

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



LISBOA

UNIVERSIDADE
DE LISBOA

**ESCALA DE NEGOCIAÇÃO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA:
ADAPTAÇÃO E RELAÇÃO COM CARACTERÍSTICAS DO
PROCESSO TERAPÊUTICO**

Maria Inês Teixeira Galvão

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**ESCALA DE NEGOCIAÇÃO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA:
ADAPTAÇÃO E RELAÇÃO COM CARACTERÍSTICAS DO
PROCESSO TERAPÊUTICO**

Maria Inês Teixeira Galvão

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-
Comportamental e Integrativa)**

2016

Agradecimentos

À Professora Doutora Ana Nunes da Silva, pela orientação, por me ter ajudado a descobrir o gosto pela investigação e por ter sido, neste processo, o equilíbrio entre as minhas expectativas e a realidade. Principalmente, por me ter permitido sonhar e continuar a alimentar esses sonhos.

Ao Professor Doutor António Branco Vasco, por se ter envolvido neste projecto, desde o início e de uma forma tão significativa na recolha de dados; por ter sido a primeira pessoa que despertou o meu interesse pelo tema da aliança terapêutica.

Ao Professor Sérgio Moreira pela disponibilidade e apoio estatístico.

A todos os psicólogos que participaram e se interessaram por esta investigação. De forma especial, à equipa da Psinove que me ajudou em muito mais do que na recolha de dados e à Cláudia que mobilizou muitos outros psicólogos.

A todos os pacientes que participaram nesta investigação, por a terem tornado possível.

Ao Bon de Sousa, por ter sido (mesmo sem saber) parte importante na construção deste trabalho só pela amizade e por acreditar nos meus projectos.

Aos amigos que a faculdade me deu. Em especial à Beatriz, Rafaela, Carolina, Andreia, Carina e Diogo que me acompanharam, nesta recta final, de forma mais próxima. Ao Tiago, por me ajudar sempre e por me desafiar a crescer como psicóloga. À Patrícia por ter sido a minha companheira (e a melhor que poderia ter) de todos os momentos, ao longo deste ano: alegrias, dúvidas, sonhos e escrita.

À Ana, Matilde, Joana e Inês, por ter a sorte de partilhar convosco todas as histórias, desde aprender a escrever o nome até à escrita de dissertações. À Cris pelo cuidado e pelas partilhas desde há muito tempo e, principalmente, durante este ano.

Aos meus pais pelo Amor, por terem proporcionado que chegasse até aqui e por serem o meu abrigo. Aos meus irmãos, que ocupam muito espaço no coração.

Ao Jacinto, por tudo o que as palavras são insuficientes para descrever; por um dia termos partilhado a mensagem de um pacote de açúcar.

Aos meus avós, a transbordar de saudades, por todo o Amor que me deram e que me ajudou a chegar até aqui.

Resumo

A conceptualização transteórica da aliança terapêutica (Bordin, 1979) e consequentes instrumentos de avaliação desenvolvidos, tendem a sobrevalorizar a dimensão de colaboração entre terapeuta e paciente e a não considerar a dimensão de negociação (Doran, Safran, & Muran, 2015). O grau em que terapeuta e paciente são capazes de negociar os desacordos sobre objectivos e tarefas é uma variável importante para o estabelecimento e manutenção da aliança.

O presente estudo foi delineado com o objectivo de adaptar, para a população portuguesa, a Escala de Negociação da Aliança Terapêutica (versão original: Doran, Safran, Waizmann, Bolger & Muran, 2012), que operacionaliza o constructo de negociação. Na primeira parte, apresenta-se a tradução e o estudo das propriedades psicométricas do instrumento e, na segunda parte, o estudo da variação do grau de negociação, tendo em consideração diferentes características do processo terapêutico.

Realizou-se a tradução cruzada do instrumento e, com a colaboração de terapeutas, distribuiu-se a uma amostra de 99 participantes, pacientes em processo terapêutico. O instrumento mostrou estrutura factorial semelhante às suas versões anteriores, confirmada através de análise factorial confirmatória, e níveis adequados de consistência interna ($\alpha = .87$). Surgiram relações significativas entre o grau de negociação e a estimativa de melhoria do paciente e a duração do processo terapêutico.

Estes resultados representam um avanço, para terapeutas e investigadores portugueses, na capacidade de avaliação do vínculo entre terapeuta e paciente. A necessidade de estudos futuros, para a aprofundar o estudo do instrumento, é discutida.

Palavras-chave: Negociação; Escala de Negociação da Aliança Terapêutica; Validação psicométrica

Abstract

The transtheoretical conceptualization of the working alliance (Bordin, 1979) and the ensuing evaluation tools tend to overestimate the collaboration between therapist and patient and to disregard the negotiation (Doran, Safran, & Muran, 2015). The degree to which therapists and patients are able to negotiate their disagreements between goals and tasks is an important variable for establishing and maintaining the alliance.

The purpose of this study was to adapt the Alliance Negotiation Scale (original version: Doran, Safran, Waizmann, Bolger & Muran, 2012) - which operationalizes the theoretical construct of negotiation - to the Portuguese population. In the first part, a translation and study of the psychometric traits of the scale is presented and in the second part, a study was made on the degree of negotiation, considering several elements of the therapeutic process.

After a backward-translation of the scale it was distributed, with the help of therapists, to a sample of 99 participants, all patients in therapeutic process. The scale showed a similar structure to its previous versions, confirmed by a confirmatory factor analysis, and adequate levels of internal consistency ($\alpha = .87$). Significant relationships between the degree of negotiation and the patient's estimation of improvement and the duration of the therapeutic process were found.

These results are a step forward for Portuguese therapists' and researchers' ability to evaluate the bond between patient and therapist. The need for future validation studies of this scale is being discussed.

Keywords: Negotiation; Alliance Negotiation Scale; Psychometric Validation

Índice

Introdução	1
Aliança Terapêutica: a evolução do conceito	1
Aliança Terapêutica: Colaboração e Negociação	2
Aliança Terapêutica: como avaliar	5
O presente estudo	6
Objectivos e Hipóteses	7
Método	8
Procedimento	8
Tradução	8
Recolha de dados	9
Participantes	9
Instrumentos	10
Questionário de dados demográficos	10
Escala de Negociação da Aliança Terapêutica	10
Inventário de Aliança Terapêutica-Versão Reduzida	11
Escala de Estimativa de Melhoria	11
Inventário de Sintomas Psicopatológicos	12
Resultados	13
Características psicométricas da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica	13
Análise de componentes principais	13
Consistência interna	16
Análise factorial confirmatória	16
Validade de constructo	17
Estudo da relação entre a negociação e características do processo terapêutico	18
Estimativa de melhoria	18

Sintomatologia.....	19
Duração do processo.....	19
Periodicidade das sessões.....	20
Variáveis demográficas do paciente.....	20
Discussão.....	21
Características Psicométricas da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica.....	21
Estudo da relação entre a negociação e características do processo terapêutico	25
Conclusão	27
Referências Bibliográficas	30
Anexos.....	34

Índice de Quadros

Quadro 1. <i>Análise factorial exploratória da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica</i>	15
Quadro 2. <i>Correlações entre sub-escalas do Inventário de Aliança Terapêutica e factores da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica</i>	18
Quadro 3. <i>Médias estimadas para a negociação por duração do processo</i>	19
Quadro 4. <i>Médias estimadas para a negociação por periodicidade das sessões</i>	20
Quadro 5. <i>Médias estimadas para a negociação por idades</i>	21

Índice de Figuras

<i>Figura 1. Análise Factorial Confirmatória da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica</i>	17
---	----

Anexos

Anexo A – Consentimento Informado

Anexo B – Escala de Negociação da Aliança Terapêutica

Anexo C – Caracterização sociodemográfica da amostra

“Todas as lagoas do mundo dependem de sermos ao menos dois. Para que um veja e o outro ouça. Sem um diálogo não há beleza e não há lagoa. A esperança na humanidade, talvez por ingénua convicção, está na crença de que o indivíduo a quem se pede que ouça o faça por confiança. É o que todos almejamos. Que acreditem em nós. Dizemos algo que se toma como verdadeiro porque o dizemos simplesmente.”

Valter Hugo Mãe, *A Desumanização*

Introdução

Aliança Terapêutica: a evolução do conceito

O conceito de aliança terapêutica tem sido definido de formas distintas, ao longo do tempo, desde as suas origens psicodinâmicas até às formulações transteóricas. Inicialmente, Freud (1913) conceptualizou a relação entre paciente e terapeuta como uma forma benéfica de transferência, que envolvia uma distorção da relação real e necessitava de ser interpretada pelo analista. Posteriormente, modificou a sua definição de forma a incluir a possibilidade de existir um vínculo benéfico, entre terapeuta e paciente, ancorado na realidade (Horvath & Luborsky, 1993). Zetzel (1956) introduziu, na corrente psicanalítica, o conceito de aliança terapêutica ao distinguir os aspectos transferenciais e a relação real, o vínculo real e benéfico entre paciente e terapeuta, da relação terapêutica entre paciente e terapeuta. Foi a primeira a defender, formalmente, que a aliança terapêutica é essencial para a eficácia de qualquer intervenção terapêutica (Safran & Muran, 2000).

Ao serem valorizados os aspectos reais e humanos da relação terapêutica, promoveu-se que a definição de aliança terapêutica se afastasse da perspectiva clássica de uma postura terapêutica de abstinência e neutralidade, tendo a perspectiva centrada no cliente enfatizado a experiência do paciente relativamente à empatia do terapeuta (Elvins & Green, 2008; Safran & Muran, 2000). Esta perspectiva considerou a qualidade da relação terapêutica tanto necessária como suficiente para a mudança, ao contrário da corrente psicodinâmica em que a aliança terapêutica era considerada como necessária mas não uma condição suficiente para a mudança (Safran, Muran, & Proskurov, 2009).

Actualmente, a conceptualização de aliança terapêutica mais utilizada em psicoterapia é baseada no trabalho desenvolvido por Bordin (1979) que a definiu como

uma instância colaborativa entre paciente e terapeuta, sendo constituída por três características: acordo nos objectivos terapêuticos a atingir, acordo nas tarefas a desenvolver e qualidade do laço relacional (qualidade afectiva da relação entre paciente e terapeuta). Esta definição pode ser ampliada através da inclusão de um quarto componente: acordo na representação do problema (Conceição & Vasco, 2004).

Ao mostrar-se uma definição transteórica, a conceptualização de Bordin (1979) permitiu que o conceito de aliança se difundisse além da corrente psicanalítica e que ganhasse um estatuto central na investigação em psicoterapia. A aliança terapêutica mostrou ser, de forma repetida e independentemente da orientação teórica do terapeuta, um bom preditor dos resultados terapêuticos. Ou seja, uma aliança terapêutica percebida como satisfatória no início da terapia prevê um progresso do processo terapêutico mais rápido e adequado (Safran & Muran, 2000; Zuroff & Blatt, 2006).

A definição transteórica de Bordin (1979) ofereceu uma alternativa à tradicional dicotomia factores técnicos-factores relacionais (objectivos e tarefas-laço) por enfatizar que estes dois pólos não são independentes, mas interdependentes (Safran et al., 2009). Ofereceu, também, aos terapeutas uma estrutura de intervenção flexível, que não deve ter por base critérios inflexíveis e idealizados, mas que se deve guiar pelo significado e impacto de uma tarefa, para determinado paciente, num momento particular (Safran & Muran, 2000).

Aliança Terapêutica: Colaboração e Negociação

Apesar da extensa investigação relativa à aliança terapêutica, a sua definição parece estar estagnada e limitada (Doran, Safran, & Muran, 2015). As críticas à definição do constructo prendem-se com a maior ênfase na dimensão de colaboração e acordo entre terapeuta e paciente, não sendo considerada a dimensão de negociação.

A dimensão de colaboração enfatiza o grau em que o paciente e o terapeuta concordam nos objectivos e tarefas da terapia e o grau em que o paciente confia no terapeuta e sente que é cuidado, num dado momento da terapia. Por sua vez, a dimensão de negociação enfatiza o grau em que o paciente experimenta a capacidade do terapeuta modificar ou ajustar acções em relação às suas necessidades, estando atento às tensões no laço entre eles (Doran, Safran, Waizmann, Bolger & Muran, 2012). Importa salientar que as dimensões de colaboração e de negociação não são mutuamente exclusivas e permitem observar a aliança terapêutica de formas complementares (Doran et al., 2015).

A negociação está presente em todos os momentos da terapia e desempenha a função importante de definir quem somos na relação com os outros, sendo uma oportunidade de negociar as necessidades do *self* e as necessidades do outro. É um processo de equilíbrio entre as características e necessidades do paciente e do terapeuta e em que são trabalhados os problemas na relação terapêutica (Safran & Muran, 2000). Não deve resultar de um acordo superficial, mas reflectir um confronto genuíno entre indivíduos com diferentes visões, necessidades e objectivos (Coutinho, Ribeiro, & Safran, 2009).

Ao longo do processo terapêutico, a negociação acontece tanto explícita como implicitamente, sendo que, quando existe uma ruptura na aliança terapêutica, que pode ocorrer em qualquer fase da terapia, o processo de negociação torna-se mais saliente. As rupturas na aliança terapêutica podem ser definidas como quebras na colaboração relativa aos objectivos e tarefas terapêuticas e/ou deterioração da relação entre terapeuta e paciente, que variam em intensidade, duração e frequência dependendo das características particulares da díade terapêutica (Safran & Muran, 2000). São momentos inevitáveis e importantes para, no contexto da relação, terapeuta e paciente trabalharem o desacordo e o desconforto.

As rupturas na aliança implicam que o terapeuta esteja preparado para compreender e lidar terapêuticamente com as mesmas e para modificar a sua abordagem no sentido de ser mais responsivo às necessidades do paciente (Safran & Muran, 2000; Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2002), uma vez que se as rupturas não forem trabalhadas podem conduzir ao insucesso do processo terapêutico. Por outro lado, a reparação da aliança é promotora da mudança terapêutica, sendo que através dela o terapeuta pode fornecer ao paciente uma experiência interpessoal construtiva e potenciar o desenvolvimento de um esquema interpessoal que represente o outro como potencialmente disponível e o *self* como capaz de negociar proximidade mesmo num contexto de ruptura (Safran, 1993). Um aspecto central no trabalho das rupturas na aliança envolve ajudar os pacientes a perceber que podem expressar as suas necessidades sem que a relação terapêutica seja destruída (Safran & Muran, 2000). Ou seja, ao mesmo tempo que as rupturas na aliança podem ser uma barreira para o desenvolvimento do processo terapêutico, permitem explorar e compreender padrões de relacionamento do paciente e os processos que mantêm as representações dos outros, que podem criar barreiras a relações autênticas no dia-a-dia do paciente (Safran, 1993; Safran & Muran, 2000).

Assim, parece ser útil a reconceptualização da aliança terapêutica como um processo contínuo de negociação das necessidades de dois sujeitos independentes envolvidos na relação, permitindo reflectir sobre em que medida o desacordo e a tensão são trabalhados através e na relação terapêutica (Safran & Muran, 2000; Safran *et. al*, 2009). Desta perspectiva, o processo de negociação tanto estabelece as condições necessárias para a mudança ocorrer como é ele próprio um componente central para o processo de mudança (Doran, 2014). Além disso, dada a relação entre o processo ruptura-reparação e o resultado terapêutico, torna-se importante compreender os

mecanismos que estão subjacentes e facilitam esse processo, sendo a negociação um desses mecanismos (Doran, Safran & Muran, 2016).

Aliança Terapêutica: como avaliar

Com base na definição transteórica de aliança terapêutica (Bordin, 1979), foram desenvolvidos instrumentos como a *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1989), Inventário da Aliança Terapêutica (Machado & Horvath, 1999) na sua versão portuguesa, que é um dos instrumentos mais utilizados em investigação psicoterapêutica. Este instrumento avalia a qualidade da aliança terapêutica tendo em consideração o acordo nos objectivos e nas tarefas terapêuticas e a qualidade do laço.

Instrumentos como o Inventário da Aliança Terapêutica, com foco na dimensão de colaboração, possuem itens que analisam a presença de discrepâncias entre o paciente e o terapeuta, mas não possuem itens directamente relacionados com o grau em que o paciente e terapeuta são capazes de negociar, construtivamente, esses desacordos ou decréscimos na qualidade do laço (Waizmann et al., 2015). Por esse motivo, não são suficientes para avaliar, de forma completa, a forma como os pacientes percebem a relação terapêutica.

Apesar da presença recorrente do conceito de negociação na literatura, há escassez de instrumentos validados para avaliar esta dimensão e, como tal, manteve-se a um nível teórico sem dados empíricos (Doran, 2014). A dimensão de negociação tem sido estudada através de estudos qualitativos e através de instrumentos capazes de identificar e examinar a existência de rupturas na aliança terapêutica. Contudo, tornou-se necessário o desenvolvimento de um instrumento capaz de avaliar directamente esta dimensão (Doran et al., 2012).

A *Alliance Negotiation Scale* (ANS; Doran et al., 2012), Escala de Negociação da

Aliança Terapêutica na sua versão portuguesa, permite avaliar o grau de negociação presente na relação terapêutica e perceber se os desacordos são expressados e trabalhados construtivamente, através da relação terapêutica. Este instrumento não foi construído para substituir medidas de avaliação existentes, relativos à aliança terapêutica, mas para aumentar a compreensão do constructo através da inclusão e da avaliação de uma dimensão que não é estudada habitualmente (Doran et al., 2015).

A Escala de Negociação da Aliança Terapêutica é constituída por 12 itens, a serem respondidos pelo paciente. As versões inglesa (população americana) e espanhola (população argentina) dividem-se em dois factores com 6 itens cada. O primeiro factor denomina-se “Conforto com o desacordo” e os itens correspondentes reflectem o conforto do paciente e do terapeuta com o paciente expressar desacordo ou desagrado relativamente ao terapeuta ou à terapia. Ou seja, resultados elevados obtidos neste factor mostram a capacidade de o paciente expressar ao terapeuta emoções disfóricas relativas à relação, capacidade para discordar do terapeuta e capacidade para perceber que o terapeuta está receptivo a críticas e que é capaz de admitir erros. O segundo factor denomina-se “Postura flexível e negociável” e os seus itens reflectem a percepção do paciente relativamente à falta de flexibilidade ou incapacidade do terapeuta para negociar objectivos e tarefas. Resultados elevados neste factor espelham a capacidade de o paciente perceber que o terapeuta é flexível e respeita a sua autonomia e de perceber que ele e o terapeuta trabalham de forma colaborativa.

O presente estudo

A existência de um instrumento, adaptado para a população portuguesa, capaz de estudar empiricamente o constructo de negociação e o seu grau de existência na relação terapêutica permite um aumento na compreensão do constructo de aliança terapêutica,

uma vez que avalia uma dimensão que não é analisada com os instrumentos anteriormente criados.

O presente estudo foi delineado com o objectivo de adaptar, para a população portuguesa, a Escala de Negociação da Aliança Terapêutica e em que se pretende relacionar os resultados obtidos no instrumento com variáveis do processo psicoterapêutico. Na primeira parte do estudo, procura-se estudar as propriedades psicométricas do instrumento Escala de Negociação da Aliança Terapêutica, assegurando a sua validade. Na segunda parte, pretende-se estudar a variação do grau de negociação tendo em consideração diferentes características do processo terapêutico.

Objectivos e Hipóteses

De acordo com o delineamento do presente estudo foram definidos três objectivos e respectivas hipóteses de investigação.

Objectivo 1: Traduzir e estudar as propriedades psicométricas de precisão e validade da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica (*Alliance Negotiation Scale*) em população clínica portuguesa (pacientes em acompanhamento psicológico ou psicoterapia).

Objectivo 2: Analisar a relação entre as duas dimensões da aliança terapêutica: colaboração e negociação.

Hipótese 2.1. Espera-se que os resultados do Inventário de Aliança Terapêutica (avaliação da colaboração) e da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica (avaliação da negociação) se correlacionem moderadamente

Objectivo 3: Analisar a relação entre a negociação e diferentes características do

processo terapêutico (e.g. duração, periodicidade, orientação teórica do terapeuta).

Hipótese 3.1: Espera-se um grau de negociação mais elevado em processos terapêuticos mais longos.

Hipótese 3.2: Espera-se um grau de negociação mais elevado em processos terapêuticos com maior periodicidade.

Hipótese 3.5: Espera-se que graus de negociação mais elevados se relacionem com níveis mais elevados de estimativas de melhoria.

Hipótese 3.4: Esperam-se graus de negociação mais baixos em pacientes com níveis de sintomatologia mais elevados.

Método

Procedimento

Tradução. A tradução dos itens de inglês para português foi feita por três tradutores com conhecimentos em ambas as línguas e no tema da aliança terapêutica (tema do instrumento a traduzir - *Alliance Negotiation Scale*). Uma vez que a heterogeneidade do grupo de tradução favorece que não seja enviesada, os tradutores foram dois psicoterapeutas, com diferentes anos de experiência, e um estudante finalista de Psicologia. Após tradução individual, os tradutores conciliaram as suas sugestões numa tradução final. Posteriormente, os itens em português foram novamente traduzidos para inglês por um tradutor bilingue. Os itens originais foram comparados com os novos itens ingleses, resultantes da tradução cruzada (*backward-translation*) (Hambleton, Merenda, & Spielberger, 2005), não tendo sido observadas diferenças substanciais em ambas as versões.

Antes da aplicação do instrumento, este foi respondido por um grupo de 10 pessoas, com e sem conhecimentos na área da Psicologia e não participantes do estudo,

de forma a testar a compreensão dos itens traduzidos e a realizar uma estimativa do tempo de preenchimento.

Recolha de dados. Os participantes foram recrutados pelos seus terapeutas, que os convidaram a participar no estudo. Aos pacientes que concordaram participar, foi entregue um envelope onde constava o conjunto de quatro instrumentos de avaliação e o consentimento informado, que explicava que o objectivo do estudo era estudar o que acontece no processo psicoterapêutico e a forma como os pacientes se sentem com os seus terapeutas. O momento de recolha de dados foi único e estima-se que o tempo de participação de cada participante tenha sido entre 15 a 20 minutos. Após o preenchimento, fora do contexto terapêutico (sessão), o paciente entregou o envelope fechado ao terapeuta, que posteriormente o devolveu ao investigador.

Os terapeutas foram intermediários entre o investigador e os participantes e auxiliaram o cumprimento dos critérios de inclusão deste estudo. Aos terapeutas foi pedido que reportassem a sua orientação teórica, no exterior do envelope, após a entrega, por parte do paciente, do envelope fechado.

Participantes

Participaram no estudo 101 pessoas, tendo sido excluídos dois participantes devido aos critérios de exclusão previamente estabelecidos. Para participar no estudo, os sujeitos precisavam de ser de nacionalidade portuguesa, adultos com pelo menos 18 anos e pacientes em processo psicoterapêutico com, pelo menos, cinco sessões. Como critérios de exclusão, além da transgressão dos critérios acima descritos, definiu-se a perturbação psicótica e um número de *missings* na resposta superior a 5%.

A amostra final é constituída por 99 participantes, sendo 78 do sexo feminino, 19

do sexo masculino e dois não reportaram. As suas idades estão compreendidas entre os 18 e os 72 anos ($M=33.55$; $DP=11.29$).

No momento da participação, a duração do acompanhamento actual dos participantes variava entre menos de seis meses (41.40%) e mais de cinco anos (4%) e a periodicidade variava entre uma vez por semana (56.60%) e uma vez mensalmente (6.10%). Simultaneamente ao acompanhamento psicológico, 30.30% dos participantes frequentavam acompanhamento psiquiátrico e 36.40% tomava medicação psiquiátrica.

Apresentam-se, de forma completa, no ANEXO C as características da amostra em estudo.

Instrumentos

Questionário de dados demográficos. Foi criado, para os objectivos desta investigação, um breve questionário para recolher os dados demográficos dos participantes. Os participantes reportaram sexo, idade, nacionalidade, nível de escolaridade, duração e periodicidade do acompanhamento psicológico/psicoterapia actual, principal queixa actual e se já tinham estado envolvidos, anteriormente, noutro processo terapêutico. Simultaneamente ao processo terapêutico actual, os participantes reportaram se tinham acompanhamento psiquiátrico e se tomavam medicação psiquiátrica. Em caso, afirmativo pediu-se que seleccionassem o tipo de medicação.

Escala de Negociação da Aliança Terapêutica. A Escala de Negociação da Aliança Terapêutica (Doran et al., 2012) tem como objectivo avaliar o grau de negociação na aliança terapêutica, através da perspectiva do paciente. É composta por 12 itens que, nas suas versões americana e argentina, se dividem em dois factores: Conforto com o desacordo e Postura flexível e negociável. Os itens são avaliados numa

escala de *Likert* de sete pontos, desde 1 (Nunca) a 7 (Sempre). Ao responder, é pedido ao paciente que escolha o valor mais apropriado relativamente à forma como se sente com o seu terapeuta. O resultado médio total reflecte a percepção do paciente do grau de negociação na aliança terapêutica, sendo que resultados elevados indicam maior nível de negociação. No presente estudo, a consistência interna do instrumento mostrou-se adequada tanto na escala completa ($\alpha = .82$) como em cada um dos seus factores (Factor 1 $\alpha = .78$; Factor 2 $\alpha = .77$).

Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Reduzida. O Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Reduzida (WAI-S; Versão Reduzida: Tracey & Kokotovic, 1989; Machado & Horvath, 1999) consiste numa versão curta (12 itens) da versão original do instrumento (36 itens), que ilustram a conceptualização de aliança terapêutica proposta por Bordin (1979) nos seus três componentes: objectivos, tarefas e laço. Cada dimensão é representada por quatro itens e a avaliação dos itens é feita através de uma escala de *Likert* de sete pontos, que varia entre 1 (Nunca) e 7 (Sempre). O resultado médio total reflecte a força da aliança terapêutica, da perspectiva do paciente, indicando os resultados mais elevados uma maior qualidade da aliança terapêutica. A consistência interna do instrumento, no presente estudo, revelou-se adequada tanto na escala completa ($\alpha = .91$) como para cada uma das sub-escalas (Tarefas e objectivos $\alpha = .89$, Vínculo $\alpha = .78$).

Escala de Estimativa de Melhoria. A Escala de Estimativa de Melhoria (EEM-CP; Hill & Kellems, 2002; Versão Portuguesa: Conceição, Vasco, Medina, Nave, & Moleiro, 2004) tem como objectivo avaliar a estimativa que os pacientes fazem das melhorias que se verificam na sua vida até ao momento do processo terapêutico em que

se encontram. Os cinco itens iniciais têm como objetivo capturar as estimativas de melhoria relativas a queixas e sintomas iniciais (item 1), relações pessoais (item 2), vida social (item 3), trabalho/estudo (item 4) e a forma como o paciente se sente consigo próprio (item 5). O último item (item 6) consiste numa estimativa de mudança global, ao longo da psicoterapia. A formulação dos itens (“... ao longo da psicoterapia”) procura captar a acumulação de melhorias durante o processo, tanto em contexto terapêutico como fora. A consistência interna do instrumento, no presente estudo, revelou-se adequada ($\alpha = .90$).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos. O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1993; Versão Portuguesa: Canavarro, 1995) é uma versão reduzida do instrumento *Symptom Checklist* (SCL-90) e é constituído por 53 itens. Este inventário avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranoide e Psicoticismo) e três Índices Globais, sendo, estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional. A resposta a cada item é expressa numa escala de *Likert* de cinco pontos, que varia entre 0 (Nunca) e 4 (Muitíssimas vezes). Ao responder, é pedido ao participante que assinala em que grau se sentiu perturbado pelos problemas apresentados, durante a última semana. A consistência interna do instrumento, no presente estudo, mostrou-se adequada ($\alpha = .97$).

Resultados

Os dados foram analisados com recurso ao programa estatístico SPSS - versão 23. Antes da realização de qualquer análise, foram excluídos os casos ($n = 2$) que preencheram os critérios de exclusão definidos previamente (perturbação psicótica e existência de *missings* na resposta superiores a 5%).

Características psicométricas da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica

Análise de componentes principais. Os resultados obtidos nos testes de Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra ($KMO = .79$) e de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 398.65$, $p < .001$), viabilizaram a realização da análise factorial exploratória. Foi realizada uma análise exploratória de componentes principais (PCA), aos dados fornecidos pelos pacientes na resposta à Escala de Negociação da Aliança Terapêutica, de forma a identificar os factores do instrumento. Este é um método adequado e amplamente utilizado para o estudo da estrutura factorial de instrumentos de avaliação psicológica (Kellow, 2006). A utilização do método de componentes principais, utilizado na construção da escala (população americana) e na adaptação para a população argentina, possibilitou a comparação dos resultados obtidos na população portuguesa com os estudos realizados anteriormente.

A solução final foi obtida através de uma análise de componentes principais forçada a dois factores e rotação varimax. Outros métodos de análise factorial foram também considerados, tal como a factoração pelo eixo principal (PAF), e verificou-se que não existiam diferenças significativas tanto na estrutura factorial como no peso factorial de cada item.

Sem forçar a quantidade de factores, surgiu uma solução inicial de três factores, que foi observada de forma a perceber se os itens se distribuíam de acordo com as

dimensões da definição de aliança terapêutica (Bordin, 1979): objectivos, tarefas, laço. Esta estrutura não se confirmou uma vez que o terceiro factor, apesar de contribuir para as propriedades da escala, surge apenas com dois itens e, de um ponto de vista teórico e interpretativo, a restrição a dois factores tornou-se mais útil. Testou-se, ainda, uma estrutura com apenas um factor devido à valência positiva e negativa pela qual os itens se dividem, levantando a hipótese de não serem factores conceptualmente distintos, mas um único factor com itens positivos e negativos. As propriedades psicométricas (comunalidades, variância explicada e peso factorial dos itens) mostraram-se mais robustas na solução de dois factores, que também permite uma interpretação com maior sentido teórico. A correlação entre os dois factores da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica ($r = .42$) e a variância partilhada entre os dois factores (17.39%), sugerem que os factores não são a réplica um do outro.

Na solução final, o Factor 1 é constituído por sete itens com pesos factoriais entre .42 e .79 e tem uma variância explicada de 35.70%. O primeiro factor denomina-se “Conforto com o desacordo” e os seus itens reflectem o conforto do paciente e do terapeuta com o paciente expressar desacordo ou desagrado relativamente ao terapeuta ou ao processo terapêutico. O Factor 2 é constituído por cinco itens com pesos factoriais entre .51 e .90 e tem uma variância explicada de 15.53%. O segundo factor denomina-se “Postura flexível e negociável” e os seus itens reflectem a percepção do paciente relativamente à falta de flexibilidade ou incapacidade do terapeuta para negociar objectivos e tarefas. Em conjunto, os dois factores explicam 51.23% da variância dos resultados. No Quadro 1, é possível verificar os pesos factoriais de cada item, sendo que todos apresentam pesos adequados, superiores a .40 (Maroco, 2007; Tabachnick & Fidel, 2001).

Quadro 1

Análise factorial exploratória da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica

	Peso factorial		h ²
	1	2	
Quando me sinto decepcionado(a) com o(a) meu(minha) terapeuta, sinto-me suficientemente confortável para o expressar. (Item 6)	.79	.06	.63
Sempre que me sinto frustrado(a) com a terapia, sinto-me confortável em expressar essa frustração ao(à) meu(minha) terapeuta. (Item 1)	.79	.05	.63
Sinto que posso discordar do(a) meu(minha) terapeuta sem que isso prejudique a nossa relação. (Item 2)	.75	.13	.58
O(A) meu(minha) terapeuta encoraja-me a expressar qualquer zanga que possa sentir relativamente a ele(a). (Item 7)	.66	.21	.47
O(A) meu(minha) terapeuta é capaz de admitir quando está errado(a) sobre algo em que discordamos. (Item 12)	.53	.15	.31
O(A) meu(minha) terapeuta encoraja-me a expressar quaisquer preocupações que possa ter relativamente ao progresso do processo terapêutico. (Item 3)	.49	.29	.32
Faço de conta que concordo com o(a) meu(minha) terapeuta, relativamente aos objectivos da terapia, para que a sessão decorra sem incidentes. (Item 10)	.42	.37	.31
Sinto que a minha opinião não é tida em conta para o que fazemos em terapia. (Item 8)	.03	.90	.81
O(A) meu(minha) terapeuta é inflexível e não toma em consideração aquilo que quero ou necessito. (Item 5)	.13	.86	.75
Sinto que o(a) meu(minha) terapeuta me diz o que fazer, sem tomar em consideração os meus desejos ou necessidades. (Item 9)	.34	.70	.61
Eu e o(a) meu(minha) terapeuta temos dificuldade em encontrar uma solução em caso de desacordo. (Item 4)	.15	.53	.43
O(A) meu(minha) terapeuta é rígido(a) nas suas ideias sobre aquilo que devemos fazer em terapia. (Item 11)	.19	.40	.30

Consistência interna. A consistência interna, expressa pelo coeficiente alfa de Cronbach, mostrou-se adequada tanto na escala completa ($\alpha = .82$) como em cada um dos seus factores (Factor 1 $\alpha = .78$; Factor 2 $\alpha = .77$).

Análise Factorial Confirmatória. Após a análise factorial exploratória da versão portuguesa da escala, procedeu-se à análise confirmatória do modelo de dois factores. Os dados foram obtidos através do método da máxima verosimilhança (*maximum likelihood*) e o ajuste do modelo foi analisado através dos valores do qui-quadrado estatístico, o índice de ajuste comparativo (CFI), raiz do erro quadrático médio de aproximação (RMSEA) e raiz quadrada residual estandardizada (SRMR). O qui-quadrado (χ^2) avalia quanto a estrutura de covariâncias do modelo é significativamente diferente dos dados da amostra, sendo que, para que haja um bom ajuste, a diferença entre as covariâncias do modelo proposto e do modelo observado não devem ser, significativamente, diferentes. Para mostrar qualidade estatística, o valor de CFI deve ser superior ou igual a .90 enquanto os valores de RMSEA e SRMR devem ser inferiores ou iguais a .08 (Brown, 2006). Para amostras inferiores a 500, podem considerar-se valores de RMSEA e SRMR inferiores ou iguais a .10 (Bentler, 1995; Browne & Cudek, 1993).

A análise factorial confirmatória mostrou que o modelo de dois factores proposto fornece um bom ajustamento para os dados, $\chi^2 = 86.78(53)$, $p < .001$, CFI=.90, RMSEA=.08, SRMR=.09. Na figura 1, pode observar-se o peso factorial de cada um dos itens nos seus factores. Os pesos factoriais no Factor 1 variaram entre .43 e .74 e no Factor 2 entre .45 e .87.

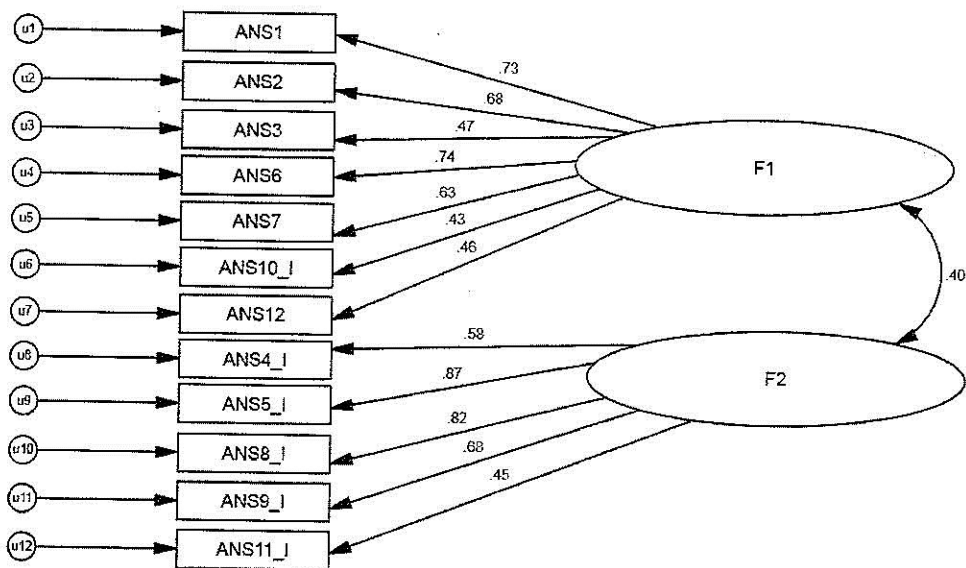


Figura 1. Análise Factorial Confirmatória da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica

Validade de constructo. De forma a estudar a validade de constructo da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica, ambos os factores e a escala completa foram correlacionados com a pontuação total do Inventário de Aliança Terapêutica. Posteriormente, realizaram-se correlações entre os factores da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica e as sub-escalas do Inventário de Aliança Terapêutica.

Antes da realização de análises, a distribuição das respostas foi analisada e foi possível observar que os pressupostos necessários para realizar testes paramétricos eram respeitados.

As correlações bivariadas de Pearson revelaram as relações esperadas. A correlação entre a média da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica e a média do Inventário da Aliança Terapêutica foi moderada ($r = .69, p < .01$), com os resultados do Inventário de Aliança Terapêutica a explicar 48.16% da variância da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica ($R^2 = .48$). As correlações entre os factores 1 e 2 da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica e o resultado total do Inventário de

Aliança Terapêutica foram $r = .62$ ($p < .01$) e $r = .56$ ($p < .01$), respectivamente.

Quadro 2

Correlações entre sub-escalas do Inventário de Aliança Terapêutica e factores da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica

Inventário de Aliança Terapêutica	Escala de Negociação da Aliança Terapêutica	
	1	2
Objectivos e Tarefas	.61	.59
Vínculo	.49	.41

Nota. Todas as correlações são significativas a .01

No Quadro 2, podem observar-se as correlações, fracas a moderadas, significativas na sua totalidade, entre as sub-escalas do Inventário de Aliança Terapêutica e os factores da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica. Estas correlações evidenciam, de forma preliminar, a validade convergente e discriminante da escala mostrando que há elementos relativos a objectivos, tarefas e vínculo em ambos os factores. Ainda, evidenciam uma sobreposição entre as dimensões de colaboração e negociação, contudo, o seu grau assegura a diferenciação de ambos os constructos.

Uma análise de regressão linear mostrou que os resultados obtidos no Inventário de Aliança Terapêutica predizem significativamente o Factor 1 ($\beta = .61$, $p < .001$) e o Factor 2 ($\beta = .53$, $p < .001$) da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica.

Estudo da relação entre a negociação e características do processo terapêutico

Estimativa de melhoria. A relação entre o grau de negociação e a estimativa de melhoria, verificada pelo paciente, foi obtida através da análise da correlação bivariada de Pearson. A relação, estatisticamente significativa, mostrou-se fraca e directa ($r = .39$,

$p < .01$), sendo o valor da variância explicada de 15.13%.

Sintomatologia do paciente. A análise da variação do grau de negociação, tendo em consideração os níveis de sintomatologia do paciente, foi obtida através da análise correlação bivariada de Pearson. A relação não se mostrou estatisticamente significativa ($r = -.09$, $p = .37$), apesar de apresentar sentido negativo, como esperado. Realizou-se, também, a análise *Independent t-test* de forma a comparar as médias do grupo com e sem sintomatologia. Para distinção dos grupos, considerou-se o ponto de corte de 1.7 do Índice de Sintomas Positivos, no Inventário de Sintomas Psicopatológicos, que distingue a população geral da população com perturbação emocional (Canavarro, 2007). Não se observam diferenças estatisticamente significativas entre o grau de negociação de participantes com e sem sintomatologia $t(92) = .464$, $p > .05$.

Duração do processo. A análise ANOVA mostrou que existem diferenças estatisticamente significativas, nos níveis de negociação, entre participantes com uma duração de processo entre 18 meses a dois anos e participantes com processos de duração de dois a cinco anos ($M_{dif} = -1.00$; $F(5,90) = 2.26$, $p = .06$, $\eta^2 = .33$, *Post Hoc Gabriel* $p < 0.05$). Através dos resultados obtidos nas médias (Quadro 3), observa-se uma oscilação dos níveis de negociação ao longo do tempo de processo, com níveis mais elevados nos processos com duração até seis meses e com mais de dois anos.

Quadro 3

Médias estimadas para a negociação por duração do processo

Duração do processo	<i>M</i>	<i>EP</i>
Menos de 6 meses	6.22	.11
Entre 6 a 12 meses	6.20	.18

Entre 12 a 18 meses	5.88	.20
Entre 18 meses a 2 anos	5.51	.33
Entre 2 a 5 anos	6.51	.16
Mais de 5 anos	6.04	.26

Nota. M - Média; EP - Erro padrão

Periodicidade das sessões. A análise ANOVA não mostrou efeito estatisticamente significativo da periodicidade das sessões no grau de negociação da aliança terapêutica ($F(4,92) = 1.51, p = .21, \eta^2 = .25$), indicando equivalência no grau de negociação em processos terapêuticos com diferentes periodicidades. O Quadro 4 apresenta os valores das médias estimadas, nesta análise.

Quadro 4

Médias estimadas para a negociação por periodicidade das sessões

Periodicidade das sessões	M	EP
1 vez por semana	6.16	.09
2 vezes por semana	6.61	.27
1 vez quinzenalmente	6.04	.16
1 vez mensalmente	6.63	.19
Outro	5.67	.49

Nota. M - Média; EP - Erro padrão

Variáveis demográficas do paciente. A relação do grau de negociação com o sexo e a idade dos pacientes foi analisada sem hipóteses prévias. Foi realizada uma análise *Independent t-test* para estudar as diferenças no grau de negociação entre homens e mulheres, não tendo sido observada uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos, $t(93) = -1.41, p > .05$. A análise ANOVA não mostrou efeito estatisticamente significativo da idade dos participantes, analisada por grupos

etários, no grau de negociação ($F(5,90) = .67, p = .65, \eta^2 = .19$). O Quadro 5 apresenta os valores das médias estimadas, nesta análise.

Quadro 5

Médias estimadas para a negociação por idades

Idade do paciente	<i>M</i>	<i>EP</i>
≤19	6.30	.26
20-29	6.02	.14
30-39	6.18	.13
40-49	6.03	.17
50-59	6.56	.20
>60	6.17	.64

Nota. M - Média; EP - Erro padrão

Discussão

Características Psicométricas da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica

A presente escala avalia a percepção do paciente relativamente ao grau em que o terapeuta está confortável com o paciente expressar desagrado ou desacordo sobre o processo ou sobre relação terapêutica (factor 1) e a percepção do paciente, relativamente à capacidade de o terapeuta negociar tarefas e objectivos da terapia de forma flexível (factor 2). Os itens reflectem a teoria subjacente à construção da escala e representam componentes implícitos (desconforto com tensão relacional) e explícitos (trabalhar em conjunto para mudar uma tarefa da terapia) da negociação na aliança terapêutica.

Os resultados obtidos fornecem apoio a uma estrutura factorial de dois factores, semelhante à obtida na versão original do instrumento (Doran et al., 2012) e na adaptação argentina (Waizmann et al., 2015). Os factores denominam-se “Conforto com o desacordo” (factor 1) e “Postura flexível e negociável” (factor 2) e explicam 51.23% da variância dos resultados (Factor 1=35.70%, Factor 2=15.53%). Estes resultados

foram semelhantes aos obtidos nos estudos anteriores, sendo a variância explicada na versão original de 57% (Factor 1= 38%, Factor 2= 19%) e na versão argentina de 46% (Factor 1= 30%, Factor 2= 16%). A análise factorial confirmatória fornece, também, apoio a esta estrutura, com os valores de ajuste de modelo a revelarem-se adequados.

Apesar da manutenção do número de factores, a estrutura dos mesmos mostrou-se diferente na população portuguesa. Na versão original da escala, o item 10 (“Faço de conta que concordo com o(a) meu(minha) terapeuta, relativamente a objectivos da terapia, para que a sessão decorra sem incidentes”) mostrou um peso factorial superior no factor 2 (.60). Na versão portuguesa, obteve, tal como na versão argentina, maior peso factorial no factor 1 (.42, no presente estudo). Apesar de um peso factorial superior a .40, mínimo recomendado para interpretação (Maroco, 2007; Tabachnick & Fidel, 2001), não existe suficiente distinção do factor 2, uma vez que o peso factorial obtido foi de .37. É necessário, em estudos futuros, voltar a testar o contributo do item uma vez que parece contribuir para as qualidades psicométricas da escala e para o seu resultado total, apesar da baixa discriminação entre factores. As diferenças na distribuição dos itens, podem relacionar-se com diferenças culturais ou com a própria tradução do item, tornando necessário verificar e reajustar o seu conteúdo, em estudos posteriores. Contudo, de um ponto de vista teórico, é possível compreender a relação entre o item e o factor “Conforto com o desacordo” (factor 1) uma vez que este factor diz respeito à percepção do paciente, relativamente à capacidade de o terapeuta estar confortável perante uma manifestação de desacordo ou desagrado. O paciente fingir que concorda com os objectivos propostos pelo terapeuta pode não só estar relacionado com uma postura inflexível (factor 2) mas, também, com uma incapacidade do terapeuta, percebida pelo paciente, em lidar com o desacordo entre eles.

Durante a realização da análise factorial confirmatória, analisou-se o ajuste do

modelo forçando o item 10 a contribuir para o Factor 2. Verificou-se um decréscimo na qualidade do ajuste, validando, assim, a escolha anterior de considerar este item como pertencente ao primeiro factor.

Relativamente à análise factorial confirmatória, importa considerar que o método utilizado para calcular os resultados (máxima verossimilhança) é preferencialmente utilizado com amostras entre 200 e 500 participantes, assim como o indicador qui-quadrado é mais preciso em amostras entre 100 e 200 participantes (Pilati & Laros, 2007). Assim, apesar de os resultados, com uma amostra mais reduzida, já se terem mostrado adequados no modelo proposto, a análise deve ser repetida, numa amostra maior, de forma a confirmar os resultados obtidos, esperando-se resultados de ainda maior qualidade.

Cada um dos factores da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica e a escala completa mostraram evidências de consistência interna. Os resultados obtidos foram adequados (Escala completa $\alpha=.82$, Factor 1 $\alpha=.78$; Factor 2 $\alpha=.77$) e não diferiram substancialmente dos resultados obtidos anteriormente (Escala total (versão americana) $\alpha=.86$, Escala total (versão argentina) $\alpha=.78$; Factor 1 (versão americana) $\alpha=.85$, Factor 1 (versão argentina) $\alpha=.92$; Factor 2 (versão americana) $\alpha=.81$, Factor 2 (versão argentina) $\alpha=.86$) (Doran et al., 2012; Waizmann, et al., 2015).

Obtiveram-se resultados preliminares de validade convergente e discriminante, tal como nos estudos anteriores da escala, nas suas versões inglesa e argentina. Estes resultados surgem através da análise da relação entre os resultados obtidos na Escala de Negociação da Aliança Terapêutica e no Inventário de Aliança Terapêutica. Estes instrumentos operacionalizam constructos, negociação e colaboração, respectivamente, que se sobrepõem por serem ambos dimensões constituintes da aliança terapêutica. Apesar de serem parte do mesmo constructo, são distintos e a sua distinção ficou

presente nos resultados obtidos. A correlação entre a média da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica e a média do Inventário da Aliança Terapêutica foi moderada ($r=.69$, $p<.01$; $R^2=.48$), tal como na versão argentina, enquanto na escala original a correlação mostrou-se mais forte ($r=.754$, $p<.001$; $R^2=.568$).

No que diz respeito às correlações entre os factores da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica e as sub-escalas do Inventário de Aliança Terapêutica, também se observaram algumas diferenças na população portuguesa. Estas diferenças devem-se à estrutura factorial da versão portuguesa do Inventário de Aliança Terapêutica, que não se estrutura em três, mas em duas sub-escalas (“Objectivos e Tarefas” e “Vínculo”) (Ramos, 2008). Esta estrutura tinha já sido mencionada nos estudos de desenvolvimento do instrumento, na sua versão original (Horvath & Greenberg, 1989), devido à elevada covariância encontrada entre as sub-escalas “Objectivos” e “Tarefas” e da relação teórica entre objectivos e tarefas da psicoterapia. Apesar da diferença na estrutura, observaram-se correlações significativas entre os factores e as sub-escalas com valores compreendidos entre $r=.41$ e $r=.61$.

Aproximando-se dos resultados obtidos na população argentina, mantém-se a associação entre as pontuações das escalas, mas com uma maior discriminação entre os instrumentos, do que na versão original. Existe uma correlação linear directa entre a qualidade da negociação, através dos factores da escala, e as sub-escalas do Inventário de Aliança Terapêutica. Esta correlação pode ser interpretada tendo em consideração a relação teórica entre os constructos de negociação e colaboração. Ao considerar a negociação e a colaboração como co-existentes no processo de estabelecimento da aliança terapêutica, uma melhor negociação potencia o acordo e colaboração assim como o trabalho colaborativo permite uma contínua negociação (Waizmann, et al., 2015).

Estudo da relação entre a negociação e características do processo terapêutico

Tal como esperado, encontrou-se uma relação positiva entre a estimativa de melhoria do paciente, ao longo do processo terapêutico, e o grau de negociação por ele percebido. Estes resultados indicam que maiores níveis de negociação se relacionam com estimativas de melhoria mais elevadas. A um nível teórico, esta relação pode ser compreendida, uma vez que a qualidade da aliança terapêutica é base e potencia a qualidade do desenvolvimento de trabalho terapêutico (Safran & Muran, 2000). Sendo a negociação uma dimensão da aliança terapêutica, a sua existência e percepção relacionam-se com as melhorias sentidas pelo paciente.

Ao nível da sintomatologia, tendo por base estudos anteriores relativos ao instrumento Escala de Negociação da Aliança Terapêutica (Doran, et al., 2015), esperava-se encontrar uma relação negativa entre grau de negociação e a sintomatologia do paciente, com níveis mais baixos de negociação em pacientes com maior sintomatologia. A um nível teórico, pode compreender-se a igualdade nos níveis de negociação no presente estudo, uma vez que a sintomatologia ao não ser uma característica estrutural do paciente, mas um estado, parece não influenciar de forma significativa a forma como a negociação acontece.

Relativamente à duração do processo terapêutico, é possível observar uma diferença estatisticamente significativa entre os períodos “18 meses a dois anos” e “dois a cinco anos” e, através da análise das médias de cada período, é possível observar uma oscilação nos níveis de negociação. Observa-se que os níveis de negociação mais elevados se encontram em processos terapêuticos com duração de “menos de seis meses” e “dois a cinco anos”, havendo, entre eles, um decréscimo com pico mais baixo correspondente à duração “18 meses a dois anos”. Contudo, importa referir que todas as médias correspondem a níveis elevados de negociação. A elevação do grau de

negociação em processos com duração mais curta pode dever-se a um foco mais explícito na estruturação e trabalho da relação terapêutica, onde se inclui a negociação.

Não se verificaram relações estatisticamente significativas entre o grau de negociação e a periodicidade das sessões. Contudo, foi possível observar, através das médias dos grupos, que processos mais regulares (duas vezes por semana) correspondem a níveis de negociação mais elevados. Ainda, processos com uma periodicidade mais irregular, como uma vez por mês ou três vezes por mês, correspondem a níveis de negociação mais baixos. Estes resultados parecem ir ao encontro estudos anteriores relativos à Escala de Negociação da Aliança Terapêutica (Doran, et al., 2015) e ao encontro da literatura que mostra que os processos relacionais tendem a melhorar ao longo do tempo (Stiles & Goldsmith, 2010), tornando-se lógico que díades que interagem mais regularmente, se sintam mais capazes de negociar construtivamente.

A relação entre o sexo e a idade dos participantes foi estudada sem hipóteses prévias. Não se encontraram relações entre qualquer uma das variáveis e o grau de negociação. Relativamente ao sexo, em primeiro lugar, a diferença entre o número de homens (19) e mulheres (78) pode ter influenciado os resultados obtidos. Ao mesmo tempo, estes resultados são suportados pela literatura que mostrou a inexistência de relações significativas entre o sexo e os níveis de aliança terapêutica (Misdrahi, Petit, Blanc, Bayle, & Llorca, 2012; Rosti-Otajärvi, Mäntynen, Koivisto, Huhtala & Hämäläinen, 2014). Ainda, por esse motivo, o sexo dos participantes não foi considerado em estudos anteriores relativos à Escala de Negociação da Aliança Terapêutica.

Importa, ainda, considerar que não foi analisada a relação entre o grau de negociação e a orientação teórica do terapeuta uma vez que a recolha da amostra foi

realizada em contextos que enviesaram o contacto com diferentes orientações teóricas, havendo uma maioria de terapeutas que se consideravam Integrativos. Estes dados, apesar de influenciados pelos locais de recolha, vão ao encontro do aumento de interesse e aceitação da vertente Integrativa em Portugal (Vasco, 2008).

Conclusão

O presente estudo permitiu obter resultados para uma validação inicial da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica, na sua versão portuguesa. Assim, surge, em Portugal, um instrumento que operacionaliza o constructo de negociação, tendo um foco na negociação das tensões entre terapeuta e paciente e na resolução de rupturas da aliança terapêutica. Apesar das diferenças encontradas na estrutura factorial, como o item 10 com um peso factorial superior no factor 1, é possível verificar uma validade transcultural tendo em consideração a semelhança das propriedades psicométricas das três versões da escala.

Consideradas as suas propriedades e ajuste do modelo, importa reflectir sobre limitações e implicações clínicas deste estudo, assim como sobre as futuras investigações e necessidades que dele emergem.

Em primeiro lugar, é importante voltar a analisar a estabilidade da estrutura factorial do instrumento, através de análises confirmatórias, com amostras novas e alargadas, assim como aprofundar a validade de constructo através da relação com outros constructos teóricos. Além de aumentar o número de participantes, é necessário aumentar a diversidade das suas características como, por exemplo, a sua distribuição geográfica pelo país para permitir uma melhor generalização dos dados. Como referido na discussão, a necessidade de contacto com os terapeutas para a recolha de dados, não permitiu que se analisasse a variação no grau de negociação em diferentes orientações

teóricas e conduziu a uma diminuição na variabilidade da amostra. Ao mesmo tempo, os terapeutas, ao serem mediadores e controlo do cumprimento dos critérios de inclusão dos participantes, permitiram controlar a adequação do participante ao estudo, que não é possível de controlar em recolhas em formato *online*.

Ainda relacionado com a pouca variabilidade das características da amostra, observou-se que os participantes responderam, de uma forma muito extremada à Escala de Negociação da Aliança Terapêutica. Apesar de esse tipo de resposta não ter influenciado as características psicométricas da escala, comparativamente às características das suas outras versões, pode ter influenciado o estudo da relação da negociação com características do processo terapêutico.

Neste estudo não foi possível controlar as características e perturbações de personalidade. Apesar de se saber que as dificuldades interpessoais experienciadas por pacientes com perturbações de personalidade tendem a inibir a negociação da aliança terapêutica (Doran, et al., 2016; Lipner, et al, 2016), não foi possível controlar devido aos instrumentos existentes, adaptados para a população portuguesa, serem muito extensos. Em estudos futuros, é importante considerar a avaliação de perturbações de personalidade, que influenciam a resistência à terapia, a qualidade da aliança e os *dropouts* prematuros (Lipner, et al., 2016). Além das perturbações de personalidade, pode ser útil incluir-se o estudo de outros indicadores do funcionamento humano como as necessidades psicológicas.

Importa considerar que a avaliação da negociação foi realizada num único momento (recolha transversal), que pode não traduzir o grau de negociação da díade da forma mais fidedigna. Para uma avaliação mais completa, parece importante a realização de estudos longitudinais, que permitam observar a variação da qualidade de negociação, ao longo do processo terapêutico. Aliada à sugestão de estudos

longitudinais, surge a importância de existir uma medida de negociação para o terapeuta, uma vez que também ele é parte da díade. Contudo, sabe-se que a perspectiva do paciente, relativamente à relação terapêutica, é um dos melhores preditores do resultado terapêutico (Norcross & Wampold, 2011). Assim, mesmo não existindo uma versão para o terapeuta, a informação recolhida na resposta do paciente pode ser uma mais-valia para o processo terapêutico.

Ao longo deste estudo, foi possível perceber que a resposta ao instrumento poderia ser útil como ferramenta de ampliação de consciência do paciente e do terapeuta relativamente à aliança. É importante perceber que este instrumento pode ser utilizado no contexto terapêutico, como base de partilha e trabalho em sessão, e não só no contexto de investigação. De forma a aprofundar a sua utilidade em contexto terapêutico, estudos qualitativos podem permitir a compreensão do significado dos resultados quantitativos obtidos.

Por fim, em estudos futuros, parece ser relevante estudar a relação entre os resultados da Escala de Negociação da Aliança Terapêutica e os resultados terapêuticos, uma vez que a negociação parece melhorar a qualidade da aliança terapêutica e níveis mais elevados de negociação parecem estar associados a um maior impacto da sessão, percebido pelo paciente (Doran, et al., 2016).

Referências Bibliográficas

- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, (3), 252-260.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: The Guildford Press.
- Browne, M. W., Cudek, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. In K. A. Bollen & J. S. Long (Eds.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newbury Park, CA: Sage.
- Canvarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos Validados para a População Portuguesa* (vol III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto Editora.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., & Safran, J. (2009). Resolution of Ruptures in Therapeutic Alliance: Its Role on Change Processes According to a Relational Approach. *Análise Psicológica*, 4, 479-491.
- Conceição, N., & Vasco, A.B. (Junho, 2004). *Is it time for another time? Alliance Development according to sequence of strategic objectives*. Comunicação apresentada no 35.º Annual Meeting da Society for Psychotherapy Research, Roma, Itália.
- Doran, J. M. (2014). The working alliance: Where have we been, where are we going?. *Psychotherapy Research*, 26, (2), 1-18.
- Doran, J., Safran, J., Waizmann, V., Bolger, K., & Muran, J. C. (2012). The Alliance Negotiation Scale: Psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research*, 22, 710-719.

- Doran, J. M., Safran, J., & Muran, J. C. (2015). The Alliance Negotiation Scale: A Psychometric Investigation. *Psychological Assessment*. Advance online publication.
- Doran, J. M., Safran, J., & Muran, J. C. (2016). An Investigation of the Relationship Between the Alliance Negotiation Scale and Psychotherapy Process and Outcome. *Journal of Clinical Psychology, 00*, (0), 1-17.
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review, 28*, 1167-1187.
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (pp. 122-144). London: Hogarth Press.
- Hambleton, R. K., Merenda, P. F., & Spielberger, C.D. (Eds.) (2005). *Adapting Educational and Psychological Tests for Cross-Cultural Assessment*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, (2), 223-233.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 561-573.
- Kellow, J.T. (2006). Using Principal Components Analysis in Program Evaluation: Some Practical Considerations. *Journal of MultiDisciplinary Evaluation, 5*, 89–107.
- Machado, P. P. & Horvath, A. O. (1999). Inventário da Aliança Terapêutica – W.A.I. In. M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas*

Psicológicas em Portugal (Vol. II, pp. 87-94). Braga: S.H.O. – Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships:

Research Conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48, (1), 98-102.

Pilati, R., & Laros, J. A. (2007). Modelos de equações estruturais em psicologia: conceitos e aplicações. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 23, (2), 205-216.

Ramos, M. A. F. (2008). *Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa da Working Alliance Inventory*. (Dissertação de Mestrado). Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

Safran, J. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30, 11-24.

Safran, J., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance – A Relational Treatment Guide*. New York: The Guilford Press.

Safran, J., Muran, J.C., Samstag, L.W., & Stevens, C. (2002). Repairing Alliance Ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (pp. 235-254). New York: Oxford University Press.

Safran, J., Muran, J. C., & Proskurov, B. (2009). Alliance, Negotiation, and Rupture Resolution. In R. A. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of Evidence-Based Psychodynamic Psychotherapy*. New York: Humana Press.

Stiles, W. B., & Goldsmith, J. Z. (2010). The alliance over time. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 44-62). New York: Guildford Press.

- Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston, Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Vasco, A. B. (2008). Psychotherapy Integration in Portugal. *Journal of Psychotherapy Integration, 18*, (1), 1-4.
- Waizmann, V., Doran, J., Bolger, K., Penedo, J. M. G., Safran, J., & Roussos, A. J. (2015). Escala de negociación de alianza terapéutica (ANS-A): evidencias de su validez y confiabilidad. *Revista Argentina de Clinica Psicología, 24*, (3), 243-254.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psycho-Analysis, 37*, 369-375.
- Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: Contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 130-140.

Anexos

Anexo A - Consentimento Informado

O meu nome é Maria Inês Galvão e o presente estudo insere-se na dissertação de mestrado que me encontro a realizar na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, sob a orientação da Professora Doutora Ana Nunes da Silva. Este projecto de investigação tem como principal objectivo estudar o que acontece no processo terapêutico e a forma como os pacientes se sentem com os seus terapeutas.

Como terá sido informado pelo/a seu/sua terapeuta, a sua participação consiste no preenchimento do conjunto de questionários que se seguem, uma única vez, com uma duração aproximada de 20-30 minutos.

Tenha, por favor, atenção ao facto de que cada questionário se inicia por instruções específicas e possui diferentes escalas entre si. **É muito importante que não deixe nenhuma pergunta por responder.**

Uma vez preenchido o material, coloque-o novamente dentro do envelope e entregue-o **fechado** ao/à seu/sua terapeuta. **O/A seu/sua terapeuta não terá acesso às suas respostas.** Todos os dados recolhidos são confidenciais, destinando-se apenas a serem tratados no âmbito da investigação. Somente os investigadores terão acesso aos seus questionários.

A sua colaboração é voluntária, o que significa que poderá desistir da sua participação a qualquer momento.

Caso pretenda tomar conhecimento dos resultados desta investigação ou necessite de algum esclarecimento adicional relativamente ao estudo, poderá contactar-me para o endereço electrónico: maria.galvao@campus.ul.pt

Obrigada pela sua colaboração,

Maria Inês Galvão

Ana Nunes da Silva

Anexo B – Escala de Negociação da Aliança Terapêutica

(J. M. Doran, J. D. Safran, V. Waizmann, K. Bolger, & J. C. Muran, 2012; Versão

Portuguesa: M. I. Galvão, A. N. Silva, & A. B. Vasco, 2016)

Instruções

Por favor, avalie cada item, numa escala de 1 (Nunca) a 7 (Sempre), assinalando o número apropriado relativamente à forma como se sente com o seu/sua terapeuta.

	Nunca			Por vezes			Sempre
1. Sempre que me sinto frustrado(a) com a terapia, sinto-me confortável em expressar essa frustração ao(à) meu(minha) terapeuta.	1	2	3	4	5	6	7
2. Sinto que posso discordar do(a) meu(minha) terapeuta sem que isso prejudique a nossa relação.	1	2	3	4	5	6	7
3. O(A) meu(minha) terapeuta encoraja-me a expressar quaisquer preocupações que possa ter relativamente ao progresso do processo terapêutico.	1	2	3	4	5	6	7
4. Eu e o(a) meu(minha) terapeuta temos dificuldade em encontrar uma solução em caso de desacordo.	1	2	3	4	5	6	7
5. O(A) meu(minha) terapeuta é inflexível e não toma em consideração aquilo que quero ou necessito.	1	2	3	4	5	6	7
6. Quando me sinto decepcionado(a) com o(a) meu(minha) terapeuta, sinto-me suficientemente confortável para o expressar.	1	2	3	4	5	6	7
7. O(A) meu(minha) terapeuta encoraja-me a expressar qualquer zanga que possa sentir relativamente a ele(a).	1	2	3	4	5	6	7
8. Sinto que a minha opinião não é tida em conta para o que fazemos em terapia.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sinto que o(a) meu(minha) terapeuta me diz o que fazer, sem tomar em consideração os meus desejos ou necessidades.	1	2	3	4	5	6	7
10. Faço de conta que concordo com o(a) meu(minha) terapeuta, relativamente aos objectivos da terapia, para que a sessão decorra sem incidentes.	1	2	3	4	5	6	7
11. O(A) meu(minha) terapeuta é rígido(a) nas suas ideias sobre aquilo que devemos fazer em terapia.	1	2	3	4	5	6	7
12. O(A) meu(minha) terapeuta é capaz de admitir quando está errado(a) sobre algo em que discordamos.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo C – Caracterização sociodemográfica da amostra (n = 99)

	Frequência	Porcentagem
Sexo		
Masculino	19	19.20%
Feminino	78	78.80%
Idade		
< 20	7	7.10%
20-29	26	26.30%
30-39	33	33.30%
40-49	22	22.20%
≥ 50	10	10.10%
Escolaridade		
1.º ciclo	2	2.00%
2.º ciclo	2	2.00%
3.º ciclo	7	7.10%
12.º ano	20	20.20%
Licenciatura	42	42.40%
Mestrado	19	19.20%
Doutoramento	1	1.00%
Outro	6	6.10%
Duração do acompanhamento psicológico/psicoterapia actual		
Menos de 6 meses	41	41.40%
Entre 6 a 12 meses	21	21.20%
Entre 12 a 18 meses	12	12.10%
Entre 18 meses e 2 anos	8	8.10%
Entre 2 e 5 anos	12	12.10%
Mais de 5 anos	4	4.00%

Periodicidade do acompanhamento psicológico/psicoterapia actual

1 vez por semana	56	56.60%
2 vezes por semana	3	3.00%
1 vez quinzenalmente	30	30.30%
1 vez mensalmente	6	6.10%
Outro	4	4.00%

Frequência de um processo terapêutico anterior

Sim	34	34.30%
Não	64	64.60%

Acompanhamento psiquiátrico actual

Sim	30	30.30%
Não	69	69.70%

Medicação psiquiátrica

Sim	36	36.40%
Não	63	63.60%
