de Grupo.
- (4) As subescalas que representam aspetos positivos ou negativos da relação terapêutica serão significativamente correlacionadas positiva e negativamente entre si, conforme especificado pelo artigo original de Krogel et al. (2013).
- (5) As amostras em estudo (amostra clínica e não clínica) não irão apresentar diferenças estatisticamente significativas.

### 3. Estado da arte

#### 3.1. Psicoterapia de grupo

Com a crescente necessidade de abordagens terapêuticas mais acessíveis e menos dispendiosas, a psicoterapia de grupo tem vindo a ganhar destaque. Quando comparada com a psicoterapia individual, ela mostra-se igualmente eficaz e financeiramente mais acessível (Burlingame et al, 2013; Yalom & Leszcz, 2020). Esta possui componentes e fatores que podem aumentar a sua eficácia e que emergem associados especificamente aos fenómenos grupais (Burlingame et al., 2004). O grupo é regido por normas implícitas, isto é, comportamentos que foram definidos como adequados pelos seus integrantes e, como tal, expectáveis pelos mesmos. Yalom e Miles (1973) referem que existe um papel importante desempenhado pelo líder do grupo na monitorização e na formação das normas do grupo e que este conjunto de normas é determinante para o comportamento real do grupo (MacKenzie, 1981). Este conjunto de regras, gera um ambiente interpessoal e interativo no grupo, que é um mecanismo único e poderoso de mudança por si só, capaz de prever uma parte significativa dos resultados terapêuticos.

Yalom e Leszcz (2020) indicam que os membros de um grupo expressam ideias, fazem comentários, partilham experiências de vida e fazem interpretações daquilo que é falado. E são esses *feedbacks* que vão contribuir para os processos importantes do grupo. Ainda sobre este assunto, Lo Coco e colaboradores (2015) explicam que os fatores referentes ao ambiente grupal são distinguidos ao nível clínico, pois os aspetos sociais do ambiente de grupo são comumente utilizados como agentes de mudança terapêutica. Estas interações entre os membros que ocorrem em ambiente grupal, e que funcionam como mecanismos de mudança, são amplamente denominados de “processos de grupo”.

Burlingame e colaboradores (2013) elaboraram um modelo para classificar os processos de grupo nas terapias em pequenos grupos quanto à sua estrutura (a forma do grupo) e em relação aos processos (a função do grupo). Os investigadores definiram a estrutura do grupo como as diretrizes que o líder dá ao grupo e que influenciam a sua estrutura, como a seleção dos membros do grupo (que pode ser efetuada através da problemática de cada membro) e a sua composição. As mudanças terapêuticas, consideradas primárias e associadas às interações dos membros entre eles e com o líder, são denominadas de processos de grupo. No que diz respeito aos processos, Burlingame e colaboradores (2013) enfatizam duas categorias, as interações membro-líder, onde

ocorre o *feedback* interpessoal, intervenções e autorrevelações por parte do líder; e as interações membro-grupo, onde atuam fatores de coesão e terapêuticos.

Leszcz e colaboradores (1985) reforçam a ideia de que a terapia de grupo se mostra eficaz em diferentes ambientes e com indivíduos com diferentes problemáticas, nomeadamente em contexto hospitalar e de ambulatório. A construção da coesão do grupo e o aumento das interações entre os membros, em diversos casos, contribuem para a formação e promoção de estratégias que ajudam a controlar a ansiedade e a minorar a tensão grupal (Yalom et al., 1977).

Yalom e Leszcz (2020) sugerem que a mudança terapêutica seja vista como um processo bastante complexo, que decorre por meio de uma interação durante as experiências de vida, e a esse processo Yalom denominou de “fatores terapêuticos”. As suas contribuições teóricas nesse campo têm sido muito úteis para se estudar os fenómenos de grupo. E através de resultados clínicos e da sua experiência pessoal, Yalom propôs o modelo dos Doze Fatores Terapêuticos (Yalom & Leszcz, 2020) baseado no fato de que as dinâmicas da psicoterapia de grupo promovem a cura e a eficácia do grupo, e que as interações entre os membros são responsáveis pela mudança terapêutica, sendo que o terapeuta é apenas mediador dessa mudança. Nesta perspetiva, Yalom descreve onze fatores terapêuticos (de doze passam para onze devido à condensação do fator Aprendizagem interpessoal que agrupa as categorias *input* e *output*): (1) Instilação da esperança, que está associada à esperança que o indivíduo tem em relação à terapia, isto é, quanto mais alta for a expectativa de que o tratamento vai surtir resultados, melhores são os resultados obtidos (como por exemplo, os tratamentos com base em placebos). A presença de esperança está intrinsecamente relacionada com a presença de *engagement* com o grupo; (2) Universalidade, que capacita o indivíduo de que não é o único com dificuldades e que não está sozinho no processo de ultrapassar os obstáculos. Há também certos problemas, impulsos e fantasias que são vistos como socialmente inaceitáveis e que os pacientes julgam ser os únicos a sofrer com essas questões. Neste caso, como a intervenção é feita em grupo, há a capacidade de compreender de que não são os únicos indivíduos a sentir-se como se sentem; (3) Transmissão de informações, que representa as informações didáticas sobre saúde mental, doença mental e psicoterapia no geral, que o terapeuta fornece aos membros do grupo como forma de conselho, sugestão ou diretrizes; (4) Altruísmo, que caracteriza a atitude de ter consideração pelo outro e que em terapia de grupo tende a aumentar; (5) Recapitulação corretiva do grupo familiar primário, que permite aos membros do grupo a partilha de informação e de experiências

com a família nuclear primária, no sentido de relevar episódios de autoridade parental, ou revelações pessoais profundas, emoções fortes, partilhas íntimas, entre outras, no sentido de ajudar outros membros do grupo a ultrapassar situações similares; (6) Desenvolvimento de técnicas de socialização, que estão sempre presentes nas terapias que operam em grupo, e que permitem aos membros desenvolver competências interpessoais que serão úteis para a sua vivência com o outro (dentro e fora do grupo); (7) Comportamento por imitação, muitas vezes associado ao facto dos pacientes imitarem a forma de andar, vestir e falar do líder, devido à forma como o líder modela comportamentos, como dá os feedbacks e pelo seu carácter compreensivo, os pacientes tendem a identificarem-se com ele. No caso dos grupos, os membros também se identificam entre si, aprendendo uns com os outros novas estratégias de lidar com problemas; (8) Aprendizagem interpessoal (*input* e *output*), é um mediador da mudança através do insight e da transferência. Representa os processos exclusivos do ambiente de grupo que contribuem para o desenvolvimento de *insights* individuais e que se desdobram como resultado de uma ação específica do terapeuta, permitindo que os membros do grupo ajam de forma interativa e adaptativa; (9) Coesão de grupo, que em comparação com a terapia individual pode-se considerar que seja análogo à relação terapêutica. Apesar de, em oposição à terapia individual, não haver consenso na literatura se este “relacionamento” em terapia de grupo promove resultados positivos, no entanto, há literatura que afirma que há resultados positivos provenientes de sentimentos de pertença, aceitação e segurança, que estão na base deste complexo conceito; (10) Catarse, funciona como forma de libertação das emoções positivas ou negativas, em momentos de partilha com os outros membros do grupo; e por fim, (11) Fatores existenciais, que caracterizam o reconhecimento de que na vida existe injustiça, dor, medo, raiva e solidão, tal como existe, alegria, amor e tranquilidade, e assumir as responsabilidades das próprias escolhas, mesmo que tenha apoio de outra pessoa na tomada de decisão (Yalom & Leszcz, 2020). Este modelo dos Doze Fatores Terapêuticos de Yalom não deixa de ser uma referência, independentemente do modelo teórico adotado para a intervenção, para a organização heurística em psicoterapia de grupo (DeLucia-Waack et al., 2014).

A psicoterapia de grupo a curto prazo mostra-se eficiente na ajuda a enfrentar problemas interpessoais e é útil para se iniciar algumas mudanças preliminares. No entanto, quando é feita a longo prazo é capaz de oferecer aos membros do grupo a oportunidade de enfrentarem questões importantes para o seu desenvolvimento psicossocial (Brabender et al., 2004). Nesta abordagem, apenas uma percentagem

pequena das pessoas decide abandonar o grupo. Existem diversos motivos para os *drop-out*, mas na sua maioria os indivíduos relatam que não se sentem compatíveis com os outros membros do grupo ou que não conseguiram criar um entendimento com o grupo, sentindo-se excluídos do ambiente coeso do mesmo. Nestes casos, as pessoas tendem a abandonar o grupo numa fase mais inicial do processo de grupo (Yalom, 1966).

Ainda sobre este assunto, MacKenzie (1981) refere que cada membro tem a sua forma de perceber o grupo, os seus integrantes e o líder, tendo uma visão singular da realidade do grupo, apesar de outros membros a verem de outra forma. Neste caso, o indivíduo pode classificar o grupo como fraco no que diz respeito às dimensões de apoio e com elevados índices de discordância e atrito interpessoal, ao passo que outros membros podem classificar de forma oposta. Então, a compreensão do funcionamento do grupo por cada um dos membros torna-se uma fonte de informação útil para a compreensão dos efeitos dentro do grupo onde pertencem. Desta forma, pode-se avaliar um grupo através dos resultados individuais de cada membro, analisando as diferenças individuais, ou por outro lado, avaliar os resultados globais do grupo onde cada uma das participações se diluem e onde se analisa a influência exercida pelo líder e pelos membros, obtendo dados que avaliam o grupo num todo. Estes resultados podem posteriormente ser comparados às percepções individuais dos membros, à percepção do grupo pelo líder ou de observadores externos, caso existam.

Quanto à eficácia, apesar de alguns estudos terem conseguido demonstrar a eficácia da psicoterapia de grupo, Burlingame et al. (2013) expõem o facto de que identificar os mecanismos que estão subjacentes à mudança ainda apresenta algumas dificuldades. Isto porque nas terapias de grupo, o indivíduo relaciona-se com cada um dos membros do grupo e, ao mesmo tempo, também está envolvido no ambiente do grupo, que resulta no conjunto de interações membro-membro, membro-líder e membro-grupo, o que faz com que este campo interpessoal seja mais complexo do que o ambiente da terapia individual, e por sua vez, mais difícil de mensurar.

### **3.2. Os processos de mudança / Eficácia da Psicoterapia de grupo**

Tal como foi referido no tópico anterior, atualmente a terapia de grupo é vista como uma opção eficaz no tratamento de problemáticas relacionadas com a saúde mental (Burlingame, et al., 2004). Várias pesquisas mostraram que os processos de mudança podem explicar progressos obtidos em terapia (Yalom & Leszcz, 2020). Burlingame et

al. (2004) identificaram cinco processos gerais de mudança: a orientação teórica utilizada, aspectos estruturais do grupo, os processos grupais, características do líder e características do membro. No entanto, Piper (1994) referiu que esta última contribui mais para o resultado terapêutico, afirmando que cada membro do grupo contribui ativamente para o seu processo terapêutico individual e do grupo.

Sobre este assunto, Burlingame et al. (2004) definiram um modelo em que identificaram os fatores principais que explicam os progressos do indivíduo em terapia de grupo (ver figura 1). Este modelo assenta no princípio heurístico de que o tratamento em grupo atua como facilitador nos resultados positivos dos seus membros e, os autores referem que esse princípio é corroborado pelos resultados terapêuticos dos pacientes.

O primeiro fator, denominado teoria da mudança formal, reúne os processos de mudança que já foram estudados e testados por investigadores no sentido de verificar a eficácia dos mesmos, independentemente da abordagem adotada pelo terapeuta. O segundo fator, denominado princípios do processo de pequenos grupos, está associado aos processos de mudança de grupo, que por sua vez estão associados ao progresso e que refletem a convergência entre a teoria e a investigação em grupos clínicos e não clínicos, como o clima de grupo, que é um fator relevante para a mudança. O terceiro fator é o paciente, isto é, as características pessoais dos membros do grupo. Estas características já foram estudadas como preditores de melhoria nos pacientes. Em quarto estão os fatores estruturais do grupo, que refletem as características do grupo, como o número e a duração das sessões, o tamanho do grupo, a periodicidade das sessões, entre outros. Por fim, o último fator, o líder do grupo, que é quem gere a interligação entre os quatro fatores mencionados anteriormente, isto é, se o grupo será visto como um processo de mudança em si mesmo, ou se vai optar por uma terapia individualizada dentro do grupo (Burlingame et al., 2013).

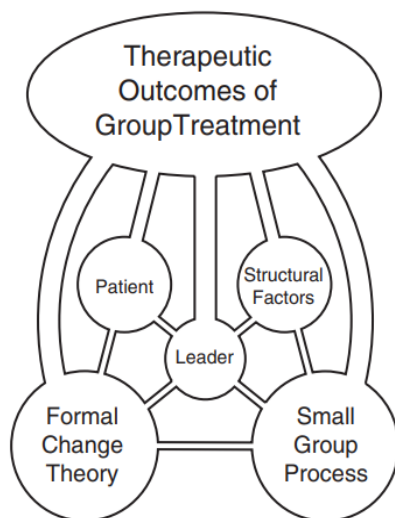
Com efeito, em 2004 foram desenvolvidos estudos onde se modificavam as intervenções de terapia individual para ser adequar a uma terapia de grupo, integrando esses membros numa terapia de grupo, e verificou-se que a negligência dos fatores mencionados pode reduzir a eficácia da terapia. Alguns exemplos disso são o aumento da dimensão do grupo, que pode reduzir a interação e a coesão dos membros, ou as estratégias de mudança formal, que podem competir com os princípios do processo de grupo, ou seja, aprofundar a exploração individual, ao invés de promover o tempo de partilha em grupo, ou vice-versa. Ou as características dos pacientes, que podem interferir com a dinâmica do grupo, como por exemplo, uma pessoa mais ansiosa contribui de



forma diferente para a coesão. Em suma, a complexidade da terapia em grupo acontece devido à interação destes cinco fatores, existindo várias formas diferentes dos mesmos se relacionarem e que variam ao longo do tempo, o que prediz vários tipos de processos de mudança consoante o grupo, o paciente e o terapeuta (Burlingame et al., 2013).

### Figura 1

*Interação dos cinco fatores que gerem os outcomes do grupo terapêutico*



Adaptado de Burlingame et al. (2013).

Em 2018 a APA (*American Psychological Association*) incluiu a psicoterapia de grupo como especialidade criando, deste modo, a necessidade de revisões empíricas mais rigorosas sobre o tratamento de pacientes com distúrbios através da abordagem em grupo (Janis et al., 2021). Por este motivo, ao longo dos anos tem vindo a ser estudada a eficácia das terapias de grupo, em comparação com a terapia individual para diferentes problemáticas.

E mesmo antes de 2018, já alguns investigadores achavam pertinente estudar a eficácia das terapias de grupos, como Panas e colaboradores (2003) que mostraram, através de dados de arquivo ( $N > 7000$ ), que o índice de resistência ao tratamento diminuiu em membros de terapias de grupo, e o mesmo acontece ao índice de abandono da terapia, promovendo que mais pacientes concluam os seus tratamentos, comparado com a terapia individual. Outros investigadores chegaram às mesmas conclusões e acrescentaram que se comprova que é uma abordagem mais acessível, não só financeiramente, como para o terapeuta, sendo que foi reduzido o seu tempo de intervenção em 41,4% (Sobell et al., 2009). Já mais recentemente, Janis e colegas (2021), através do estudo de meta-análise

realizado, verificaram que as terapias de grupo para pacientes com depressão e para pacientes com transtorno bipolar obtiveram melhorias nos resultados comparativamente com o grupo em lista de espera e com os pacientes com tratamento individual. Quando à medicação, os resultados foram equivalentes, no entanto os investigadores indicam que é necessário mais pesquisas para a comparação entre a terapia de grupo e a medicação para pacientes com transtorno bipolar. A meta-análise elaborada por Barkowski e colaboradores (2016) revelou que, para pacientes com ansiedade social, a psicoterapia de grupo não apresenta diferenças significativas quando comparada com a psicoterapia individual ou com a medicação. Grenon e colegas (2017) verificaram na sua meta-análise melhorias na taxa de abstinência de compulsão alimentar ou purgação em comparação com o grupo em lista de espera, no entanto, comparando com pacientes em tratamentos ativos, como a psicoterapia individual, os resultados não diferiram, mostrando-se equivalentes. Schawartze e colaboradores. (2016) analisaram os efeitos da psicoterapia de grupo em pacientes com sintomas obsessivo-compulsivos e concluíram que os resultados mostram efeitos significativos na redução dos sintomas, quando comparados com os do grupo de controlo (sem tratamento), mas, no entanto, não encontrou diferenças significativas quando a comparação era feita com pacientes em psicoterapia individual. Posteriormente, Schwartze e colaboradores (2019) analisaram os efeitos da psicoterapia de grupo em pacientes com stress pós-traumático e chegaram às mesmas conclusões que o estudo anterior. Lo Coco e colegas (2019) realizaram uma meta-análise que visava comparar a eficácia da psicoterapia de grupo em indivíduos com transtorno por uso de substâncias com um grupo de controlo e com um grupo de pessoas em psicoterapia individual. Os resultados mostram pequenos efeitos significativos da terapia de grupo na abstinência quando comparado com os outros grupos (controlo e tratamento individual). Em relação ao estado mental, houve efeitos significativos moderados em comparação com o grupo de controlo, no entanto, comparações com o grupo em tratamento individual não mostrou diferenças significativas. No que diz respeito aos pacientes com esquizofrenia, Burlingame e colaboradores (2020) através de estudos de meta-análise concluíram que os quatro tipos de terapias de grupo (remediação cognitiva, multifamiliar, psicoeducação e treino social de habilidades) produziram um efeito pequeno e significativo nos sintomas específicos, apresentando uma melhoria significativa. Outra meta-análise, que faz comparação entre psicoterapia de grupo e outros tratamentos, foi elaborada por McLaughlin e colegas (2019) que estudaram os efeitos da psicoterapia de grupo numa amostra de pessoas com transtorno de personalidade *borderline* e verificaram

que houve um efeito forte e significativo na redução dos sintomas do transtorno *borderline* e um efeito moderado e significativo na redução de sintomas de suicídio e parassuicídio. Também se verificou um efeito moderado e significativo na redução dos efeitos secundários, como a ansiedade e a depressão. Em comparação com pacientes em tratamento individual, como psicoterapia individual, a psicoterapia de grupo foi associada a uma maior redução de sintomas. Em oposição, para pacientes com fobia social, Aderka (2009) verificou que há maiores benefícios para os pacientes com a terapia individual. Os mesmos resultados foram obtidos para pacientes com transtornos relacionados com trauma (Salo et al. 2008). Em suma, já foram testadas as terapias em grupo para várias amostras da população com diferentes problemáticas e os resultados indicam que a eficácia aumenta ou é equivalente para a maioria das amostras testadas, o que indica que a terapia em grupo é uma boa opção tanto ao nível da eficácia, como ao nível financeiro (Burlingame et al., 2013).

### **3.3. Modelo de Johnson**

Analisando a literatura sobre relacionamento terapêutico, verifica-se que existem várias definições para este conceito, não havendo uma concordância sobre a definição que caracteriza melhor o conceito de relacionamento terapêutico. A psicoterapia individual tem por base o relacionamento interpessoal entre o paciente e o terapeuta que trabalham em conjunto para ultrapassar desafios com o propósito de alcançar o crescimento pessoal (Yalom, 2002), o que se denomina por relação terapêutica. No caso da terapia em grupo, pode-se considerar que a relação terapêutica da psicoterapia individual é similar à coesão de grupo, no entanto, a coesão é vista como um pré-requisito para a terapia em formato de grupo (Yalom & Leszcz, 2020). Esta é uma possível definição entre várias que já foram explanadas, no entanto, e em suma, sempre que se tenta definir este conceito, existem quatro construtos que têm sido referidos com mais frequência e muitas vezes utilizados juntos para definir o conceito de relacionamento terapêutico, sendo eles a coesão do grupo, a aliança, a empatia e o clima (Thayer, 2012).

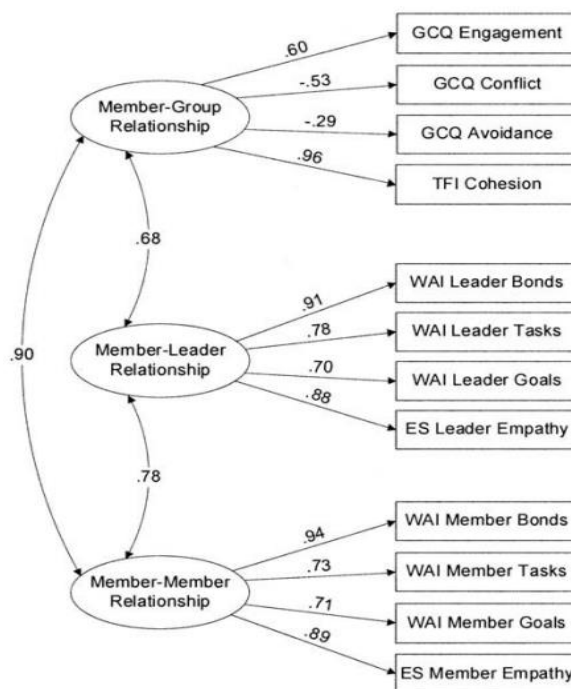
Johnson e colegas (2005) debruçam-se igualmente sobre a questão de haver pouca atenção por parte dos pesquisadores na natureza multinível conferida aos dados em grande parte dos estudos. Foi por esse motivo que o estudo de Johnson e colegas utilizou uma análise multinível que permitiu que os dados fossem analisados, tanto ao nível individual, como em grupo. Este estudo teve como objetivo explorar os construtos do

relacionamento terapêutico (acima mencionados) em três níveis: membro-membro, membro-líder e membro-grupo, bem como verificar a existência de construtos de ordem superior. Para isso, Johnson e colegas (2005) utilizaram o questionário *The Group Climate Questionnaire – Short Form* (GCQ-S) de MacKenzie (1983) para avaliar a dimensão do clima; para avaliar a coesão, os investigadores usaram a subescala *Cohesion* da escala *Therapeutic Factors Inventory* (TFI) de Lese & MacNair-Semands (2000); para avaliar a aliança, utilizaram o *The Working Alliance Inventory* (WAI) de Horvath & Greenberg (1989); e por fim, utilizaram o questionário *The Empathy Scale* de Burns & Auerbach (1996) para medir a empatia.

E é neste contexto que Johnson e colaboradores desenvolveram um modelo que mostra com clareza um possível caminho conceptual. Inicialmente, testaram um modelo unifatorial (onde todos os aspetos da relação terapêutica estavam condensados num único fator) e um modelo bifatorial (onde dividiram os aspetos relacionados com o trabalho e os vínculos), mas no final o único modelo que forneceu um bom ajuste aos dados foi o modelo trifatorial (onde dividiram o relacionamento terapêutico em subescalas e essas subescalas em três níveis: membro-membro, membro-líder e membro-grupo) (Johnson et al., 2005).

**Figura 2**

*Modelo trifactorial de Johnson*



Adaptado de Johnson et al. (2005).

Este modelo é multinível e explica o relacionamento terapêutico em grupo quanto à sua estrutura e qualidade. A estrutura mede a direção do relacionamento (com quem é que o membro se relaciona) e atua ao nível dos relacionamentos membro-membro, membro-líder e membro-grupo. A qualidade é referente ao conteúdo do relacionamento (se o membro se sente aceito no grupo, contido, com sentimento de pertença, entre outros) e atua ao nível do Vínculo Positivo, Trabalho Positivo e Relacionamento Negativo (Johnson et al., 2005). O Vínculo Positivo avalia o relacionamento empático que os membros do grupo criaram entre eles, com o líder e com o grupo no geral, ou seja, avalia a coesão membro-membro, a aliança membro-líder e o clima membro-grupo. O Trabalho Positivo avalia o quanto os membros sentem que estão a trabalhar com o líder e com outros membros na realização dos objetivos mutuamente acordados, ou seja, avalia as tarefas e os objetivos membro-membro e membro-líder. O Relacionamento Negativo avalia as falhas empáticas dos membros com o líder e os conflitos dentro do grupo, ou seja, avalia as rupturas empáticas membro-membro, as rupturas na aliança membro-líder e o conflito membro-grupo (Yalom & Leszcz, 2020).

Uma revisão de literatura efetuada por Burlingame et al. (2002) descobriu que 66% da literatura se focava unicamente no relacionamento membro-grupo, sendo que os estudos que avaliam o relacionamento membro-membro e membro-líder são em número muito reduzido.

### **3.4. A coesão, a aliança, a empatia e o clima de grupo**

Como mencionado no tópico anterior, a coesão do grupo, a aliança, a empatia e o clima de grupo são conceitos que, em conjunto, definem o relacionamento terapêutico, que é avaliado pelo Questionário de Grupo.

O primeiro conceito é a coesão de grupo, que tem sido apontada como um dos fatores terapêuticos mais relevantes na avaliação de terapias de grupo (Yalom & Leszcz, 2020) e para alguns investigadores tornou-se o sinónimo de relação terapêutica grupal (Burlingame et al., 2002). Este construto pode ser visto através da perspetiva de um membro do grupo que vê os relacionamentos dentro do grupo dividido em três categorias, membro-membro, membro-líder e membro-grupo. Já na perspetiva do líder, os relacionamentos incluem mais duas categorias, líder-grupo e líder-líder (no caso de coterapeuta). E é devido ao facto de o construto ter estruturas multinível que se considera

que é complexo e que não tem definição consensual. Pesquisas efetuadas com o intuito de desconstruir este construto e chegar a uma definição fidedigna, indicam que a coesão tem duas dimensões, a estrutural e a qualidade. A dimensão estrutural está dividida em duas sub-categorias, a horizontal e a vertical. A coesão horizontal representa a relação membro-membro e membro-grupo, enquanto a coesão vertical representa a relação membro-líder (que se refere à percepção do membro do grupo em relação à competência, honestidade e delicadeza do líder do grupo). A dimensão qualidade representa a natureza emocional (Burlingame et al., 2018).

O segundo conceito é a aliança que tem sido o conceito mais estudado ao longo dos anos ao nível da psicoterapia. Uma definição de aliança, definida por Bordin (1979) diz que a aliança é a concordância entre o paciente e o terapeuta acerca dos objetivos e das tarefas delineadas para o tratamento, assim como, a criação e manutenção de um vínculo afetivo positivo. No caso da terapia de grupo, a relação não é unicamente com o terapeuta, deve-se considerar os relacionamentos com os outros membros e com o grupo, o que aumenta a complexidade do conceito (Gullo et al., 2015). Essas três dimensões estruturais (relacionamento membro-membro, membro-líder e membro-grupo) promovem diferentes níveis de funcionamento e interação dentro dos grupos. Ao nível intraindividual, o paciente e o terapeuta partilham as suas dinâmicas em contexto de grupo (Lo Coco et al., 2016). Ao nível interpessoal, os membros partilham entre si a sua dinâmica individual e essa partilha molda as interações entre eles e definem o contexto interpessoal do grupo. Em última análise, o paciente e o terapeuta vivem o grupo como um só (Yalom & Leszcz, 2020). Posto isto, pode-se considerar a aliança um conceito multifacetado, por exemplo, um paciente pode sentir um vínculo positivo com os membros do grupo e negativo com o seu líder. Para além disso, a aliança também é considerada como um processo dinâmico e que tem flutuações ao longo do tempo (dentro e entre sessões de terapia). Pesquisas sobre a aliança confirmam que existe uma associação positiva entre a aliança e os resultados positivos em várias condições de tratamento (Burlingame et al., 2013; Doran, 2016). É crucial que o terapeuta saiba prever as rupturas de aliança terapêutica, pois estas rupturas, não só são um obstáculo para os resultados positivos do tratamento, como também são causadoras de desistências prematuras por parte dos pacientes (Safran et al., 2011).

O terceiro conceito é a empatia que foi definida por Rogers e colaboradores (1967) como a capacidade do terapeuta, não só para compreender as experiências e os sentimentos do paciente durante a terapia, como também para fazer a leitura do

significado e a devolução ao paciente, de forma a expandir a consciência do mesmo sobre os seus sentimentos e experiências. Este processo é visto como a percepção do mundo interior do paciente. Yalom e Leszcz (2020) referem que a empatia é um fator importante para a caracterização do relacionamento terapêutico em grupo, porque visa reduzir a possibilidade dos membros se prejudicarem uns aos outros e também promove a transferência daquilo que é aprendido dentro do grupo para o mundo exterior (fora do grupo) do paciente.

Por último, o quarto conceito é o clima de grupo, que é frequentemente descrito como a atmosfera emocional geral do grupo, incluindo o ambiente psicossocial e o sentimento de pertença ao grupo. Também é visto como o produto da interação dinâmica do relacionamento em grupo (McClendon & Burlingame, 2011). É um construto multidimensional que avalia a percepção de um membro sobre o *engagement* dos outros membros do grupo, sobre o conflito entre membros e o evitamento em falar de certos tópicos (Gullo et al., 2015). Quando o clima que se gera num grupo é positivo, este é facilitador da expressão de emoções por parte dos membros e promove a autorrevelação, permitindo a partilha de experiências mais íntimas (Burlingame et al., 2004). DeLucia-Waack e colegas (2014) no seu estudo verificaram que o clima de grupo teve impacto positivo na criação de relacionamentos em terapia e na percepção do ambiente da terapia por parte dos membros, concluindo que o clima foi determinante para o sucesso da terapia.

### **3.5. Conceitos teoricamente relacionados**

Estudos que fizeram a validação do *Group Questionnaire* verificaram que a subescala de Vínculo Positivo e Trabalho Positivo se correlacionam positivamente com medidas de coesão, sentimento de unidade, satisfação no relacionamento, aliança terapêutica, sensação de sucesso, empatia, estimulação mútua, compromisso de grupo, compatibilidade de grupo, capacidade de trabalho do paciente, compromisso do paciente, consenso de estratégia de trabalho, compreensão e envolvimento dos membros, e correlações negativas com medidas de conflito e crítica. Quanto à subescala de Relacionamento Negativo, os estudos obtiveram correlações negativas para todas as medidas mencionadas anteriormente, com exceção das medidas de conflito e crítica que se correlacionaram positivamente (Thayer, 2012).

Devido à escassez de medidas que exploram múltiplas estruturas de relacionamento, é usual usarem-se medidas de aliança extraídas da literatura da terapia individual, como o WAI – Working Alliance Inventory (em Portugal denomina-se IAT-RR – Inventário de Aliança Terapêutica – Reduzido e Revisto) (Burlingame et al., 2021). No seu estudo sobre a validade do *Group Questionnaire*, Thayer (2012) usou o instrumento Working Alliance Inventory (WAI) e os resultados indicam que as subescalas de tarefas e objetivos se correlacionaram positivamente com as subescalas Vínculo Positivo e Trabalho Positivo do GQ.

No que diz respeito à validade divergente, não foram encontrados estudos que tenham feito este tipo de validação. No entanto, existe suporte teórico que sustenta a utilização da escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S) como forma de avaliar esta validade (Fernandes & Neto, 2009). Tendo por base a teoria de Ussel, de que o ser humano é um ser social na sua natureza, e de que há indivíduos mais sociais e menos sociais, em função das suas características pessoais, surgem várias definições para a solidão. No entanto, há um consenso teórico de que este construto resulta de três fatores: de deficiências nas relações sociais do indivíduo, em fenómenos psicológicos subjetivos e em relacionamentos negativos, isto é, todos os indivíduos têm pelo menos um contacto social, por isso, a solidão pode ser vista como uma insatisfação com o número de relacionamentos ou com a qualidade dos mesmos (Ussel, 2001). Neste instrumento, a solidão é vista como social e emocional, sendo a solidão social representada pela carência de relações afiliativas que quando falham produzem o sentimento de evitamento e de exclusão, de não ser aceite pelos outros e isolamento; a solidão emocional (constituída pela solidão familiar e romântica) é vista como ausência de relações de apego e que proporcionam segurança ao indivíduo. Estudos sobre solidão têm associado a solidão à timidez, evitamento, baixa sociabilidade, baixa satisfação com a vida e autoestima. Tendo em conta que a subescala de Relacionamento Negativo está associada a situações de conflito e de evitamento, e conseqüentemente ao sentimento de não pertença ao grupo, espera-se uma correlação negativa entre a subescala Social e com a escala total (Fernandes & Neto, 2009).

### **3.6. A avaliação dos construtos abordados pelo Questionário de Grupo**

A literatura sobre terapia de grupo indica que existem duas formas de medida dos mecanismos de grupo. A primeira forma é através de ferramentas de codificação



comportamental usadas para descrever e tirar anotações das interações entre os membros. A segunda é através de ferramentas baseadas em questionários que procuram medir os processos grupais através de uma escala tipo Likert, de modo a saber a intensidade em que um mecanismo de grupo está presente ou é experimentado. Estas medidas são normalmente mais rápidas, menos dispendiosas e fáceis de aplicar, e podem ser aplicados em várias sessões de grupo para acompanhar o progresso da terapia e verificar como os mecanismos de mudança atuam ao longo do tempo (Orfanos et al., 2020).

### **3.7. A história do *Group Questionnaire***

O *Group Questionnaire* (GQ) (Krogel, 2009) foi uma consequência de uma revisão de literatura que Burlingame et al. (2002) fizeram sobre a coesão, que permitiu perceber as dificuldades de definição e empíricas, levando à elaboração de um conjunto de medidas de relacionamento de grupos. Posteriormente, em 2005, Johnson e colegas calcularam as correlações entre as quatro componentes do relacionamento de grupo, a coesão, a aliança, a empatia e o clima, a partir das medidas citadas anteriormente. As descobertas deste estudo apoiaram a estrutura de três fatores, Vínculo Positivo, Trabalho Positivo e Relacionamento Negativo, cruzando-os com os três fatores estruturais membro-membro, membro-líder e membro-grupo. Outros estudos verificaram este modelo. Bormann e Strauss (2007) utilizaram uma amostra de grupos psicodinâmicos de pacientes alemães internados e verificaram empiricamente que o modelo de Johnson, para definir a relação terapêutica de grupo, tinha um bom ajustamento aos dados. Estes dados foram novamente replicados por Bakali e colaboradores (2009), um grupo de investigadores noruegueses, que demonstraram que o modelo também tinha um bom ajustamento em terapias de grupo de curto e longo prazo. Estes estudos promoveram o processo de redução dos 60 itens que constituíam o GQ na altura (Gleave et al., 2017). O GQ foi então reduzido de 60 para 40 itens e, posteriormente, foram testados por Krogel e colaboradores (2013) através de uma análise fatorial confirmatória para avaliar a qualidade do ajuste entre os dados da sua amostra e o modelo de Johnson. Nesta análise verificaram que os dados recolhidos com o GQ a 40 itens não se ajustavam adequadamente ao modelo de Johnson, no entanto os valores de confiabilidade, avaliados pelo alfa de Cronbach, para as subescalas do GQ apresentaram valores ótimos para o Vínculo Positivo, Trabalho Positivo e Relacionamento Negativo (.93, .90 e .84, respetivamente).

Estes resultados levaram Krogel e colaboradores (2013) a rever a versão de 40 itens do GQ, através da análise das cargas fatoriais, dos pesos de regressão e das correlações entre os itens, decidiram remover 10 itens ao GQ, criando a sua versão de 30 itens. Após a redução, foi elaborada outra análise fatorial confirmatória que verificou que os dados se ajustavam ao modelo de Johnson ( $\chi^2(381) = 775.4$ ; CFI = .96; RMSEA = .05; N = 486). Para esta versão, os valores de confiabilidade, avaliados pelo alfa de Cronbach, para as subescalas do GQ apresentaram valores ligeiramente inferiores aos anteriores ( $\alpha_{\text{Vínculo Positivo}} = .92$ ;  $\alpha_{\text{Trabalho Positivo}} = .90$ ;  $\alpha_{\text{Relacionamento Negativo}} = .80$ ) para o Vínculo Positivo, Trabalho Positivo e Relacionamento Negativo, respetivamente. Krogel e colaboradores (2013) explicaram esta diminuição nos valores pela passagem de 40 para 30 itens. Apesar disso, e pelo facto de a subescala de Relacionamento Negativo ter apresentado um valor inferior quanto comparado com as outras subescalas, Krogel usou a fórmula desenvolvida por Ghisell et al. (1981), que permite prever a confiabilidade de um instrumento para uma amostra com base na confiabilidade desse teste para outra amostra. Então, o valor de confiabilidade previsto para o Relacionamento Negativo foi de .90 (Chapman et al., 2012; Burlingame, 2010).

Por fim, a versão final do GQ de 30 itens de Krogel (2013), é uma medida de autorelato e mede a estrutura e qualidade do relacionamento terapêutico (Burlingame et al., 2017). Os itens são respondidos pelos membros do grupo através de uma escala tipo Likert de 7 pontos, em que 1 significa “*not true at all*” e 7 significa “*very true*”. Este instrumento é composto por três subescalas, o Vínculo Positivo (composto por 13 itens), o Trabalho Positivo (composto por 8 itens) e o Relacionamento Negativo (composto por 9 itens), em que cada subescala está organizada em três níveis estruturais: membro-membro, membro-líder e membro-grupo. As pontuações finais são devolvidas aos pacientes por subescala (uma pontuação por subescala), e não uma pontuação total resultante da soma das pontuações das subescalas (Burlingame et al., 2018).

Devido ao facto deste instrumento estudar o processo de grupo através de quatro variáveis (coesão, aliança, empatia e clima) dentro de três subescalas e a três níveis de ação, este questionário foi traduzido, validado e disponibilizado para outras populações na Europa, nomeadamente na Alemanha e Itália. Bormann, et al. (2011) decidiram traduzir e validar o GQ para a população alemã e verificaram que o modelo de Johnson teve um bom ajuste aos seus dados ( $\chi^2(376) = 818$ ; CFI = .97; RMSEA = .05; N = 424) e ao nível da confiabilidade, esta foi avaliada através do alfa de Cronbach e obteve

resultados bons ( $\alpha_{\text{Vínculo Positivo}} = .92$ ;  $\alpha_{\text{Trabalho Positivo}} = .89$ ;  $\alpha_{\text{Relacionamento Negativo}} = .79$ ), esses resultados foram semelhantes aos encontrados por Krogel, concluindo que dados verificavam a validade do construto do GQ em alemão.

Mais tarde, Giannone e colaboradores (2020) também decidiram traduzir e validar o GQ para a população italiana e verificaram que o modelo de Johnson teve um bom ajuste aos seus dados ( $\chi^2(798) = 1098.22$ ; CFI = .93; TLI = .92; RMSEA = .04; N = 310) e obtiveram bons valores de confiabilidade validados através do alfa de Cronbach ( $\alpha_{\text{Vínculo Positivo}} = .90$ ;  $\alpha_{\text{Trabalho Positivo}} = .90$ ;  $\alpha_{\text{Relacionamento Negativo}} = .79$ ), que foram semelhantes aos de Krogel, concluindo que os seus dados verificavam a validade do construto do GQ em italiano.

Em suma, uma série de estudos internacionais resumidos pelo estudo de Burlingame e colegas (2017) verificaram a estrutura de três fatores do GQ (Vínculo Positivo, Trabalho Positivo e Relacionamento Negativo). Estes estudos abrangeram tanto populações clínicas como não clínicas.

Uma vez que esta adaptação não estava feita para Portugal, dedicou-se esta dissertação a uma parte do processo de validação deste instrumento para a população portuguesa.

## 4. Estudo 1: Validação do Questionário de Grupo

### 4.1. Participantes

A amostra utilizada para a realização deste estudo foi constituída por 270 indivíduos cujos requisitos para a participação no mesmo seria que a língua materna fosse o português e que estivessem inseridos em algum grupo de trabalho ou grupo terapêutico. Dos participantes, 61.9% (N = 167) são pessoas do género feminino, 35.9% (N = 97) são pessoas do género masculino, e 2.2% (N = 6) são pessoas não-binárias, com idades compreendidas entre os 17 anos e os 66 anos (M = 24.35; DP = 8.97). No que diz respeito às habilitações literárias, 61.1% (N = 165) da amostra tem formação até ao 12º ano, 27% (N = 73) tem a licenciatura concluída, 10.4% (N = 28) tem o mestrado concluído e 1.5% (N = 4) da amostra tem o doutoramento concluído.

A tabela 1 mostra mais especificamente as características dos participantes.

**Tabela 1**

*Caracterização da amostra total*

		<b>N</b>	<b>%</b>		<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>
	Feminino	167	61.9					
<b>Género</b>	Masculino	97	35.9	<b>Idade</b>	24.35	8.97	17	66
	Não-Binário	6	2.2					

Esta amostra é constituída por 85.3% de população académica (N = 230) e por 14.7% população a frequentar grupos terapêuticos (N = 40).

Quanto aos 85.6% da população académica, todos são estudantes de psicologia, 47.4% (N = 128) são estudantes do Ispa - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, 27.4% (N = 74) são estudantes da Faculdade de Motricidade Humana (FMH), 6,3% (N = 17) são estudantes da Escola Superior Egas Moniz (ESEM) e 4.1% (N = 11) são estudantes da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC) e Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP).

Quanto aos 14.4% da população terapêutica, 11% (N = 30) dos participantes estavam a ter consultas em contexto privado e 3.7% (N = 10) estavam a ter consultas em contexto hospitalar. Em contexto privado, 80% dos participantes fazem parte de grupos

de psicodrama e 20% fazem parte de grupos de grupanálise, e em contexto hospitalar todos os participantes fazem parte de grupos de psicodrama. Estes grupos iniciaram-se em média há 22.3 meses (DP = 22.9).

A partir desta base, e face aos objetivos do estudo e ao número de participantes, foram selecionados todos os participantes (N = 270) para avaliar a sensibilidade dos itens a fiabilidade, a avaliação do modelo estrutural, assim como para avaliar as validades convergente e divergente, de modo a corresponder à dimensão da amostra considerada necessária.

## **4.2. Instrumentos**

As medidas foram todas reunidas num só questionário contendo individualmente cada escala. Adicionalmente também constava um questionário de medidas demográficas.

### **4.2.1. Questionário de Grupo (QG)**

O questionário intitulado de “*Group Questionnaire (GQ)*” é uma medida de autorrelato que foi desenvolvida por Krogel et al. (2013) que visa avaliar a relação terapêutica dentro de um grupo. Esta medida reúne as dimensões de coesão de grupo, de clima de grupo, aliança terapêutica e empatia em três escalas, que juntas agrupam toda a estrutura de relacionamento de um grupo (Yalom & Leszcz, 2020). Este tem por base o modelo tri-fatorial de Johnson et al. (2005) e é composto por 30 itens que são pontuados numa escala tipo Likert de 7 pontos, que varia de 1 (“discordo totalmente”) até 7 (“concordo totalmente”) e que providencia pontuações em três dimensões: i) Vínculo Positivo (“*positive bonding*”): esta subescala é constituída por 13 itens e avalia o sentimento de pertença ou atração do membro para o grupo, para os outros membros e com os líderes, o que cria uma atmosfera positiva e permite que os membros se sintam genuinamente compreendidos e apreciados; ii) Trabalho Positivo (“*positive working*”): esta subescala é constituída por 8 itens e avalia a capacidade do grupo para concordar e trabalhar para atingir os objetivos de forma eficaz; e iii) Relacionamento Negativo (“*negative relationship*”): esta subescala é constituída por 9 itens e avalia a falta de confiança, genuinidade e compreensão, bem como a distância entre o grupo, os membros e os líderes. A pontuação de cada indivíduo é a soma das pontuações dos itens de cada subescala, isto é, cada indivíduo obtém uma pontuação para cada subescala. Pontuações

mais altas nas subescalas de Vínculo Positivo e Trabalho Positivo indicam um melhor vínculo e relação de trabalho, e pontuações mais baixas na subescala de Relacionamento Negativo indicam menos conflito e mais envolvimento (Giannone, et al., 2020).

Para a utilização deste questionário foi necessário traduzi-lo para a língua portuguesa e testar a sua clareza. Primeiramente, foi efetuado o pedido de autorização à comunidade “*OQ Measures Group*” (empresa que detém os direitos de autor deste instrumento) e, em especial, ao seu autor para a utilização da escala *Group Questionnaire*, que se passou a chamar de Questionário de Grupo (QG) na sua versão portuguesa. A tradução, adaptação e validação desta escala seguiu o conjunto de sete passos enumerados por Sousa e Rojjanasrirat (2010). A primeira versão foi obtida através da tradução da versão original americana por parte de duas tradutoras bilingues especializadas e psicólogas clínicas, depois foi devidamente retro traduzida para inglês por uma outra tradutora bilingue especializada. As duas versões foram comparadas por cinco especialistas portugueses em psicodrama, que discutiram a equivalência entre as duas versões e que constataram que eram conceptualmente idênticas. Em seguida, foram efetuadas duas avaliações ao questionário quanto à sua clareza e pertinência. A primeira avaliação foi efetuada por 20 indivíduos que não eram especialistas em terapias de grupo. A segunda avaliação foi efetuada por 11 especialistas em terapias de grupo. Em ambas as avaliações foram apresentadas dúvidas e propostas de alteração. Posteriormente, todas as questões levantadas foram avaliadas e foram corrigidos apenas os itens cuja taxa de clareza foi inferior a 80%. Daqui resultou a *layout* final do instrumento (Silva, 2022).

Para avaliar as validades concorrente e divergente foram utilizados os questionários que se seguem.

#### **4.2.2. Inventário de Aliança Terapêutica (IAT-RR)**

A versão portuguesa da escala, Inventário de Aliança Terapêutica (IAT-RR) – versão Reduzida e Revista, foi teorizada por Machado e Horvath (1999) e desenvolvida por Ramos (2008) através da análise das suas qualidades psicométricas. Esta medida é utilizada para a avaliação da qualidade da aliança terapêutica. É um questionário com 12 itens avaliados através de uma escala de Likert de 5 pontos, onde 1 significa “raramente” até 5 que significa “sempre”. Os itens 3, 5, 6, 7,9 e 12 são itens invertidos, pelo que são respondidos na direção contrária. Esta escala é a versão reduzida da IAT que é composta por 36 itens. Neste caso, foram selecionados 12 itens dos 36, não sendo necessária à sua

tradução e retrotradução visto já estarem traduzidos para português por Machado e Horvath (1999). Este questionário foi concebido com base no modelo de que a aliança terapêutica se subdivide em dois níveis: o primeiro nível constituído pelas três subescalas Vínculos, Objetivos e Tarefas, e um segundo nível que é constituído pela aliança terapêutica. Esta medida foi analisada por Ramos (2008) quanto às suas propriedades psicométricas e revelou bons valores de consistência interna que foram obtidos através da análise do alfa de Cronbach ( $\alpha_{\text{Vínculos}} = .69$ ;  $\alpha_{\text{Tarefas}} = .69$ ; e  $\alpha_{\text{Objetivos}} = .81$ ).

#### **4.2.3. Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S)**

A Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S), adaptada para a população portuguesa por Fernandes e Neto (2009), é uma escala utilizada para a avaliação da solidão, não só como um estado único, mas tendo em conta a sensação de estar só em três dimensões: social, familiar e romântica. Esta escala é constituída por 15 itens classificáveis numa escala de Likert de 7 pontos onde 1 significa “totalmente em desacordo” e 7 significa “totalmente de acordo”. Esta medida foi analisada por Fernandes e Neto (2009) quanto às suas propriedades psicométricas, utilizando população, não só idosa, como também população mais jovem, e revelou bons valores de consistência interna que foram obtidos através da análise do alfa de Cronbach ( $\alpha_{\text{Romântica}} = .80$ ;  $\alpha_{\text{Familiar}} = .71$ ; e  $\alpha_{\text{Social}} = .71$ ).

### **4.3. Procedimentos**

Antes da aplicação do questionário, o estudo foi apresentado ao comité de ética (Comissão de Ética do Centro de Investigação do ISPA) através do preenchimento do formulário de ética e do compromisso de ética, o qual resultou num parecer favorável à sua realização (ver anexo A). Também foi pedido ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital de Vila Franca de Xira, com o conhecimento do Diretor Clínico, o parecer da Comissão de Ética para a Saúde (CES) para a realização do estudo. O parecer foi favorável à realização do estudo (ver anexo B).

Com vista a chegar ao máximo de participantes possível, foi criada, a partir do *Google Forms*, a versão online do questionário, juntamente com os instrumentos selecionados para avaliar as validades convergentes e divergentes. Todos os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo e posteriormente preencheram o consentimento informado (ver anexo C), onde referiam ter compreendido as informações

prestadas (quanto ao objetivo, a estrutura do questionário e o modo de preenchimento) e que davam o consentimento para participar no mesmo. Posto isto, a participação de todos foi voluntária e foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos pelos participantes. O *link* para aceder aos questionários foi fornecido a todos os participantes. Os questionários (GQ, IAT-RR e SELSA-S) foram autoadministrados e os participantes concluíram o seu preenchimento em cerca de 15 minutos.

Por fim, o QG foi alvo de procedimentos estatísticos para avaliar as suas qualidades psicométricas.

#### **4.4. Análise de dados**

Na análise de dados foram utilizados dois *softwares*, o SPSS 28.0 e o AMOS 28.0 (Arbuckle, 2021). Neste estudo foram avaliadas a sensibilidade dos itens, através das frequências, a consistência interna, através do alfa de Cronbach, e as propriedades dos itens, através da normalidade e homogeneidade. A normalidade foi avaliada através do teste de Kolmogorov-Smirnov, devido ao facto da amostra ter uma dimensão superior a 30 indivíduos ( $N > 30$ ) e a homogeneidade foi verificada através da correlação item-escala (Marôco, 2011). Para avaliar a estrutura proposta na versão original americana, foi realizada uma análise fatorial exploratória, onde se verificou o critério de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) para verificar se o modelo de análise fatorial está ajustado aos dados e a esfericidade através do teste de esfericidade de *Bartlett* (Kaiser, 1974). Também se avaliou as comunalidades, através de uma análise paralela, para verificar se existe, ou não, sobreposição dos itens (multicolinearidade) (Hair et al., 2009). Posteriormente, foi analisada a tabela de retenção dos itens, onde se utilizou o critério da carga fatorial ( $\lambda \geq .4$ ) (Hair et al., 2009).

Foi elaborada a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) através do método de extração de *Maximum Likelihood* (Máxima Verossimilhança) (Bentler, 2007). Antes de se proceder à análise, verificou-se os pressupostos exigidos para a AFC, como a normalidade multivariada (validada através dos valores de assimetria e achatamento, e pela distância ao quadrado de Mahalanobis) e a remoção de outliers (Pang et al., 2018). Para avaliar o ajustamento global do modelo foram considerados alguns indicadores, extraídos do output do programa AMOS, como a estatística de teste qui quadrado ( $\chi^2$ ), o qui quadrado a dividir pelos graus de liberdade ( $\chi^2/gl$ ) (neste caso, um valor de  $\chi^2/gl$  superior a 5.0 é considerado mau ajustamento do modelo aos dados, entre 3.0 e 5.0 é



considerado aceitável, a baixo de 3.0 é considerado bom) (Arbuckle, 2021; Kline, 2004). Além disso, foram também analisados os índices *Tucker-Lewis Index* (TLI), *Comparative Fit Index* (CFI) e *Goodness Fit Index* (GFI), em que a literatura indica que valores iguais ou superiores a .90 indicam um bom ajustamento do modelo aos dados; os índices de *Parsimony Comparative of Fit Index* (PCFI) e *Parsimony goodness of Fit Index* (PGFI), que a literatura indica que valores entre .60 e .80 indicam um bom ajustamento do modelo aos dados e que valores superiores a .80 são considerados muito bons (Marôco, 2010). Também se analisou o valor de *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA), que a literatura indica que valores iguais ou inferiores a .05 e com probabilidade inferior ou igual a .05 (não significativa) indica um muito bom ajustamento dos dados ao modelo, entre .05 e .10 indica um ajustamento bom e acima de .10 indica um ajustamento inaceitável (Marôco, 2010). Por fim, também extraído do output do programa AMOS (Arbuckle, 2021), e de modo a testar as relações entre os constructos propostos, verificou-se os pesos estruturais, através dos testes-Z, em que a literatura indica que valores de Z iguais ou superiores a 1,96 ( $p \leq 0.05$ ) indicam uma boa adequação e boa relação entre os construtos (Marôco, 2010). Além disso, também foram calculados os valores de fiabilidade compósita (FC) e variância média extraída (VME, para estudar a consistência interna e a validade convergente, respetivamente. Valores de  $FC \geq .60$  indicam que os construtos são fiáveis e valores de  $VME \geq .50$  indicam que os construtos são válidos.

Para verificar se as subescalas do questionário de grupo se correlacionam positivamente e negativamente como se prevê na literatura (Bormann et al., 2011; Giannone et al., 2020; Krogel, 2008). Bormann et al. (2011), Giannone et al. (2020) e Krogel (2008) estudaram as correlações: entre o Vínculo Positivo e o Trabalho Positivo (.63, .62 e .70, respetivamente); entre o Trabalho Positivo e Relacionamento Negativo (-.32, -.31, -.34, respetivamente); e, por fim, entre Relacionamento Negativo e o Vínculo Positivo (-.57, -.40, -.48, respetivamente). Obteve-se através do output do AMOS os valores das suas correlações.

Quanto à verificação da validade convergente e da validade divergente, recorreu-se ao coeficiente de Spearman (tendo em conta que a amostra não tem distribuição normal) para revelar a associação entre os instrumentos (Marôco & Bispo, 2005). Os valores deste coeficiente podem variar entre -1 e 1, sendo que quando variam entre -1 e 0 indicam que a medida é negativamente associada, e quando variam entre 0 e 1 indicam que a medida é positivamente associada. A força da associação é medida através do valor absoluto, isto é, quando a associação tem um valor superior a |.6| considera-se uma forte associação,

entre  $|.6|$  e  $|.3|$  considera-se moderada e quando a associação tem um valor inferior a  $|0.3|$  considera-se uma fraca associação (seja ela positiva ou negativa) (Hair et al., 2009)

## **4.5. Resultados**

### **4.5.1. Sensibilidade**

Para avaliar a sensibilidade dos itens, fez-se uma análise de frequência de resposta para todos os itens da escala, para, desta forma, verificar se todas as categorias de resposta estavam representadas em cada item. Na tabela D1 (ver anexo D), pode-se observar que a maior parte dos itens têm todas as categorias de resposta representadas, à exceção do item 3 que não tem a categoria “Discordo muito” representada e o item 4 que não tem a categoria “Discordo totalmente” representada. Posto isto, os itens 3 e 4 mostram ter menor sensibilidade para distinguir os participantes comparativamente aos restantes itens da escala. No entanto, pode-se verificar que existe um efeito de teto da amostra ao longo de todo o questionário, pois a medida encontra-se enviesada para o extremo positivo da escala de resposta, mostrando desta forma que o questionário não se mostrou muito sensível para discriminar os sujeitos da amostra.

### **4.5.2. Validade de construto**

#### **4.5.3.1 Adequação da amostra e análise fatorial exploratória (AFE)**

Como forma de validar se a solução fatorial da nossa amostra não diverge da original, fez-se uma análise fatorial exploratória. Antes de se iniciar a análise fatorial, é importante verificar se a matriz é adequada. Nesta amostra, tanto o teste de Kaiser-Meyer-Olkin como o teste de esfericidade de Bartlett indicam que se pode avançar para uma análise fatorial. Foi verificado o coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin ( $KMO = .93$ ) que é considerado um muito bom indicador e o teste de esfericidade de Bartlett ( $p < .000$ ) que assegura que há correlação entre as variáveis. Desta forma, atestou-se a fatoriabilidade da matriz de correlações. Os resultados referentes à Análise fatorial exploratória (AFE) encontram-se no Anexo E.

### **4.5.3. Estatísticas descritivas**

A média da escala total foi 159.44 ( $DP = 29.52$ ), a assimetria estandardizada foi de  $.15$  e a achatamento estandardizada foi de  $.30$ . Para testar a normalidade, foi utilizado

o teste de Kolmogorov-Smirnov visto que a dimensão da amostra era superior a 30 ( $N > 30$ ). O teste não revelou a normalidade da distribuição da amostra ( $K-S (270) = .083$ ,  $p < .001$ ). No que diz respeito à homogeneidade dos itens, esta foi verificada através da correlação inter-item, cuja os valores se situaram entre .40 e .79, obteve-se uma média de .67 e verificou-se que todos os valores são adequados na sua magnitude e estatisticamente significativos ( $p < .01$ ).

#### 4.5.4. Confiabilidade

Sabendo a estrutura original da escala e quais os itens que compõem cada uma das subescalas, e sabendo que se obteve a mesma estrutura para a presente amostra, obtiveram-se os valores de Alfa de Cronbach para cada uma das subescalas e também para a escala total. Para a subescala de Vínculo Positivo, obteve-se um alfa de Cronbach de .92, para a subescala de Trabalho Positivo de .94 e para a subescala de Relacionamento Negativo de .91. Estes valores consideram-se excelentes para a fiabilidade da escala (Marôco, 2011) (ver tabela 3).

#### Tabela 2.

*Valores dos alfas de Cronbach para as subescalas do QG*

Subescalas	Alfa de Cronbach
Vínculo Positivo	.92
Trabalho Positivo	.94
Relacionamento Negativo	.91

#### 4.5.5. Análise Fatorial Confirmatória (AFC)

Como os dados da amostra não apresentam normalidade univariada ( $K-S (230) = .086$ ,  $p < .001$ ), não se pode inferir que a amostra tenha distribuição multivariada. Primeiramente verificou-se que havia dois *outliers* na amostra e estes foram eliminados, no entanto essa eliminação não foi o suficiente para a obtenção de distribuição normal. Então, através da análise da assimetria e do achatamento, podemos concluir que há normalidade, pois estes estão abaixo de 3 e 7, respetivamente (Marôco, 2011). No entanto, quando avaliado o coeficiente de Mahalanobis ( $DM^2 = 120,93$ ) verificou-se que este valor

está abaixo do valor crítico, verificando-se a não existência de distribuição multivariada (Pang et al., 2018). Posto isto, e tendo em conta que a normalidade multivariada é um pressuposto para a utilização do método de extração de *Maximum Likelihood* (ML) foi necessário ajustar o valor p da estatística do  $\chi^2$  e para esse efeito foi utilizada a técnica de bootstrapping de Bollen e Stine no software AMOS (Marôco, 2010).

**Tabela 3.**

*Estatísticas descritivas do QG*

<b>Item</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>Min</b>	<b>Max</b>	<b>Assimetria</b>	<b>Achatamento</b>
<b>QG1</b>	5.66	1.44	1	7	-.94	.38
<b>QG2</b>	5.57	1.43	1	7	-0.73	-0.23
<b>QG3</b>	6.14	1.25	1	7	-1.41	1.39
<b>QG4</b>	6.03	1.26	2	7	-1.08	.10
<b>QG5</b>	5.18	1.45	1	7	-.51	-.23
<b>QG6</b>	5.05	1.50	1	7	-.49	-.28
<b>QG7</b>	5.53	1.35	1	7	-.79	.38
<b>QG8</b>	5.44	1.39	1	7	-.66	-.13
<b>QG9</b>	5.01	1.38	1	7	-.40	.17
<b>QG10</b>	5.04	1.37	1	7	-.24	-.21
<b>QG11</b>	5.34	1.35	1	7	-.44	-.11
<b>QG12</b>	5.29	1.35	1	7	-.60	.26
<b>QG13</b>	4.96	1.30	1	7	-.45	.58
<b>QG14</b>	4.93	1.33	1	7	-.20	-.10
<b>QG15</b>	5.31	1.39	1	7	-.67	.34
<b>QG16</b>	5.33	1.43	1	7	-.59	-.11
<b>QG17*</b>	5.15	1.74	1	7	-.58	-.67
<b>QG18*</b>	5.17	1.69	1	7	-.58	-.56
<b>QG19*</b>	5.28	1.55	1	7	-.47	-.72
<b>QG20*</b>	5.03	1.64	1	7	-.41	-.72
<b>QG21*</b>	4.68	1.60	1	7	-.07	-.77
<b>QG22*</b>	4.93	1.63	1	7	-.26	-.83
<b>QG23*</b>	5.82	1.57	1	7	-1.16	.41
<b>QG24*</b>	5.39	1.62	1	7	-.77	-.30
<b>QG25*</b>	5.52	1.64	1	7	-.86	-.21
<b>QG26</b>	5.35	1.37	1	7	-.57	-.06

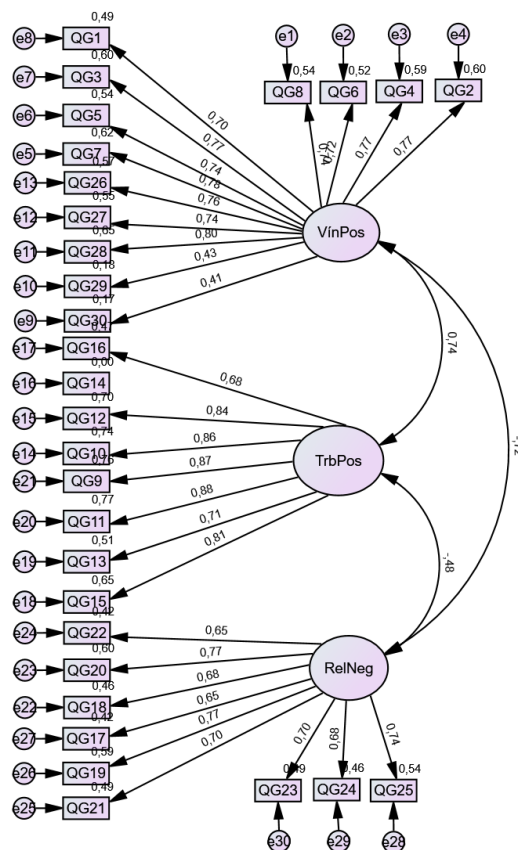
Item	M	DP	Min	Max	Assimetria	Achatamento
QG27	5.41	1.46	1	7	-.58	-.28
QG28	5.77	1.36	1	7	-.88	.04
QG29	4.94	1.95	1	7	-.57	-.85
QG30	5.18	1.91	1	7	-.86	-.29

Nota. M = média; DP = desvio-padrão; Min = mínimo; Max = máximo.  
\*itens invertidos

Depois de verificados os pressupostos referidos anteriormente, fez-se a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) para o modelo de primeira ordem para verificar se a adequação e o ajustamento dos dados, no sentido de verificar a primeira hipótese do nosso estudo. Para isso, foram consideradas apenas as subescalas sem a divisão em três níveis. Na figura 3 está representado o *layout* do modelo de primeira ordem.

**Figura 3.**

*Modelo de ajustamento de primeira ordem do QG*



Nota.  $\chi^2(406) = 1596.07$ , B-S  $p < .001$ ;  $\chi^2/df = 3,93$ ; PCFI = .74; PGFI = .64; CFI = .79; GFI = .73; TLI = .78; RMSEA = .10;  $p = .001$ ; 90% CI (.09 - .11), N = 268.

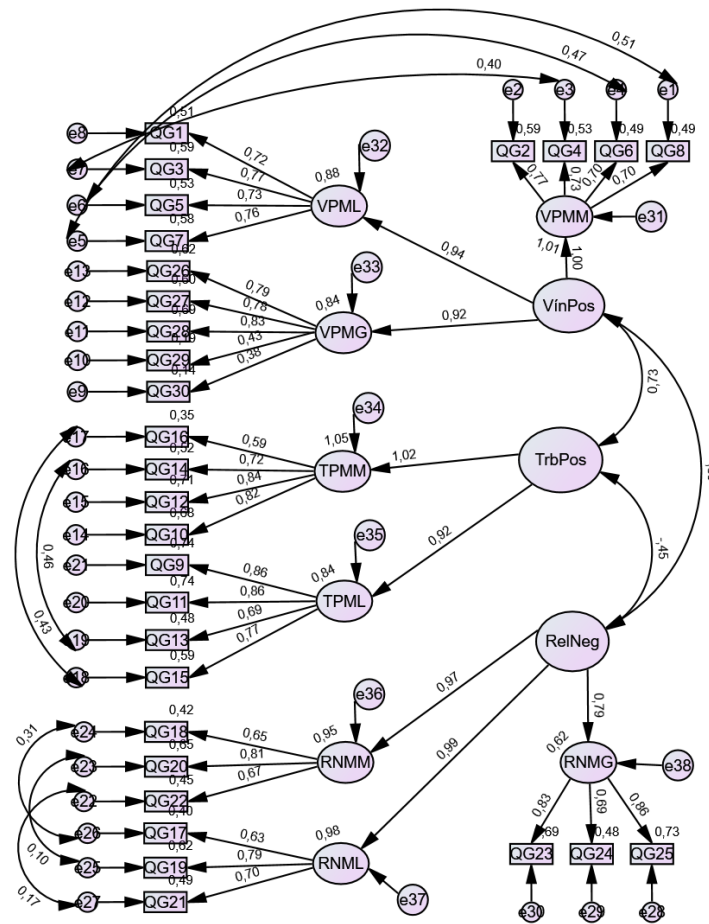
A avaliação global deste modelo [ $\chi^2(406) = 1596.07$ , B-S  $p < .001$ ;  $\chi^2/df = 3,93$ ; PCFI = .74; PGFI = .64; CFI=.79; GFI=.73; TLI=.78; RMSEA=.10;  $p = .001$ ; 90% CI (.09 - .11), N=268] mostrou um ajustamento fraco do modelo aos dados. Este modelo apresenta duas cargas fatoriais em que o seu valor estimado não excedeu o ponto de corte (.50) (Loehlin, 2003). As cargas fatoriais de modo global variaram entre o .41 e o .88. Quanto aos índices CFI, TLI e GFI, estes apresentam valores que são considerados aceitáveis pela literatura (Hair et al., 2009). No entanto, o valor de RMSEA apresentou-se fraco quando comparado com a literatura, indicando um ajustamento fraco, mas aceitável (Marôco, 2010)

Tendo em conta que o modelo de 1ª ordem permitiu um ajustamento, mesmo que fraco, ao modelo, fez-se a análise fatorial confirmatória para o modelo de segunda ordem para verificar se havia uma boa adequação e um bom ajustamento dos dados, corroborando a segunda e a terceira hipótese do nosso estudo. Para isso, foram consideradas as três subescalas subdivididas em três níveis (membro-membro, membro-líder e membro-grupo).

A avaliação global deste modelo [ $\chi^2(386) = 969.20$ , B-S  $p < .001$ ;  $\chi^2/df = 2.51$ ; PCFI = .80; PGFI = .67; CFI=.90; GFI=.80; TLI=.88; RMSEA=.075;  $p = .001$ ; 90% CI (.07 - .08), N=268] refere um ajustamento aceitável do modelo aos dados. Para além disso, os índices de modificação mostravam que as correlações de erro melhoravam o ajustamento (Krogel et al., 2013) e isso verificou-se. Estas correlações entre os erros encontram-se presentes no estudo original de Krogel (2008) por questões teóricas relacionadas com a semelhança de formulação e conteúdo dos itens. Este modelo também apresenta cargas fatoriais em que o seu valor estimado não excedeu o ponto de corte (.50) (Loehlin, 2003). E tem duas trajetórias com valor superior a 1, o que também se verifica na versão original da escala (Krogel et al., 2013). Os índices CFI, TLI e GFI, apresentam valores que são considerados bons pela literatura (Hair et al., 2009). O valor de RMSEA apresentou-se aceitável quando comparado com a literatura, indicando um ajustamento aceitável (Marôco, 2010). Este modelo ajustou-se melhor aos dados que o modelo de primeira ordem (ver figura 4).

**Figura 4**

*Modelo de ajustamento de segunda ordem do QG*



Nota.  $\chi^2(386) = 969.20$ , B-S  $p < .001$ ;  $\chi^2/df = 2.51$ ; PCFI = .80; PGFI = .67; CFI=.90; GFI=.80; TLI=.88; RMSEA=.075;  $p = .001$ ; 90% CI (.07 - .08), N=268.

Na tabela 4 estão representadas as cargas fatoriais de cada item juntamente com as suas correlações quadradas. No que diz respeito às fiabilidades individuais, verifica-se que todos os itens apresentam fiabilidades individuais bastante acima do valor mínimo aceitável ( $R^2 \geq .25$ ), à exceção de dois itens que não apresentaram fiabilidades individuais consideradas aceitáveis ( $R^2_{item29} = .19$ ;  $R^2_{item30} = .14$ ). No que diz respeito às relações entre os construtos, verificou-se que variou entre 9.73 e 20.21, mostrando que uma boa adequação (Hair et al., 2009).

**Tabela 4***Cargas fatoriais, Rádios críticos e correlações quadradas*

<b>Item</b>	<b><math>\lambda</math></b>	<b>RC</b>	<b>P</b>	<b>R<sup>2</sup></b>
<b>QG1</b>	.72	11.68	.001	.51
<b>QG2</b>	.77	15.57	.001	.59
<b>QG3</b>	.77	12.66	.001	.59
<b>QG4</b>	.73	14.39	.001	.53
<b>QG5</b>	.73	12.51	.001	.53
<b>QG6</b>	.70	13.61	.001	.49
<b>QG7</b>	.76	12.68	.001	.58
<b>QG8</b>	.70	13.44	.001	.49
<b>QG9</b>	.86	15.03	.001	.74
<b>QG10</b>	.82	20.21	.001	.68
<b>QG11</b>	.86	15.01	.001	.74
<b>QG12</b>	.84	19.01	.001	.71
<b>QG13</b>	.69	11.61	.001	.48
<b>QG14</b>	.72	14.50	.001	.52
<b>QG15</b>	.77	11.84	.001	.59
<b>QG16</b>	.59	10.82	.001	.35
<b>QG17*</b>	.63	10.27	.001	.40
<b>QG18*</b>	.65	11.36	.001	.42
<b>QG19*</b>	.79	9.73	.001	.62
<b>QG20*</b>	.81	15.15	.001	.65
<b>QG21*</b>	.70	11.09	.001	.49
<b>QG22*</b>	.67	11.73	.001	.45
<b>QG23*</b>	.83	14.79	.001	.69
<b>QG24*</b>	.69	12.01	.001	.48
<b>QG25*</b>	.86	14.34	.001	.73
<b>QG26</b>	.79	13.50	.001	.62
<b>QG27</b>	.78	13.36	.001	.61
<b>QG28</b>	.83	14.39	.001	.69
<b>QG29</b>	.43	6.41	.001	.19
<b>QG30</b>	.38	5.94	.001	.14

*Nota.*  $\lambda$  = carga fatorial; RC = rádio crítico; p = valor de significância; R<sup>2</sup> = correlação quadrada.



Foi calculada a fiabilidade compósita, que estima a consistência interna dos itens relativamente ao fator. Os resultados da tabela Y mostram que todos os fatores apresentam um valor fiabilidade compósita superior ao valor mínimo recomendado (.60) (Bagozzi & Kimmel, 1995). Calculou-se também a Variância Média Extraída (VME) para verificar a validade convergente que ocorre quando os itens de um fator saturam nesse mesmo fator, isto é, o comportamento desses itens é essencialmente explicado pelo fator onde satura. Como se verifica na tabela 5, todos apresentam um valor superior ao valor mínimo (.50) (Anderson & Gerbing, 1981).

**Tabela 5**

*Valores de fiabilidade compósita e variância média extraída*

<b>Itens</b>	<b>FC</b>	<b>VME</b>
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 26, 27, 28, 29, 30	.93	.51
9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16	.92	.60
17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25	.92	.55

*Nota.* FC = fiabilidade compósita; VME = variância média explicada

#### **4.5.6. Correlações entre subescalas**

Para verificar se as subescalas se correlacionavam como prediz a literatura (Bormann et al., 2011; Giannone et al., 2020; Krogel, 2008) e para verificar a quarta hipótese deste estudo, analisou-se as correlações entre as subescalas do Questionário de Grupo. Os resultados da tabela 6 mostram que todas as correlações foram significativas. As subescalas de Vínculo Positivo e Trabalho Positivo se correlacionam positivamente (.73) como previsto na literatura ao nível da força de correlação e ao nível do sinal. O Trabalho Positivo e o Relacionamento Negativo correlacionaram-se negativamente (-.45) como previsto na literatura ao nível da força de correlação e ao nível do sinal. O Relacionamento Negativo e o Vínculo Positivo correlacionaram-se negativamente (-.69) como previsto na literatura ao nível da força de correlação e ao nível do sinal.

**Tabela 6.***Correlações entre as subescalas do QG*

<b>Subescalas</b>	<b>Correlação</b>	<b>P</b>
Vínculo Positivo ↔ Trabalho Positivo	.73	.001
Trabalho Positivo ↔ Relacionamento Negativo	-.45	.001
Relacionamento Negativo ↔ Vínculo Positivo	-.69	.001

*Nota.* P = p-value (significância).**4.5.7. Validade Convergente e Divergente**

As três subescalas do Questionário de Grupo (QG<sub>Vínculo Positivo</sub>, QG<sub>Trabalho positivo</sub> e QG<sub>Relacionamento negativo</sub>) foram correlacionadas com as três subescalas do Inventário de Aliança Terapêutica – Revista e Reduzida (IAT<sub>Vínculos</sub>, IAT<sub>Tarefas</sub> e IAT<sub>Objetivos</sub>) e os resultados mostram que as correlações foram significativas entre o QG e o IAT-RR em todas as subescalas.

Quanto à força da correlação entre as subescalas, pode-se verificar nas tabelas 7 e 8 que todos os resultados mostram correlações significativas.

As correlações entre as subescalas do IAT e as subescalas de Vínculo Positivo e Trabalho Positivo do QG foram moderadas e positivas variando entre .33 e .50. A correlação mais forte foi entre a subescala dos Objetivos da IAT e a subescala do Trabalho Positivo do QG ( $r=.50$ ,  $p\leq.01$ ). As correlações entre as subescalas das Tarefas e dos Objetivos do IAT e a subescala do Relacionamento Negativo do QG foram fracas e negativas ( $r=-.23$ ,  $p\leq.01$ ;  $r=-.28$ ,  $p\leq.01$ , respetivamente), no entanto a correlação entre a subescala dos Vínculos do IAT e a subescala do Relacionamento Negativo do QG foi moderada e negativa ( $r=-.38$ ,  $p\leq.01$ ) (ver tabela 7).

**Tabela 7.***Correlações entre o IAT e o QG*

	<b>IAT<sub>Tarefas</sub></b>	<b>IAT<sub>Objetivos</sub></b>	<b>IAT<sub>Vínculos</sub></b>
<b>QG<sub>Vínculo Positivo</sub></b>	.46**	.40**	.44**
<b>QG<sub>Trabalho Positivo</sub></b>	.47**	.50**	.33**
<b>QG<sub>Relacionamento Negativo</sub></b>	-.23**	-.28**	-.38**

\*\*p&lt;.01

As correlações entre a subescala Social do SELSA e as subescalas de Vínculo Positivo e Trabalho Positivo do QG foram fracas e negativas ( $r=-.25$ ,  $p\leq.01$ , em ambas). Com a subescala do Relacionamento Negativo do QG a correlação foi fraca e positiva ( $r=.25$ ,  $p\leq.01$ ). As correlações entre a escala total do SELSA e as subescalas do QG foram idênticas às encontradas para a subescala Social do SELSA, sendo que a correlação mais fraca e negativa foi entre a subescala de Trabalho Positivo do QG ( $r=-.18$ ,  $p\leq.01$ ).

**Tabela 8.**

*Correlações entre o IAT e o SELSA-S*

	<b>SELSA<sub>Social</sub></b>	<b>SELSA<sub>Total</sub></b>
<b>QG Vínculo Positivo</b>	-.25**	-.22**
<b>QG Trabalho Positivo</b>	-.25**	-.18**
<b>QG Relacionamento Negativo</b>	.25**	.22**

\*\* $p<.01$

## 5. Estudo 2: Comparação das amostras

### 5.1. Participantes

A amostra utilizada para a realização do estudo 2 no total é a mesma amostra do estudo 1, mas neste caso dividiu-se a amostra em duas amostras mais pequenas. A primeira amostra é constituída por 228 indivíduos e é caracterizada por amostra não clínica. Dos participantes, alunos de psicologia, 61% (N = 139) são pessoas do género feminino, 37.3% (N = 85) são pessoas do género masculino, e 1.8% (N = 4) são pessoas não-binárias, com idades compreendidas entre os 18 anos e os 66 anos (M = 22.62; DP = 7.12). No que diz respeito às habilitações literárias, 66.2% (N = 151) da amostra tem formação até ao 12º ano, 28.1% (N = 64) tem a licenciatura concluída, 4.8% (N = 11) tem o mestrado concluído e 0.9% (N = 2) da amostra tem o doutoramento concluído.

A segunda amostra, é a amostra clínica, em contexto privado e hospitalar, e, é constituída por 40 indivíduos. Dos participantes, 65% (N = 26) são pessoas do género feminino, 30% (N = 12) são pessoas do género masculino, e 5% (N = 2) são pessoas não-binárias, com idades compreendidas entre os 17 anos e os 61 anos (M = 34.43; DP = 11.75). No que diz respeito às habilitações literárias, 30% (N = 12) da amostra tem formação até ao 12º ano, 22.5% (N = 9) tem a licenciatura concluída, 42.5% (N = 17) tem o mestrado concluído e 5% (N = 2) da amostra tem o doutoramento concluído.

A tabela 1 mostra mais especificamente as características dos participantes.

**Tabela 9.**

*Caracterização da amostra não clínica*

		N	%		M	DP	Min	Max
<b>Género</b>	Feminino	141	61.3	<i>Idade</i>	22.60	7.09	18	61
	Masculino	85	37.0					
	Não-Binário	4	1.7					

**Tabela 10.**

*Caracterização da amostra clínica*

		N	%		M	DP	Min	Max
<b>Género</b>	Feminino	26	65	<i>Idade</i>	34.43	11.75	17	61
	Masculino	12	30					
	Não-Binário	2	5					

Quanto à amostra não clínica, 55.3% (N = 126) são estudantes do Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida (ISPA), 32.5% (N = 74) são estudantes da Faculdade de Motricidade Humana (FMH), 7.5% (N = 17) são estudantes da Escola Superior Egas Moniz (ESEM) e 4.8% (N = 11) são estudantes da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC) e Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP). Quanto amostra clínica, 75% (N = 30) dos participantes estavam a ter consultas em contexto privado e 30% (N = 10) estavam a ter consultas em contexto hospitalar. Em contexto privado 80% dos participantes fazem parte de grupos de psicodrama e 20% fazem parte de grupos de grupanálise, e em contexto hospitalar todos os participantes fazem parte de grupos de psicodrama. Estes grupos iniciaram-se em média há 22.3 meses (DP = 22.9).

A partir desta base, e face aos objetivos do estudo e ao número de participantes, foram seleccionados todos os participantes que cumpriram os requisitos (língua materna fosse o português e que estivessem inseridos em algum grupo de trabalho ou grupo terapêutico) para avaliar se há diferenças entre as amostras.

## 5.2. Instrumentos

### 5.2.1. Questionário de Grupo (QG)

O questionário intitulado de “*The Group Questionnaire (GQ)*” é uma medida de autorrelato que foi desenvolvida por Krogel et al. (2013) que visa avaliar a relação terapêutica dentro de um grupo. Esta medida reúne as dimensões de coesão de grupo, de clima de grupo, aliança terapêutica e empatia em três escalas, que juntas agrupam toda a estrutura de relacionamento de um grupo (Yalom & Leszcz, 2020). Este tem por base o modelo tri-fatorial de Johnson et al. (2005) e é composto por 30 itens que são pontuados numa escala tipo Likert de 7 pontos, que varia de 1 (“discordo totalmente”) até 7 (“concordo totalmente”) e que providencia pontuações em três dimensões: i) Vínculo Positivo (“*positive bonding*”): esta subescala é constituída por 13 itens e avalia o sentimento de pertença ou atração do membro para o grupo, para os outros membros e com os líderes, o que cria uma atmosfera positiva e permite que os membros se sintam genuinamente compreendidos e apreciados; ii) Trabalho Positivo (“*positive working*”): esta subescala é constituída por 8 itens e avalia a capacidade do grupo para concordar e trabalhar para atingir os objetivos de forma eficaz; e iii) Relacionamento Negativo

(“*negative relationship*”): esta subescala é constituída por 9 itens e avalia a falta de confiança, genuinidade e compreensão, bem como a distância entre o grupo, os membros e os líderes. A pontuação de cada indivíduo é a soma das pontuações dos itens de cada subescala, isto é, cada indivíduo obtém uma pontuação para cada subescala. Em que pontuações mais altas nas subescalas de Vínculo Positivo e Trabalho Positivo indicam um melhor vínculo e relação de trabalho e pontuações mais baixas na subescala de Relacionamento Negativo indicam menos conflito e mais envolvimento (Giannone, et al., 2020).

Para a utilização deste questionário foi necessário traduzi-lo para a língua portuguesa e testar a sua clareza. Primeiramente, foi efetuado o pedido de autorização à comunidade “*OQ measures LLC*” (empresa que detém os direitos de autor deste instrumento) e, em especial, ao seu autor para a utilização da escala *Group Questionnaire*, que se passou a chamar de Questionário de Grupo (QG) na sua versão portuguesa. A tradução, adaptação e validação desta escala seguiu o conjunto de sete passos enumerados por Sousa e Rojjanasrirat (2010). A primeira versão foi obtida através da tradução da versão original americana por parte de duas tradutoras bilingues especializadas e psicólogas clínicas, depois foi devidamente retro traduzida para inglês por uma outra tradutora bilingue especializada. As duas versões foram comparadas por cinco especialistas portugueses em psicodrama, que discutiram a equivalência entre as duas versões e que constataram que eram conceptualmente idênticas. Em seguida, foram efetuadas duas avaliações ao questionário quanto à sua clareza e pertinência. A primeira avaliação foi efetuada por 20 indivíduos que não eram especialistas em terapias de grupo. A segunda avaliação foi efetuada por 11 especialistas em terapias de grupo. Em ambas as avaliações foram apresentadas dúvidas e propostas de alteração. Posteriormente, todas as questões levantadas foram avaliadas e foram corrigidos apenas os itens cuja taxa de clareza foi inferior a 80%. Daqui resultou a *layout* final do instrumento (Silva, 2022).

### **5.3. Procedimentos**

O procedimento foi idêntico ao estudo 1, pois foram utilizados os dados recolhidos do estudo 1 referente ao Questionário de Grupo para fazer o estudo 2. Posteriormente, a amostra total foi dividida em duas amostras, uma não clínica e uma clínica, e foram efetuados procedimentos estatísticos para avaliar se havia diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos.

## 5.4. Análise dos dados

Para analisar os dados, foi usado o software SPSS 28.0 (SPSS Inc).

Inicialmente foram analisadas as propriedades das amostras, nomeadamente a normalidade, e devido ao tamanho das amostras ser superior a 30 ( $N > 30$ ) usou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar se ambas as amostras tinham distribuição normal para se tomar uma decisão quanto ao teste a utilizar para a comparação de médias. Finalmente, elaboraram-se as hipóteses em que a hipótese nula ( $H_0$ ) indica que as médias populacionais são idênticas ( $H_0: F(X_1) = F(X_2)$ ; sendo  $F(X_1)$  a distribuição da amostra não clínica e  $F(X_2)$  a distribuição da amostra clínica), e a hipótese alternativa ( $H_1$ ) indica que as médias populacionais são diferentes ( $H_1: F(X_1) \neq F(X_2)$ ; sendo  $F(X_1)$  a distribuição da amostra não clínica e  $F(X_2)$  a distribuição da amostra clínica). Para se fazer essa análise, e porque uma das amostras não tem distribuição normal, usou-se em alternativa ao teste t-student, o teste de Mann-Whitney, que é o teste não paramétrico com mais força e mais confiável para substituir o teste paramétrico t-student. Para verificar se se rejeita  $H_0$ , o p-value (significância) terá de ser inferior ao nível de significância de .05 ( $p < \alpha = 0.05$ ) (Marôco & Bispo, 2005). Este estudo tem por base responder à quinta hipótese deste estudo que indica que as amostras não irão apresentar diferenças significativas.

## 5.5. Resultados

### 5.5.1. Teste de normalidade

O teste de Kolmogorov-Smirnov não revelou a normalidade da distribuição da amostra 1 ( $K-S (228) = .086, p < .001$ ), tendo apenas revelado a normalidade da distribuição da amostra 2 ( $K-S (40) = .093, p = .200$ ). Na tabela 11, estão resumidos os dados do teste de normalidade para as duas amostras.

**Tabela 11.**

*Valores do teste de Kolmogov-Smirnov para as duas amostras*

<b>Amostras</b>	<b>Estatística</b>	<b>gl</b>	<b>p-value</b>
<b>Amostra 1</b>	.086	228	<.001
<b>Amostra 2</b>	.093	40	.200

Devido ao facto de não se ter verificado a normalidade na distribuição da amostra 1, foi necessário recorrer ao teste não paramétrico de Mann-Whitney para verificar a comparação de distriuições.

### 5.5.2. Teste não paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney

Como afirmado, para a comparação de médias foi utilizado o teste não paramétrico de Wilcoxon-Mann-Whitney, pois uma das amostras, a amostra 1, não tem distribuição normal. As hipóteses elaboradas para este estudo são:

$$H_0: F(X_1) = F(X_2)$$

$$H_1: F(X_1) \neq F(X_2),$$

sendo  $\mu_1$  a média da amostra não clínica e  $\mu_2$  a média da amostra clínica.

Após aplicar o teste de Mann-Whitney nas duas amostras independentes, verificou-se que se teria de rejeitar  $H_0$  ( $Z = -2.79$ ,  $p=.005$ ), pois o *p-value* é inferior ao valor de alfa ( $p/2 < \alpha/2 = 0.025$ ) (Marôco & Bispo, 2005), concluindo-se desta forma que as médias populacionais não são idênticas, logo as amostras não têm a mesma distribuição de probabilidades e por este motivo, não podem ser analisadas num total, mas sim separadamente.

Tendo em conta os resultados anteriores, fez-se novamente uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), apenas contendo os resultados da amostra não clínica, pois a amostra clínica não tem N suficiente para se aplicar uma AFC.

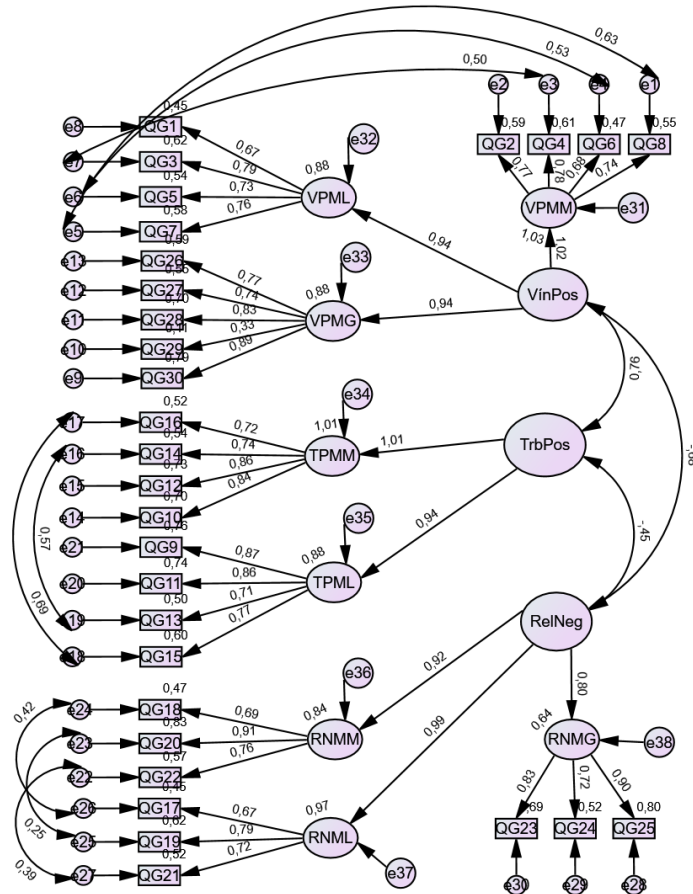
Tendo em conta que esta amostra não tem normalidade multivariada ( $D^2 = 81.81$ ) foi necessário ajustar o valor p da estatística do  $\chi^2$ , e para esse efeito foi utilizada a técnica de bootstrapping de Bollen e Stine, no software AMOS (Marôco, 2010). Seguidamente, fez-se a AFC para o modelo de segunda ordem, para verificar se havia uma boa adequação e um bom ajustamento dos dados. A avaliação global deste modelo [ $\chi^2(389) = 902.93$ , B-S  $p < .001$ ;  $\chi^2/df = 2.32$ ; PCFI = .81; PGFI = .66; CFI=.91; GFI=.79; TLI=.90; RMSEA=.076; 90% CI (.07 - .08), N=228] indica um ajustamento aceitável do modelo aos dados. Este modelo também apresenta cargas fatoriais em que o seu valor estimado não excedeu o ponto de corte (.50) (Loehlin, 2003). Verificou-se a presença de duas trajetórias com valor superior a 1, o que também se verifica na versão original da escala (Krogel, 2008). Os índices CFI, TLI e GFI, apresentam valores que são considerados bons



pela literatura (Hair et al., 2009). O valor de RMSEA apresentou-se aceitável quando comparado com a literatura (Marôco, 2010). Esta análise não se mostrou significativamente diferente da análise efetuada com a amostra total.

**Figura 5**

*Modelo de ajustamento de segunda ordem do QG*



Nota.  $\chi^2(389) = 902.93$ , B-S  $p < .001$ ;  $\chi^2/df = 2.32$ ; PCFI = .81; PGFI = .66; CFI=.91; GFI=.79; TLI=.90; RMSEA=.076; 90% CI (.07 - .08), N=228.

## 6. Discussão e conclusões

Com o presente estudo, pretende-se examinar as propriedades psicométricas do Questionário de Grupo numa amostra portuguesa, de modo a saber se a sua distribuição fatorial replicava aquela que foi originalmente encontrada por Krogel et al. (2013).

Para fazer esta análise, foram efetuados dois estudos, em que o primeiro avaliou as propriedades psicométricas da amostra total e o segundo verificou se o Questionário de Grupo se comporta da mesma forma em ambas as amostras, clínica e não clínica.

Começou-se por avaliar a sensibilidade dos itens, em que se verificou que, apesar da maior parte dos itens ter todas as categorias de resposta selecionadas (à exceção dos itens 3 e 4 em que uma categoria de resposta não foi selecionada), verifica-se que os itens estão enviesados para o extremo positivo da escala de resposta, tratando-se de um efeito de teto de resposta. Tendo em conta que, a escala de resposta de 7 pontos tipo Likert utilizada foi utilizada em vários questionários, nomeadamente no original e adaptações, é suficientemente abrangente (tendo vários pontos de resposta intermédios) e de carácter pessoal (visto que se trata de uma escala de autorrelato). Por este motivo, acredita-se que não seja uma dificuldade da escala de resposta, mas que o efeito de teto pode ter sido gerado devido ao facto de que a população não clínica (que comporta 80% da amostra total), composta por estudantes de psicologia, pode não ter compreendido exatamente o que era pedido, o que mostra que o texto não estava claro para a amostra em causa. No entanto, no que diz respeito à matriz de correlação dos itens, verificou-se que todos os itens apresentam correlações altas ou moderadas entre si, o que evidencia que estão bem relacionados entre si para medirem o construto que estão a medir, o relacionamento terapêutico. Em relação à distribuição da escala, fez-se o teste de Kolmogorov-Smirnov ( $K-S(270) = .083, p < .001$ ), onde se verificou que a amostra não seguia uma distribuição normal. Este parâmetro foi tido em consideração ao longo do processo de validação.

Posteriormente, e no sentido de verificar a replicabilidade da estrutura a três fatores encontrada na escala original e nas adaptações, foi realizada uma Análise Fatorial Exploratória (AFE), com rotação Varimax. Foi calculado o coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin e foi elaborado o teste de esfericidade de Barlett, que atestaram a fatoriabilidade da matriz de correlações. Na AFE, e tendo em conta que na estrutura original os itens saturam em três fatores, verificou-se que os fatores na totalidade explicam 63% da variância. A solução fatorial encontrada não diverge da original, sendo que os itens que constituem a subescala de “Vínculo Positivo” saturam todos no Fator 1, os itens que constituem a

subescala “Trabalho Positivo” saturam todos no Fator 2 e, por exclusão de partes, os itens da subescala “Relacionamento Negativo” saturam no Fator 3. Estas saturações foram na sua maioria elevadas, sendo sempre superiores ou iguais ao valor de corte (.40). Após se verificar a composição de cada subescala, obtiveram-se os valores de Alfa de Cronbach, que revelam uma excelente fiabilidade do instrumento.

Para testar as hipóteses 1, 2 e 3 foi calculada a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) para o modelo formativo de primeira ordem e de segunda ordem. Para o modelo de primeira ordem (sem a divisão de cada subescala nos três níveis) verificou-se um ajuste fraco do modelo aos dados, que vai no sentido da hipótese formulada. Estes resultados também vão ao encontro dos resultados obtidos nos estudos original e adaptações, sendo que nessas adaptações da escala o modelo de primeira ordem não se ajusta aos dados e há a necessidade de testar um modelo de segunda ordem mais robusto (Johnson et al., 2005). Para o modelo de segunda ordem verificou-se um ajuste aceitável do modelo aos dados, no entanto, o modelo apresentou cargas fatoriais superiores a 1, o que leva a pensar que há uma sobrestimação, ou seja, que não se está a explicar bem o efeito, o que mostra que estes fatores não são suficientemente diferentes para se poder afirmar que são eles próprios mutuamente exclusivos, havendo, desta forma, uma falta de ajustamento.

Apesar desta problemática, verifica-se que o modelo é estável o suficiente, ajustando-se aceitavelmente aos dados, o que vai no sentido da hipótese formulada. Na versão original e nas suas adaptações, esta problemática também ocorre. Além disso, também foram calculadas, a fiabilidade compósita (FC) que indicou boa consistência interna dos itens ao fator, e a variância média extraída, que mostrou boa validade convergente, o que significa que o comportamento dos itens é essencialmente explicado pelo fator onde saturam (Marôco, 2011). Também se verificaram as validades convergente e divergente para se verificar de que forma as subescalas do QG estavam relacionadas com a medida IAT-RR existente e teoricamente com o SELSA-S. Os resultados mostraram correlações estatisticamente significativas com todas as subescalas do IAT-RR. As correlações foram na direção esperada para cada uma das subescalas, no entanto, outros estudos mostram que estas correlações podem ser fortes e neste caso foram moderadas. Os resultados também mostraram correlações estatisticamente significativas com a subescala Social do SELSA-S e com a escala total. Estas correlações foram no sentido teoricamente esperado.

Nesta amostra da população, verifica-se que não houve um efeito suficientemente forte de exclusividade no papel de líder e de membro, sendo que

teoricamente são papéis diferentes (Yalom & Leszcz, 2020). Pode-se pensar que na aplicação do questionário, sendo que a maioria da amostra eram estudantes de psicologia, pode ter havido dificuldade em compreender o que era pedido, verificando-se um efeito de contágio da palavra terapeuta em itens que se referiam ao membro. Outra questão que complementa a anterior, é o facto de o Questionário de Grupo ter sido o último questionário a ser respondido, então acredita-se que o fator “cansaço” possa ter tido impacto nas respostas dos participantes, nomeadamente na tarefa de assumir que o líder era o professor, a terapia era o grupo de trabalho e o membro era um colega de grupo, introduzindo também o fator “entropia”.

Para testar a quarta hipótese verificou-se que as subescalas do QG se correlacionam como prediz a literatura (Bormann et al., 2011; Giannone et al., 2020; Krogel, 2008), sendo que as subescalas de Vínculo Positivo e Trabalho Positivo se correlacionam positivamente (.73) e ambos se correlacionaram negativamente com o Relacionamento Negativo (-.69 e -.45, respetivamente), sendo essas correlações estatisticamente significativas. Estes valores sugerem que, apesar de cada fator ser único, está correlacionado positiva ou negativamente com outro fator. Também é importante salientar que a correlação entre o Vínculo Positivo e o Relacionamento Positivo é apenas moderada, o que significa que, embora estejam correlacionados, estes dois fatores não são o inverso um do outro. No entanto, Krogel (2008) refere que é necessário estudar melhor esta subescala, porque apesar de se conseguir demonstrar que os fatores não são opostos, conceptualmente ainda não está clara essa diferença.

Por fim, refira-se que a amostra total era constituída por duas amostras, a primeira constituída por estudantes de psicologia e a segunda por indivíduos inseridos em terapias de grupo. Por este motivo, decidiu-se verificar se as populações podiam ser estudadas em conjunto, isto é, se se comportavam da mesma forma na aplicação do questionário (a quinta hipótese do estudo). O que se verificou é que as populações tinham distribuições diferentes, não se verificando a quinta hipótese, e por esse motivo decidiu-se fazer uma nova AFC para cada uma das amostras. No entanto, apenas foi possível mostrar resultados referente à AFC para a amostra não clínica, porque a amostra clínica não tem dimensão suficiente (N=40) para se poder aplicar uma AFC. Os resultados obtidos para a população não clínica não apresentaram alterações significativas em comparação com os resultados obtidos para a amostra total. Esta alteração não foi significativa, porque a percentagem de amostra terapêutica na amostra total é muito pequena, não tendo assim impacto nos resultados.

No modelo com a amostra não clínica, obteve-se uma trajetória abaixo de .50, o que significa que esta carga é débil e pode estar a enfraquecer o modelo, então, nessa linha de raciocínio, pensou-se em retirar o item 29 ( $\lambda = .33$ ) para testar se produzia alterações ao modelo, verificou-se que o modelo não sofreu alterações significativas. É de ressaltar que este procedimento foi meramente comparativo, pois, caso se verificassem alterações significativas ao modelo, outros procedimentos teriam de ser aplicados para se verificar a possibilidade de retirada dos itens (Sousa & Rojjanasrirat, 2010). Tendo em conta que se observaram problemas com o ajustamento do modelo, verificou-se se se poderia tratar de algum problema de convergência. No entanto o modelo não se encontra mal especificado (visto já ter sido replicado em vários países), não se verificaram assimetrias extremas das variáveis manifestas e foram removidos os *outliers*, logo, podemos pensar que a dimensão reduzida da amostra ( $N = 230$ ) possa ser um fator contributivo, sendo que a dimensão preferencial deverá estar entre 300 e 500 participantes (Sousa & Rojjanasrirat, 2010). Mesmo tendo removido os outliers da amostra, verificou-se através das distâncias de Mahalanobis ao quadrado ( $DM^2$ ) que existem outliers multivariados. Neste estudo, ainda se testou eliminar esses outliers, no entanto, devido à dimensão da amostra, a remoção desses outliers iria inviabilizar a AFC, então propõe-se em estudos futuros, com amostras de maiores dimensões, a verificação, e possível eliminação, destes outliers multivariados.

O facto da amostra não clínica não ser representativa da população, isto é, não ter distribuição univariada normal, é um fator que terá de revisto. Para além dessa amostra, também se acredita que com o aumento da dimensão da amostra clínica será possível reproduzir os resultados do artigo original e adaptações.

Apesar de se terem verificado as primeiras quatro hipóteses, os resultados ainda não se mostram suficientemente estáveis para se assumir que se validou o instrumento e a amostra não foi representativa da população. No entanto, com este estudo pode-se verificar que há confiança no modelo de Johnson e colaboradores (2005) e que este tem capacidade de fornecer um bom ajuste aos dados em estudos futuros, e desta forma validar-se o instrumento para a população portuguesa.

Este passo na validação do Questionário de Grupo é bastante relevante, pois apresenta-se como o primeiro passo para a concretização da validação deste questionário para a população portuguesa. Será necessário olhar para estes resultados de forma reflexiva, isto porque não importa apenas validar se o instrumento está a medir o que é suposto medir, mas também avaliar o significado dos resultados obtidos. Neste aspecto,

será necessário aprofundar mais a revisão para se poder efetivamente validar este instrumento tão valioso para a psicoterapia de grupo em Portugal.

Esta validação é pertinente, não só para os estudos teóricos e empíricos em psicoterapia de grupo, como também na prática, para os terapeutas poderem ir avaliando os *outcomes* da terapia, não só ao nível da relação membro-líder, mas também ao nível da relação membro-membro e membro grupo. Para além disso, este instrumento é prático e fácil de aplicar, pois não é excessivamente extenso, sendo aplicável em aproximadamente 7 minutos. Este instrumento deverá ser aplicado preferencialmente no final da terceira sessão em grupo, quando a relação entre os membros e o grupo já estão estabelecidas (Johnson et al., 2005; Krogel et al., 2013), e pode ser aplicado no decorrer da terapia para avaliar melhorias na relação terapêutica.

Também é importante ressaltar que este instrumento foi criado numa plataforma online que, em tempos de pandemia Covid-19, é a forma mais fácil de alcançar um público mais vasto, no entanto, este não é um único benefício do instrumento online. Weinberg (2020) refere que durante a pandemia, não só os clientes que já estavam em psicoterapia de grupo procuraram outras formas de a obter, nomeadamente online, como também, devido a elevados níveis de stress, ansiedade, entre outros, apareceram muitas mais pessoas interessadas em psicoterapia de grupo online. Weinberg (2020) indica inclusive que os clientes mostraram satisfação por poderem fazer a sua terapia online e que este método de terapia não foi só utilizado em momento de *lockdown*, mas que atualmente tem tido bastante adesão. Neste contexto, o Questionário de Grupo criado na versão online, torna-se um instrumento crucial para o terapeuta poder avaliar a relação terapêutica do grupo online.

## **7. Limitações do estudo**

Este estudo teve algumas limitações, nomeadamente relacionadas com a amostra. A dimensão da amostra total era um pouco inferior ao mínimo recomendado para se fazer uma Análise Fatorial Confirmatória (AFC), em que o ideal será entre 300 e 500 participantes (Sousa & Rojjasrirat, 2010), e neste caso a amostra total tinha 268 participantes. Quando se dividiu a amostra, as dimensões ainda ficaram mais reduzidas, sendo que a amostra não terapêutica tinha 229 participantes e a amostra terapêutica tinha 40 participantes. No caso da amostra terapêutica, não foi possível aplicar uma AFC devido ao número demasiado reduzido de participantes ( $N = 40$ ). Em estudos futuros, recomenda-se que se reúna uma amostra com maiores dimensões, principalmente a amostra terapêutica, e que se repita a passagem do questionário na amostra não terapêutica, a fim de obter uma distribuição normal dos dados, e por consequência, uma amostra representativa da população portuguesa.

Outra limitação encontrada prende-se com a diversidade da amostra terapêutica ao nível da linha teórica de orientação e do contexto, a maioria da amostra terapêutica era de psicodrama e estava em contexto clínico. Em estudos futuros recomenda-se que o aumento da amostra venha também diversificar mais a linha teórica de orientação e equilibrar a quantidade de indivíduos em contexto privado e hospitalar, de forma a obter uma amostra mais equilibrada. Neste caso, também se pode sugerir, como no estudo de Krogel et al. (2013), fazer estudos individuais para cada uma das amostras, a fim de se comparar com o artigo original.

Ainda sobre a amostra, pode-se pensar como limitação do estudo, o facto do questionário não ter sido claro para a amostra não terapêutica. Em estudos futuros sugere-se melhorar a clareza do questionário consoante as características da população (estar num grupo de trabalho ou num grupo terapêutico) e, caso sejam passados mais questionários em conjunto com o Questionário de Grupo, sugere-se que este seja o primeiro a ser passado, para evitar o fator de cansaço.

Uma outra limitação deste estudo prende-se com o facto de haver poucas validações de escalas que avaliam a relação grupal para a população portuguesa, o que dificultou a concretização da validade convergente. Dentro deste tema, a segunda limitação prende-se com o facto de o relacionamento de grupo envolver vários construtos e, devido às limitações de tempo desta dissertação, não ter sido possível estudar a validade convergente de todos os construtos, sendo importante em estudos futuros avaliar a

validade convergente com questionários que avaliam também os outros construtos. Com o aumento da amostra, também se tornará possível fazer uma validade cruzada, utilizando duas amostras da população.

Por fim, e no contexto de estudos futuros, pensa-se que reunir com um dos autores mais envolvidos, tanto na criação original da escala, como nas revisões de literatura sobre esta temática (Krogel et al., 2013; Brulingame et al. 2021) seria importante para se poder analisar vários fatores relativos à escala, nomeadamente a sua possível utilização online.



## 8. Referências

- Anderson, J. C., & Gerbing, D. W. (1988). Structural equation modeling in practice: A review and recommended two-step approach. *Psychological Bulletin*, 103(3), 411- 423. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.103.3.411>
- Adeka, I. M. (2009). Factors affecting treatment efficacy in social phobia: The use video feedback and individual vs. group formats. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 12-17. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.05.003>
- Allredge, C. T.; Burlingame, G. M.; Yang, C.; & Rosendhal, J. (2021). Alliance in group therapy: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 25(1), 13-28. <https://doi.org/10.1037/gdn0000135>
- Arbuckle, J. L. (2021). Amos (Version 28.0) [Computer Program]. Chicago: SPSS.
- Bagozzi, R. P., & Kimmel, S. K. (1995). A comparison of leading theories for the prediction of goal-directed behaviours. *British Journal of Social Psychology*, 34(4), 437-461. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8309.1995.tb01076.x>
- Bakali, J. V., Baldwin, S. A., & Lorentzen, S. (2009). Modeling group process constructs at three stages in group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 19(3), 332–343. <https://doi.org/10.1080/10503300902894430>
- Barkowski, S., Schwartze, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., Barth, J., & Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for social anxiety disorder: A meta-analysis of randomizedcontrolled trials. *Journal of Anxiety Disorders*, 39, 44-64. <https://doi.org/10.1016/j.janxd2016.02.005>
- Brabender, V. A., Fallon, A. E., & Smolar, A. I. (2004). *Essentials of Group Therapy*. John Wiley & Sons.
- Bentler, P. M. (2007). On tests and indices for evaluating structural models. *Personality and Individual Differences*, 42(5), 825-829. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.09.024>
- Burlingame, G. M. (2010). Small group treatments: Introduction to special section. *Psychotherapy Research*, 20(1), 1–7. <https://doi.org/10.1080/10503301003596551>

- Burlingame, G. M.; Alldredge, C. T.; & Arnold, R. A. (2021). Alliance rupture detection and repair in group therapy: Using the Group Questionnaire-QG. *International Journal of Group Psychotherapy*, 71, 338-370. <https://doi.org/10.1080/00207284.2020.1844010>
- Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Johnson, J. (2002). Cohesion in group psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 71-87). Oxford University Press.
- Burlingame, G., Gleave, R., Beecher, M., Griner, D., Hansen, K., & Jensen, J. (2017). *Administration and Scoring Manual for the Group Questionnaire-GQ*. OQ Measures.
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauss, B. (2004). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In M. Lambert (Eds), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5<sup>th</sup> ed., pp. 640-677). John Wiley & Sons.
- Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Yang, C. (2018). Cohesion in Group Therapy: A Meta-Analysis. *Psychotherapy*, 55(4), 384-398. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000173>
- Burlingame, G. M., Strauss, B., & Joyce, A. S. (2013). *Change mechanism and effectiveness of small group treatments*. John Wiley & Sons.
- Burlingame, G. M., Svien, H., Hoppe, L., Hunt, I., & Rosendahl, J. (2020). Group Therapy for Schizophrenia: A Meta-Analysis. *National Library of Medicine*, 57(2), 219-236. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000293>
- Burns, D. D., & Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in cognitive– behavioral therapy: Does it really make a difference? In P. M. Salkovskis (Eds), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 135–164). Guilford Press.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16(3), 252–260. <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Bormann, B., Burlingame, G., & Strauss, B. (2011). Der Gruppenfragebogen (GQ-D). Instrument zur Messung von therapeutischen Beziehungen in der

- Gruppenpsychotherapie. *Psychotherapeut*, 56, 297-309.  
<https://doi.org/10.1007/s00278-011-0841-4>
- Bormann, B., & Strauss, B. (2007). Group climate, cohesion, alliance, and empathy as components of the therapeutic relationship within group psychotherapy-test of a multilevel model. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 43(1), 1–20.
- Chapman, L., Burlingame, G., Gleave, R., Rees, F., Beecher, M., & Porter, G. (2012). Clinical prediction in group psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22(6), 673–681. <https://doi.org/673-681.10.1080/10503307.2012.702512>
- DeLucia-Waack, J. L., Kalodner, C. R., & Riva, M. (2014). Handbook of group counseling and psychotherapy (2<sup>nd</sup> ed.). Sage Publications.
- Doran, J. M. (2016). The working alliance: Where have we been, where are we going? *Psychotherapy Research*, 26(2), 146- 163.  
<http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2014.954153>
- Fernandes, H., & Neto, F. (2009). Adaptação Portuguesa da Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S). *Psicologia Educação e Cultura*, 8(1), 7-31.
- Ghiselli, E.E. (1981). *Measurement theory for behavioral sciences*. W.H. Freeman.
- Giannone, F., Guamaccia, C., Gullo, S., Di Blasi, M., Giordano, C., Lo Coco, G., & Burlingame, G. (2020). Italian adaptation of the Group Questionnaire: validity and factorial structure. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 23, 133-144.
- Gleave, R., Burlingame, G., Beecher, M., Griner, D., Hansen, K., & Jenkins, S. (2017). Feedback-informed group treatment: Application of the OQ-45 and Group Questionnaire (GQ). In S. Miller, D. Prescott, & C. Maeschalck (Eds.), *Reaching for excellence: Feedback-informed treatment in practice*. American Psychological Association.
- Grenon, R., Schwartz, D., Hammond, N., Ivanova, I., Mcquaid, N., Proulx, G., & Tasca, G. (2017). Group psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 50(9), 997-1013.  
<https://doi.org/10.1002/eat.22744>
- Gullo, S., Lo Coco, G., Di Fratello, C., Giannone, F., Mannino, G., & Burlingame, G. (2015). Group Climate, Cohesion, and Curative Climate: A Study on the

- Common Factors in the Group Process and Their Relation with Members' Attachment Dimensions. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 18(1), 10-20.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B., & Anderson, R. E. (2009). *Multivariate data analyses* (7<sup>th</sup> ed.). Prentice Hall.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223–233.
- IBM SPSS (2021). IBM SPSS Statistics Base 28. Chicago, IL: SPSS Inc.
- Janis, R. A., Burlingame, G. M., Svien, H., Jensen, J., & Lundgreen, R. (2021). Group therapy for mood disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 31(3), 342-358. <http://doi.org/10.1080/10503307.2020.1817603>
- Johnson, J., Burlingame, G. M., Olsen, J., Davies, D., & Gleave, R. (2005). Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310-321.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, 39, 31-36.
- Kline, R. B. (2004). *Beyond Significance Testing: Reforming Data Analysis Methods in Behavioral Research*. American Psychological Association.
- Krogel, J. (2008). *The Group Questionnaire: A new measure of the group relationship*. [Dissertação de doutoramento, Brigham Young University]. BYU ScholarsArchive.
- Krogel, J., Burlingame, G., Chapman, C., Renshaw, T., Gleave, R., Beecher, M., & Macnair-Semands, R. (2013). The Group Questionnaire: A clinical and empirically derived measure of the group relationship. *Psychotherapy Research*, 23(3), 344-354. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2012.729868>
- Lese, K. P., & MacNair-Semands, R. R. (2000). The Therapeutic Factors Inventory: Development of a scale. *Group*, 24(4), 303–317. <https://doi.org/10.1023/A:1026616626780>
- Leszcz, M., Yalom, I. D., & Norden, M. (1985). The value of inpatient group psychotherapy: patients' perceptions. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35(3), 411-433.

- Lo Coco, G., Gullo, S., Oieni, V., Giannone, F., Di Blasi, M., & Kivlighan, D. M. Jr. (2016). The relationship between attachment dimensions and perceptions of group relationships over time: an actor–partner interdependence analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 20(4), 276-293. <http://dx.doi.org/10.1037/gdn0000056>
- Lo Coco, G., Melchiori, F., Oieni, V., Infurna, M. R., Strauss, B., Schwartz, D., Resendahl, J., & Gullo, S. (2019). Group treatment for substance use disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized-controlled trials. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 99, 104-116. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2019.01.016>
- Lo Coco, G., Salvatore, G., Prestano, C., & Burlingame, G. M. (2015). Current issues on group psychotherapy research: An overview. In O. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds), *Psychotherapy research* (pp. 279-292). Springer-Verlag. [https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0\\_14](https://doi.org/10.1007/978-3-7091-1382-0_14)
- Loehlin, J.C. (2003). *Latent variable models: An introduction to factor, path, and structural equation analysis* (4th ed.). Lawrence Erlbaum Associates.
- Machado, P. P., & Horvath, A. (1999). Inventário da Aliança Terapêutica: versão portuguesa do Working Alliance Inventory. In M.R. Simões, L.S. Almeida, M. Gonçalves (Eds). *Provas psicológicas em Portugal (2)*. SHO.
- MacKenzie, K. R. (1981). Measurement of Group Climate. *International Journal of Group Psychotherapy*, 31(3), 287-295. <http://doi.org/10.1080/00207284.1981.11491708>
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software & aplicações*. Report Number.
- Marôco, J. (2011). *Análise Estatística com o SPSS statistics*. Lisboa: Report Number.
- Marôco, J., & Bispo, R. (2005). *Estatística Aplicada às Ciências Sociais e Humanas* (2<sup>a</sup> ed.). Climepsi Editores.
- McClendon, D. T., & Burlingame, G. M. (2011). Has the magic of psychotherapy disappeared? Integrating evidence-based practice into therapist awareness and development. In R. H. Klein, H. S. Bernard, & V. L. Schermer (Eds.), *On*

- becoming a psychotherapist: The personal and professional journey* (pp. 190-211). Oxford University Press.
- McLaughlin, S., Barkowski, S., Burlingame, G. M., Strauss, B., & Rosendahl, J. (2019). Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Psychotherapy*, 56(2), 260–273. <https://doi.org/10.1037/pst0000211>
- Orfanos, S., Burn, E., Priebe, S., & Spector, A. (2020). A Systematic Review and Quality Assessment of Therapeutic Group Process Questionnaires. *International Journal of Group Psychotherapy*, 70(3), 425-454. <https://doi.org/10.1080/00207284.2020.1755292>
- Panas, L., Caspi, Y., Fournier, E., & McCarty, D. (2003). Performance measures for outpatient substance abuse services: Group versus individual counseling. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2003), 271-278.
- Pang, T., Du, C., & Zhu, J. (2018). *Max-Mahalanobis Linear Discriminant Analysis Networks*. *Max-Mahalanobis Linear Discriminant Analysis Networks* [artigo da conferência]. Proceedings of the 35<sup>th</sup> International Conference on Machine, Estocolmo, Suécia.
- Piper, W. E. (1994). Client Variables. Em A. Fuhriman, & G. M. Burlingame, *Handbook of Group Psychotherapy: An Empirical and Clinical Synthesis* (pp. 81-113). John Wiley & Sons.
- Ramos, M. A. (2008). *Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory - Short Revised*. [Dissertação de mestrado, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho]. Universidade Minho: RepositoriUm.
- Rogers, C. R., Gendlin, G. T., Kiesler, D. V., & Truax, L. B. (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. University of Wisconsin Press.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross, (Eds.) *Psychotherapy relationships that work*. (2<sup>nd</sup>, pp. 224–238). Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/9780199737208.003.0011>

- Salo, J., Punamäki, R.-L., Qouta, S., & El Sarraj, E. (2008). Individual and group treatment and self and other representations predicting posttraumatic recovery among former political prisoners. *Traumatology*, 14, 45–61.
- Schwartz, D., Barkowski, S., Burlingame, G. M., Strauss, B., & Rosendahl, J. (2016). Efficacy of group psychotherapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 10, 49-61. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.05.001>
- Schwartz, D., Barkowski, S., Strauss, B., Knaevelsrud, C., & Rosendahl, J. (2019). Efficacy of group psychotherapy for posttraumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy Research*, 29(4), 415-431. <https://doi.org/10.1080/10503307.2017.1405168>
- Silva, L. R. C. (2022). *Um estudo preliminar do Questionário de grupo – Uma análise acerca da clareza do instrumento*. [Dissertação de mestrado não publicada]. ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.
- Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorder. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(4), 672-683.
- Sousa, V. D., & Rojjanasrirat, W. (2010). Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(2011), 268-274.
- Thayer, S. D. (2012). *The Validity of the Group Questionnaire: Construct Clarity or Construct Drift?* [Dissertação de doutoramento, Brigham Young University]. BYU ScholarsArchive.
- Thayer, S. D.; & Burlingame, G. M. (2014). The validity of the Group Questionnaire: construct clarity or construct drift? *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 18(4), 318-332. <https://doi.org/10.1037/gdn0000015>
- Ussel, J. I. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. IMSERSO.

- Weinberg, H. (2020). Online group psychotherapy: Challenges and possibilities during COVID-19—A practice review. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 24(3), 201-211. <http://dx.doi.org/10.1037/gdn0000140>
- Yalom, I. D. (1966). A study of group therapy dropouts. *Archives of General Psychiatry*, 14, 393-414.
- Yalom, I. D. (1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4<sup>th</sup> ed.). Basic Books.
- Yalom, I. D. (2002). *The gift of therapy*. Harper Collins.
- Yalom, I. D., & Miles, M. B. (1973). *Encounter Groups: First Facts*. Basic Books.
- Yalom, I. D., Bond, G., Zimmerman, S., & Friedman, L. (1977). The impact of a weekend group experience on individual therapy. *Archives of General Psychiatry*, 34, 399-415.
- Yalom, I., & Leszcz, M. (2020). *The Theory and practice of group psychotherapy* (6<sup>th</sup> ed.). Basic Books.



## 9. Anexos

### Anexo A. Parecer do Comité de Ética do ISPA



Comissão de Ética de Investigação  
ISPA - Instituto Universitário de Ciências  
Psicológicas, Sociais e da Vida  
Rua Jardim do Tabaco, 34,  
1149-041 Lisboa  
Telefone: (351) 218 811 700  
Fax: (351) 218 860 954

#### COMISSÃO DE ÉTICA

#### PARECER

**Título do projeto:** Adaptação das escalas Questionário de Grupo, Questionário de Prontidão para o Grupo e Questionário de Clima de Grupo para a população portuguesa  
**Investigador responsável:** António José Gonzalez  
**Instituição/Curso:** ISPA – Instituto Universitário

O protocolo do estudo apresenta objetivos relevantes. Foram descritos adequadamente os métodos e procedimentos a adotar e estes respeitam os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à ética em investigação.

Assim, o parecer da Comissão de Ética do ISPA-Instituto Universitário é favorável à realização do estudo em epígrafe.

Qualquer alteração futura aos procedimentos descritos do estudo que possam colidir com os critérios éticos de investigação com seres humanos ou animais não humanos constantes nos referidos regulamentos, exigem uma reapresentação do pedido de apreciação a esta Comissão.

**Comissão Ética do ISPA – Instituto Universitário**

(Assinatura do Presidente da CE)

**Anexo B. Parecer da Comissão de Ética para a Saúde (CES) do Hospital de Vila Franca de Xira**

**HOSPITAL DE**  
VILA FRANCA DE XIRA, EPE

---

**PARECER**

---

**PARA:** PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
**C/C:** DIRECTOR CLÍNICO  
**DE:** PRESIDENTE DA CES  
**ASSUNTO:** PARECER SOBRE O ESTUDO CUJO TÍTULO É “ADAPTAÇÃO DA ESCALA QUESTIONÁRIO DE GRUPO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA “  
**DATA:** 28 de Julho de 2022

Estudo Nº :

---

**Enquadramento**

Pedido de parecer à CES sobre projeto de estudo intitulado "Adaptação da escala Questionário de Grupo para a população portuguesa". Trata-se de um estudo que tem como objetivo validar a escala "Questionário de Grupo" para a população portuguesa. Este questionário avalia na perspetiva do doente a psicoterapia de grupo como intervenção terapêutica. Esta é uma área que carece de mais investigação sobre a sua eficácia e os processos que nela decorrem.

Foram avaliados a pertinência e a qualidade da conceção do protocolo do estudo. O objetivo principal é: validar a escala "Questionário de Grupo" para a população portuguesa, através da aplicação da mesma aos doentes do serviço de Psiquiatria que estejam a ser alvo de intervenção terapêutica num contexto de psicoterapia de grupo.

**Avaliação dos riscos e benefícios previsíveis**

Trata-se de um estudo sem intervenção, pelo que não serão expectáveis riscos acrescidos para a integridade física dos participantes.

**Aptidão do investigador principal**

O investigador principal será: António Gonzalez, psicólogo investigador do ISPA. Considera-se apto a conduzir a investigação em apreço.

**Condições materiais e humanas necessárias à realização do estudo**

Consideram-se adequadas as condições materiais e humanas existentes no nosso Hospital para a realização do estudo em apreço.

**Montantes e modalidades de compensação eventuais dos participantes**

Não estão previstas compensações aos participantes pela participação no estudo.

**Modalidades de recrutamento dos participantes**

## CES comissão de ética para a

Estão definidos critérios de inclusão e de exclusão neste estudo. Serão incluídos de forma consecutiva os doentes do serviço de Psiquiatria que estejam a ser alvo de intervenção terapêutica num contexto de psicoterapia de grupo e que consintam em participar no mesmo através do preenchimento voluntário e opcional do questionário elaborado para o efeito.

Situações de conflito de interesse por parte do promotor e do investigador  
Desconhecem-se situações de conflito de interesse.

O prazo e condições de acompanhamento clínico dos participantes, após a conclusão do estudo clínico bem como, quando aplicável, o prazo de presunção superior ao previsto no nº3 do artigo 15º da Lei nº21/2014 de 16 de Abril

Não se aplica ao presente estudo.

Haverá lugar à obtenção de consentimento informado, sendo clara a natureza voluntária de participação no mesmo.

Da informação apresentada à CES pelo investigador principal, há o garante do direito de confidencialidade e de privacidade na preparação, realização e conclusão do estudo clínico. *O parecer do DPO da instituição foi favorável devendo no entanto o investigador definir o prazo de conservação dos dados e assegurar a eliminação dos mesmos após término do estudo em apreço.*

Não se afiguram existirem objeções ou reservas apreciáveis de natureza ética relativamente à realização do estudo em apreço.

A Comissão de Ética para a Saúde, em sessão realizada nesta data, apreciou a fundamentação do investigador principal sobre o pedido de parecer. O processo foi votado pelos membros da CES presentes:

Paula Maio (presidente)  
Manuela Ralha (vice-presidente)  
Catarina Oliveira  
Maria João Toste  
Patrícia Nascimento  
Raquel Santos  
Teresa Salgueiro Antunes

Resultado da Votação  
Parecer favorável por unanimidade

Vila Franca de Xira, 28 de Julho de 2022

A Presidente da CES  
Paula Maio

## Anexo C. Consentimento informado do Questionário de Grupo

### Questionário de Grupo

O presente estudo está a ser desenvolvido no ISPA, no âmbito de uma investigação de Mestrado em Psicologia Clínica cujo objetivo é a validação de um questionário de grupo para a população portuguesa.

O questionário é composto por quatro partes e o tempo total de preenchimento é de cerca de 15 minutos. Poderá interromper o preenchimento do questionário a qualquer momento, se assim o desejar. A sua participação neste questionário é confidencial e anónima. Não existem respostas certas ou erradas, por isso pedimos que responda de forma sincera.

Caso tenha alguma dúvida no preenchimento do questionário, ou queira saber mais informações sobre o estudo, pode contactar-nos via email:

Inês Pinheiro: [26070@alunos.ispa.pt](mailto:26070@alunos.ispa.pt) (estudante de mestrado)

Prof. Doutor António Gonzalez: [gonzalez@ispa.pt](mailto:gonzalez@ispa.pt) (responsável do estudo)

\*Obrigatório

Declaro ter lido e compreendido a informação exposta anteriormente, dando assim o meu consentimento para participar no estudo em questão. \*

Sim, compreendi e desejo prosseguir para o questionário.

**Anexo D.** Tabela de frequência de respostas da amostra total

**Tabela D1**

*Frequências de resposta aos itens do QG.*

	<b>1</b> Discordo totalmente	<b>2</b> Discordo muito	<b>3</b> Discordo pouco	<b>4</b> Não concordo nem discordo	<b>5</b> Concordo pouco	<b>6</b> Concordo muito	<b>7</b> Concordo totalmente
QG1	4	5	5	54	36	58	108
QG2	2	6	12	51	44	55	100
QG3	2	0	6	35	23	44	160
QG4	0	3	5	41	26	53	142
QG5	4	9	12	71	49	63	62
QG6	5	12	17	65	58	57	56
QG7	4	2	7	58	43	76	80
QG8	3	4	12	60	41	72	78
QG9	7	3	9	95	50	60	46
QG10	5	2	12	98	45	56	52
QG11	4	1	7	76	54	56	72
QG12	5	2	9	69	54	71	60
QG13	7	2	7	96	58	66	34
QG14	4	6	12	98	54	56	40
QG15	6	3	5	74	46	71	65
QG16	5	2	16	64	46	64	73
QG17*	10	10	26	65	17	57	85
QG18*	9	10	22	64	30	50	85
QG19*	3	10	15	76	29	51	86
QG20*	6	15	20	76	30	52	71
QG21*	7	15	32	96	24	45	51
QG22*	6	12	29	80	30	46	67
QG23*	5	6	11	46	20	36	146
QG24*	7	6	22	55	23	63	94
QG25*	7	5	20	54	19	53	112
QG26	3	5	11	59	60	62	70
QG27	4	4	12	63	50	46	91
QG28	2	2	11	43	43	51	118
QG29	19	26	11	55	32	40	87
QG30	24	7	14	48	33	47	97

\*itens invertidos

## Anexo E. Análise Fatorial Exploratória (AFE)

Para testar a replicabilidade da estrutura de três fatores, proposta por Krogel, et al. (2013), fez-se uma Análise de Componentes Principais (ACP), utilizando a rotação Varimax. Sendo que a estrutura original, e em outras adaptações da mesma (Bormann et al., 2011; Giannone et al., 2020), os itens saturam em três fatores, optou-se por forçar a três fatores e analisou-se as saturações fatoriais dos itens. Após a análise, verificou-se que os três fatores na sua totalidade, explicam 62.95% da variância. Assim, o primeiro fator tinha valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1 e a percentagem de variância explicada igual a 47.44%, o segundo fator tinha valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1 e a percentagem de variância explicada igual a 9.33%, e o terceiro fator tinha valor próprio (*eigenvalue*) superior a 1 e a percentagem de variância explicada igual a 6.18%. Foi possível verificar que os itens saturaram significativamente no primeiro fator, sendo que este explica praticamente metade da variância.

A solução fatorial encontrada não diverge da original, sendo que os itens que constituem a subescala de “Vínculo Positivo” saturam todos no Fator 1, os itens que constituem a subescala “Trabalho Positivo” saturam todos no Fator 2 e, por exclusão de partes, os itens da subescala “Relacionamento Negativo” saturam no Fator 3.

A tabela 5 mostra que as saturações foram, na sua maioria, elevadas, sendo que se situam entre .40 e .85, mostra também que as comunalidades foram boas, apresentando um valor superior ao valor de corte (.40) em 28 dos 30 itens, tendo em média um valor de .61.

### Tabela E1.

*Cargas fatoriais, comunalidades e correlações inter-item do QG*

Item	$\lambda_{\text{Fator1}}$	$\lambda_{\text{Fator2}}$	$\lambda_{\text{Fator3}}$	Comunalidades	Correlação inter-item
QG1	.64			.52	.66**
QG2	.65			.62	.75**
QG3	.69			.65	.75**
QG4	.67			.62	.74**
QG5	.52			.59	.76**
QG6	.55			.54	.72**
QG7	.76			.69	.74**
QG8	.67			.59	.70**
QG26	.64			.59	.73**
QG27	.67			.59	.72**

Item	$\lambda_{\text{Fator1}}$	$\lambda_{\text{Fator2}}$	$\lambda_{\text{Fator3}}$	Comunalidades	Correlação inter-item
QG28	.71			.70	.79**
QG29	.54			.31	.40**
QG30	.40			.21	.44**
QG9		.85		.80	.67**
QG10		.81		.77	.71**
QG11		.77		.73	.70**
QG12		.71		.74	.77**
QG13		.80		.69	.59**
QG14		.78		.69	.64**
QG15		.73		.70	.71**
QG16		.57		.50	.64**
QG17*			.67	.50	.56**
QG18*			.73	.58	.59**
QG19*			.73	.65	.69**
QG20*			.79	.69	.66**
QG21*			.78	.66	.59**
QG22*			.71	.57	.61**
QG23*			.60	.59	.67**
QG24*			.59	.54	.68**
QG25*			.68	.62	.67**

\*: itens invertidos.

\*\* : p<.01