

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

O IMPACTO DA ANSIEDADE DO TERAPEUTA NO
DESENVOLVIMENTO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA
DURANTE TRATAMENTO DA DÉPRESSÃO PÓS-
PARTO.

AUGUSTO DUARTE FARIA

Pelotas
2006

AGRADECIMENTOS

Gostaria aqui de agradecer todas as contribuições que tornaram possível a realização desse trabalho.

Ao Dr. Ricardo Pinheiro, pela orientação profissional e pessoal que influenciou decisivamente na minha formação.

Ao Dr. Ricardo Silva, pela amizade e incentivo durante todos os momentos.

À Camila Osório e Pedro Magalhães, meus colegas de Mestrado, pela participação constante durante todas as fases do trabalho.

Aos Drs. Elaine Tomasi, Rosângela Lima e Bernardo Horta pelas sugestões e auxílio durante a análise estatística.

À Flávia Jonas, pela presteza constante e ajuda na resolução dos mais diversos problemas que surgiram durante todo o estudo.

À Luciana Moreira de Ávila, pela experiência e ajuda sem a qual grande parte da confecção do trabalho final não teria acontecido.

A minha equipe de pesquisa, bolsistas Caroline Reinhardt, Luciana Quevedo, Danielle Tavares, Russélia Godoy, Isane Cardoso, Daniele Mesquita e Karen Jansen, pela responsabilidade como terapeutas e avaliadoras e pela primeira oportunidade de trabalho em equipe.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.02
PROJETO DE PESQUISA.04
Introdução.	05
Justificativa.	08
Fundamentação teórica.	09
Objetivos.	09.
Hipóteses.10
Métodos.10.
Cronograma.15
Referências bibliográficas.	15
ARTIGO CIENTÍFICO.	18
Resumo.	20
Abstract.	21
Introdução.	22
Métodos.	24
Amostra.24
Instrumentos.24
Modelos psicoterapêuticos.	26
Procedimento.	27
Análise estatística.	28
Resultados.	30
Descrição da amostra.	30
Médias e Desvios-padrão das escalas de depressão..	32
Análise de correlação.32
Análise de regressão linear.	34
Desistências do tratamento.	36
Discussão.	36
Referências bibliográficas.	42
Tabelas.	46
Anexos.50

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
ESCOLA DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

AUGUSTO DUARTE FARIA

O IMPACTO DA ANSIEDADE DO TERAPEUTA NO DESENVOLVIMENTO DA
ALIANÇA TERAPÊUTICA DURANTE TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-
PARTO.

Projeto de pesquisa apresentado
ao Curso de Mestrado em Saúde
e Comportamento da UCPEL
como parte dos requisitos para a
obtenção do grau de Mestre

RICARDO TAVARES PINHEIRO, Ph.D
Orientador

Pelotas, Março de 2006

INTRODUÇÃO

A aliança terapêutica é considerada como um dos elementos fundamentais na efetividade da psicoterapia ¹ e sua evidente relevância aparece no desenvolvimento da dimensão relacional do processo terapêutico.

Nesse trabalho a aliança terapêutica será examinada segundo a perspectiva de Edward S. Bordin, cuja proposta é a definição mais utilizada na atualidade e fala de três componentes relacionados: (1) um acordo entre paciente e terapeuta sobre os *objetivos* do tratamento, (2) um acordo sobre como alcançar esses objetivos (acordo de *tarefas*), e o (3) desenvolvimento de um *vínculo* pessoal entre terapeuta e paciente. Essa conceitualização implica em uma estrutura caracterizada por três fatores secundários, correspondentes a cada um dos componentes citados ².

A qualidade da aliança terapêutica é a soma de quatro fatores: (1) Características pessoais do paciente anteriores a terapia (motivação, expectativa, relações interpessoais, abertura e confiança); (2) Características pessoais do terapeuta; (3) Habilidade técnica do terapeuta (fatores específicos e não específicos); (4) Como o paciente e o terapeuta se ajustam a combinação entre as necessidades e características do paciente e os recursos do terapeuta) ³.

Embora na origem a aliança terapêutica seja um conceito psicanalítico, na atualidade o fenômeno já é generalizado e vital em todas as psicoterapias. É investigada como um construto pan-teórico que substitui a idéia de que somente a relação já seria terapêutica pela crença de que é a aliança que torna possível para o paciente aceitar e seguir fielmente o tratamento ⁴.

Investigações com pacientes deprimidos (mas não no puerpério) indicaram que a aliança terapêutica parece influenciar positivamente na direção de mudanças cognitivas duradouras, assim como antecipar melhoras no tratamento ⁵.

A depressão pós-parto é um distúrbio do humor de alta prevalência (entre 10 e 20%) que afeta tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento da criança e se manifesta, na maioria dos casos, durante as primeiras quatro semanas após o parto, atingindo sua maior intensidade durante os primeiros seis meses ⁶. Essa é uma patologia traz intenso sofrimento, além de repercussões negativas para o desenvolvimento cognitivo, motor, social e afetivo do bebê. Prejuízos na relação familiar, negligência da mãe aos cuidados do recém-nascido e risco de suicídio também são presentes ⁷.

Todos esses fatores a caracterizam como um importante problema de saúde pública, o que levanta a necessidade de um tratamento adequado para aquelas mulheres que sofrem de depressão pós-parto. Entretanto não há um modelo psicoterapêutico específico a esta patologia que possa ser breve, de baixo custo, benéfico para a comunidade e de comprovada efetividade.

Os modelos cognitivos, em especial o Cognitivo-comportamental, são de reconhecida efetividade no tratamento das depressões ⁸. Os trabalhos que avaliaram esses modelos apenas focaram o desaparecimento ou manutenção dos sintomas depressivos ⁹ sem se ater ao processo, ou seja, que elementos das intervenções terapêuticas são responsáveis pelas mudanças (positivas ou negativas). O que nos leva a crer que padrões de interação menos eficientes podem estar sendo criados e repetidos por intervenção de características

personais do terapeuta, dentre as quais o presente estudo pretende focar a ansiedade do terapeuta.

A ansiedade é comumente descrita como uma tensão antecipatória persistente na ausência de uma ameaça específica, geralmente inconsciente cujos sintomas físicos incluem aumento de pressão arterial, boca seca e tensão muscular. O termo ansiedade abrange sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, conteúdo de pensamento dominado por catástrofe ou incompetência pessoal e uma variedade de desconfortos somáticos consequentes da hiperatividade do sistema nervoso autônomo. Não existe um conceito específico que se refira a ansiedade do terapeuta.

JUSTIFICATIVA

No atual cenário dos modelos terapêuticos utilizados na depressão pós-parto existe a necessidade de uma otimização do processo a fim de garantir que as pacientes recebam o tratamento adequado, minimizando o sofrimento inerente a patologia. Para tanto é necessário que se estudem as variáveis intervenientes que possam prejudicar o desenvolvimento da aliança terapêutica e, conseqüentemente, a efetividade da psicoterapia. E é nessa lacuna que o presente estudo pretende trabalhar: mensurando a influência de uma característica do terapeuta (ansiedade) no estabelecimento da aliança terapêutica. Tal avaliação permitirá que essa característica seja controlada em futuros protocolos de tratamento, aumentando a capacidade do modelo de trazer benefícios, seja através de técnicas específicas, maior treinamento ou aprimoramento de possíveis manuais.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A relevância do estabelecimento de uma relação vincular ganha cada vez mais subsídio, através de investigações científicas que creditam o sucesso terapêutico a um vínculo positivo entre Terapeuta e Paciente ^{10 11}. Há uma certa divergência entre os estudos sobre a especificidade de algumas patologias na formação da aliança. Alguns autores relatam que a sintomatologia do paciente contribui negativamente para a Aliança Terapêutica e outros relatam que há pouca correlação entre estas variáveis ^{11 12}. Deve-se salientar a especificidade da depressão pós-parto na formação da aliança terapêutica. Estudos anteriores sugerem que mulheres deprimidas no pós-parto demonstram menor interação verbal, menor afeto e maior ansiedade do que mulheres não deprimidas ¹³ e tem, portanto, prejuízos no desenvolvimento da aliança. Não foi encontrado nenhum estudo que tratasse especificamente da relação entre a ansiedade e a aliança terapêutica, embora tal característica pode ser incluída dentro do rol de atitudes que, se tomadas pelo terapeuta durante o tratamento, podem potencialmente influenciar o desenvolvimento da aliança.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Investigar o efeito da ansiedade do terapeuta no desenvolvimento da Aliança Terapêutica durante o tratamento de uma amostra de mulheres em período de pós-parto, com diagnóstico de depressão.

Objetivo Específico

Investigar o efeito da ansiedade do terapeuta em cada um dos três domínios da Aliança Terapêutica (Tarefa, Vínculo e Objetivo) durante o

tratamento de uma amostra de mulheres em período de pós-parto, com diagnóstico de depressão.

HIPÓTESES

H0 - A ansiedade do terapeuta não afeta a aliança terapêutica.

H1 - A ansiedade do terapeuta afeta negativamente a aliança terapêutica (quanto maior a ansiedade do terapeuta pior aliança).

H1. 1 - A ansiedade do terapeuta afeta negativamente os três domínios da Aliança Terapêutica (Tarefa, Vínculo e Objetivo) (quanto maior a ansiedade do terapeuta pior a pontuação nos domínios).

H2 - A ansiedade do terapeuta afeta positivamente a aliança terapêutica (quanto maior a ansiedade do terapeuta melhor a aliança).

H2. 2 - A ansiedade do terapeuta afeta positivamente os três domínios da Aliança Terapêutica (Tarefa, Vínculo e Objetivo) (quanto maior a ansiedade do terapeuta melhor a pontuação nos domínios).

MÉTODOS

O estudo é parte de um ensaio clínico que avalia a efetividade de intervenções psicoterapêuticas na depressão pós-parto. A amostra total planejada é de 40 mulheres de idade igual ou superior a 18 anos com pós-parto entre 30 a 60 dias, residentes na zona urbana da cidade de Pelotas. O protocolo de pesquisa está em processo de avaliação pelo comitê de ética da instituição. Será feito um rastreamento nas maternidades da cidade de mães maiores de 18 anos para futuro contato telefônico. Quatro semanas após o parto essas mulheres serão convidadas para uma entrevista de avaliação

psicológica. Para aquelas mães que, na avaliação, obtiveram um indicativo de depressão leve ou moderada será oferecido o tratamento psicoterápico. Aquelas cujo indicativo de depressão for grave ou apresente risco de suicídio serão encaminhadas para tratamento adequado. As mulheres que aceitarem a oferta de psicoterapia assinarão um termo de consentimento livre e esclarecido sendo então randomizadas em um dos modelos de intervenção psicoterapêutica que o estudo utilizará. Antes do agendamento para a primeira sessão receberão informações a respeito do funcionamento da terapia.

Iniciada a terapia, as avaliações da ansiedade do terapeuta serão realizadas antes do início de todas as primeiras, quartas e sétimas sessões (que correspondem, respectivamente, ao início, metade e término dos modelos de terapia utilizados) através de um instrumento auto-aplicado cujo protocolo será depositado em um envelope lacrado, aberto somente no momento da análise estatística. As avaliações da aliança terapêutica, tanto nos terapeutas quanto dos pacientes acontecerão depois do término de todas as primeiras, quartas e sétimas sessões.

As terapeutas serão estagiárias do curso de Psicologia, com treinamento específico nos modelos de psicoterapia utilizados. Nenhuma delas tem experiência clínica anterior. As terapeutas será cego em relação a pontuação do paciente nos instrumentos aplicados na entrevista e treinado da mesma forma em ambos os manuais.

Instrumentos: A presença de depressão pós-parto na amostra será avaliada através de dois instrumentos: Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) ¹⁴ e Escala de Depressão de Beck (BDI) ¹⁵. O primeiro foi desenvolvido para

identificar sintomas de depressão pós-parto e vem sendo amplamente utilizado como instrumento de seleção em estudos populacionais. Consiste de frases que descrevem sintomas depressivos com quatro respostas possíveis, onde cada é uma pontuada de acordo com a gravidade e duração do sintoma. O ponto de corte para a inclusão no estudo será de 12 ou mais pontos. O segundo é uma escala de 21 itens para avaliar a presença e a intensidade de sintomas depressivos. Essa mesma escala, padrão entre as escalas de avaliação de depressão, já foi utilizada anteriormente como medida de sintomatologia depressiva em outros trabalhos com o mesmo tipo de população¹⁶. O ponto de corte para a inclusão no estudo também será de 12 ou mais pontos.

A ansiedade do terapeuta será medida através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)¹⁷, uma escala de avaliação clínica com ênfase nos aspectos somáticos que se constitui de uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade e figura entre as escalas de avaliação mais utilizadas¹⁸. Os seguintes pontos de corte são propostos para ansiedade: 0 a 9 mínimo; 10 a 16 leve; 17 a 29 moderado; e 30 a 63 grave.

A aliança terapêutica será avaliada através do Working Alliance Inventory (WAI)¹⁹ utilizando as versões para o terapeuta (WAI-T) e para o paciente (WAI-C). O instrumento é baseado na estrutura teórica multidimensional de Bordin²⁰ e compreende três aspectos da aliança: vínculo (entre terapeuta e paciente. Ex: “Eu me sinto confortável com meu terapeuta”), tarefa (Concordância a respeito das tarefas da terapia. Ex: “Nós concordamos no que é importante que eu trabalhe agora”) e objetivo (Concordância a

respeito dos objetivos da terapia. Ex: “Queria que meu terapeuta e eu pudéssemos esclarecer os objetivos de nossas sessões”) ²¹. A escala é auto-aplicável e possui 36 itens (12 para cada dimensão da aliança).

Modelos psicoterapêuticos

Modelo Cognitivo-comportamental (TC): Composto de oito sessões estruturadas a partir dos pressupostos apresentados por Beck ²². O roteiro de cada sessão se inicia com uma checagem de humor da paciente, segue com uma ponte entre a sessão anterior e a atual, o estabelecimento da agenda da sessão, revisão das tarefas de casa anteriores e estabelecimento das próximas, resumo da sessão e feedback. Esse modelo é de notória efetividade no tratamento da depressão ²³.

Modelo Construtivista Relacional (TCP): Também composto por oito sessões, esse modelo foi criado e adaptado a partir das propostas de Botella ^{24 25}. Nele são trabalhadas questões diretamente ligadas a depressão pós-parto como o papel de mãe (e a invalidação desse papel), tomada de consciência e mudança de comportamentos através de técnicas pré-estabelecidas e a planificação de tarefas diárias.

Ambos os manuais terão o mesmo número de sessões para minimizar a possibilidade de viés de intervenção.

Análise Estatística: A entrada de dados e análise estatística serão realizadas no pacote estatístico SPSS 10.1. Através de análises descritivas serão reunidas as características da amostra, gerando uma síntese a respeito da distribuição das variáveis. Para avaliar a evolução nos escores das mães nas escalas de depressão se utilizará o Teste-T de amostras pareadas,

comparando as médias de duas variáveis para um único grupo. Essa análise calcula as diferenças para cada caso e testa se a média é diferente de zero.

Inicialmente, em relação a principal hipótese do trabalho, serão realizadas análises de correlação entre os três momentos avaliados da ansiedade do terapeuta (primeira, quarta e sétima sessão) e cada um dos domínios da aliança terapêutica (Vínculo, Tarefa e Objetivo) tanto do paciente quanto do terapeuta também nos três momentos de avaliação em ambos os modelos utilizados. Essa análise servirá para determinar a possibilidade de relação entre as pontuações dos domínios do WAI e os momentos de avaliação de ansiedade do terapeuta.

A fim de avaliar os efeitos da ansiedade do terapeuta sobre os escores dos domínios do WAI (T e C) em cada um dos modelos utilizados se utilizará a técnica de regressão linear. Essa técnica é aplicada quando há razões para supor uma relação de causa e efeito entre duas variáveis quantitativas e se necessita expressar matematicamente essa relação. Em um primeiro momento será feita uma regressão linear simples, considerando como variável independente a avaliação de ansiedade (BAI) e como dependentes as avaliações da aliança terapêutica (WAI-C e WAI-T).

Cada análise será realizada para ambos os grupos terapêuticos (TC e TCP) por meio da opção de seleção de casos do pacote estatístico utilizado. Em todas as análises se utilizará um nível de significância de $p < 0,05$.

CRONOGRAMA

	Mar04/Out04	Nov04/Jul05	Ago05/Set05	Out05/Mar06
Revisão	X	X	X	X
Treinamento	X			
Estudo Piloto	X			
Coleta de Dados		X		
Análise dos Resultados		X	X	
Artigo				X

REFERÊNCIAS

1. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, Pilkonis PA. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacological outcome: findings in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin Psych.* 1996; 64(3): 532-539.
2. Andusyna TP, Tang TZ, DeRubeis RJ, Luborsky L. The factor structure of the working alliance inventory in cognitive-behavioral therapy. *J Psychother Pract Res.* 2001; 10:173-178.
3. Kokotovic AM, Tracey TJ, Working Alliance in the early phase of counseling. *J Couns Psych.* 1990; 37: 16-21.
4. Horvath A, Symonds D, Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Psychol.* 1991; 38(2): 139-149.
5. Tang TZ, DeRubeis RJ. Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clin Psych Sci Pract.* 1999; 6:283-288.
6. Miller LJ, Postpartum Depression. *Jama.* 2002; 287 (6): 762-765.
7. Schwengber D. O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de psicologia.* 2003; 8(3): 403-411.

8. Beutler L, Clarkin JF, Bongar B. Guidelines for the Systematic Treatment of the Depressed Patient. Nova York (NY): Oxford University Press; 2000.
9. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57: 1039-1045.
10. Henry WP, Strupp HH. The therapeutic alliance as interpersonal process. In: Horvath AO, Greenberg L, editors. *The Working Alliance – Theory, Research and Practice*. Nova York (NY): Wiley-Interscience; 1994. P. 51-84.
11. Horvath A, Symonds D. Relation between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: a Meta-Analysis. *J Couns Clin Psych*. 1991; 38(2): 139-149.
12. Gaston L., Thompson L., Gallagher D. Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *J Couns Clin Psych*. 1988; 4: 483-489.
13. Righetti-Vettelma M, Bouquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18 month-old infant. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 12: 75-83.
14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Brit J Psych*. 1987; 150:782-786.
15. Beck AT, Steer R, Gorbin M. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psych Rev*. 1988; 8:77-100.
16. Horowitz JA, Damato E, Solon I, Von Metzch G, Gill V. Postpartum depression: issues in clinical assessment. *J Perinatology*. 1995; 15:268-278.

17. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety. *J Cons Clin Psych*. 1988; 56: 893-897.
18. Keedwell P, Snalsh RP. What do anxiety scales measure? *Acta Psych Scand*. 1996; 93: 177-180.
19. Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Clin Psych*. 1989; 36: 223-233.
20. Bordin ES. Of human bonds that bind or free. *Residential address delivered at the meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Pacific Grove, CA; 1980.
21. Hatcher RL, Barendis AW. Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *J Couns Clin Psych*. 1996; 64(6): 1326-1336.
22. Beck AT, Rush, AJ, Shaw, BF, Emery G. *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997.
23. Beutler L, Clarkin JF, Bongar B. *Guidelines for the Systematic Treatment of the Depressed Patient*. Nova York (NY): Oxford University Press; 2000.
24. Botella L. Personal Construct Psychology, Construtivism and Postmodern thought. In: Neimeyer RA, Neimeyer GJ, editors. *Advances in Personal Construct Psychology*. Greenwich: Jai Press; 1995. P. 3-36.
25. Botella L, Corbella J. A Relational Construtivism Approach to Narrative Therapy. *Eur J Psych Couns Heal* 2000; 3: 407-418.

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
ESCOLA DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

AUGUSTO DUARTE FARIA

O IMPACTO DA ANSIEDADE DO TERAPEUTA NO DESENVOLVIMENTO DA
ALIANÇA TERAPÊUTICA DURANTE TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-
PARTO.

Artigo Científico apresentado ao
Curso de Mestrado em Saúde e
Comportamento da UCPEL
como parte dos requisitos para a
obtenção do grau de Mestre

RICARDO TAVARES PINHEIRO, Ph.D
Orientador

Pelotas, Março de 2006

Título em português: O IMPACTO DA ANSIEDADE DO TERAPEUTA NO DESENVOLVIMENTO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA DURANTE TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO¹.

Sugestão de título abreviado: ANSIEDADE E ALIANÇA TERAPÊUTICA NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO.

Título em inglês: THE IMPACT OF THE THERAPIST'S ANXIETY IN THE WORKING ALLIANCE ESTABLISHMENT DURING POSTPARTUM DEPRESSION TREATMENT.

Autor:

Augusto Duarte Faria²

¹ Este trabalho contou com apoio da CAPES através do Programa de Suporte à Pós-graduação de Instituições de Ensino Particular (PROSUP).

² Endereço para correspondência: Mestrado em Saúde e Comportamento – UCPEL. Rua Almirante Barroso nº.1202 Bloco G-107, Pelotas, RS, Brasil. CEP: 96010-280. Telefone para contato: Fone (053)3284.8104. Fax: (053) 3225-3105. E-mail: faria76@gmail.com ou nuplac@phoenix.ucpel.tche.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar a influência da ansiedade do terapeuta na formação da aliança terapêutica durante o tratamento de mulheres com depressão pós-parto.

Métodos: O estudo faz parte de um ensaio clínico que avaliou a efetividade de intervenções psicoterapêuticas na depressão pós-parto. As pacientes eram mães de idade igual ou superior a 18 anos com pós-parto entre 30 a 60 dias que apresentaram um indicativo de depressão leve ou moderada. A ansiedade do terapeuta foi medida através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), escala proposta para medir o grau e a severidade dos sintomas comuns de ansiedade. A aliança terapêutica foi avaliada através do Working Alliance Inventory (WAI) utilizando as versões para o terapeuta (WAI-T) e para o paciente (WAI-C), que compreendem os três aspectos da aliança: Tarefa, Vínculo e Objetivo.

Resultados: Na análise de regressão linear a ansiedade do terapeuta apresentou resultados significativos com versão Paciente (WAI-C), domínio Vínculo, no modelo terapêutico Construtivista Relacional ($\beta = -13,929$) e na versão Terapeuta (WAI-T), domínio Objetivo, também no mesmo modelo ($\beta = -23,000$).

Discussão: Convém ressaltar que mesmo que os dados tenham apontado para uma interferência da ansiedade do terapeuta na aliança terapêutica isso não se deu em uma escala suficiente para prejudicar o tratamento. Esse achado reforça a idéia de que a psicoterapia é efetiva no tratamento da depressão pós-parto.

Palavras-chave: Depressão pós-parto, Ansiedade, Características do terapeuta.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the influence of the therapist's anxiety in the development of the working alliance during the treatment of postpartum depression.

Methods: This study is part of a randomized clinical trial which aims to evaluate two short-term, manualized psychotherapeutic models for treatment of postpartum depression. The Clients were women in postpartum within 30 to 60 days, age over 18, screened for mild or moderate depression. With the purpose to measure anxiety levels the therapists have self-administered the BAI, an inventory with 21 items rated on a scale from 0 to 3. Each item is descriptive of subjective, somatic, or panic-related symptoms of anxiety. The working alliance was assessed with the WAI, in both versions (WAI-C and WAI-T). Three 12-item scales reflect congruence on goals, tasks and the emotional bond between therapist and client.

Results: The therapist's anxiety has presented significant results in the Linear regression analysis with the Bond domain of the WAI-C in the Relational Constructivist therapeutic model ($\beta = -13,929$) and also with the Goal domain of the WAI-T ($\beta = -23,000$) in the same therapeutic model.

Discussion: Even with the results pointing to an interference of the therapist's anxiety in the working alliance it was not in a scale high enough to harm the treatment. This finding strengthens the idea that psychotherapy is effective in the postpartum depression treatment.

Key words: Postpartum depression, Anxiety, Therapist characteristics.

INTRODUÇÃO

A depressão pós-parto é um distúrbio do humor de alta prevalência (entre 10 e 20%) que afeta tanto a saúde da mãe quanto o desenvolvimento da criança e se manifesta, na maioria dos casos, durante as primeiras quatro semanas após o parto, atingindo sua maior intensidade durante os primeiros seis meses ^{1 2}. Todos esses fatores a caracterizam como um importante problema de saúde pública.

A efetividade da psicoterapia na depressão pós-parto é reconhecida e já foi tema de estudo em outros países ³. Esses trabalhos focam o desaparecimento ou manutenção dos sintomas depressivos sem se ater ao processo, ou seja, que elementos das intervenções terapêuticas são responsáveis pelas mudanças.

A aliança terapêutica é considerada como um dos elementos fundamentais na efetividade da psicoterapia ⁴. É atualmente investigada como um construto pan-teórico que substitui a idéia de que somente a relação já seria terapêutica pela crença de que é a aliança que torna possível para o paciente aceitar e seguir fielmente o tratamento ⁵. A definição mais utilizada na atualidade fala de três componentes relacionados: (1) um acordo entre paciente e terapeuta sobre os *objetivos* do tratamento, (2) um acordo sobre como alcançar esses objetivos (acordo de *tarefas*), e o (3) desenvolvimento de um *vínculo* pessoal entre terapeuta e paciente. Essa conceitualização implica em uma estrutura caracterizada por três fatores secundários, correspondentes a cada um dos componentes citados ⁶.

Investigações com pacientes deprimidos (mas não no puerpério) indicaram que a aliança terapêutica parece influenciar positivamente na direção de mudanças cognitivas duradouras, assim como antecipar melhoras no tratamento ⁷.

A qualidade da aliança terapêutica é a soma de quatro fatores: (1) Características pessoais do paciente anteriores a terapia (motivação, expectativa, relações interpessoais, abertura e confiança); (2) Características pessoais do terapeuta; (3) Habilidade técnica do terapeuta (fatores específicos e não específicos); (4) Como o paciente e o terapeuta se ajustam a combinação entre as necessidades e características do paciente e os recursos do terapeuta) ⁸.

Padrões de interação menos eficientes podem estar sendo criados e repetidos por intervenção da ansiedade do terapeuta. A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do espectro normal das experiências humanas, sendo propulsora do desempenho. O termo ansiedade abrange sensações de medo, sentimentos de insegurança e antecipação apreensiva, conteúdo de pensamento dominado por catástrofe ou incompetência pessoal e uma variedade de desconfortos somáticos conseqüentes da hiperatividade do sistema nervoso autonômico. Além disso, tanto em sujeitos normais, como em pacientes, é útil a distinção entre ansiedade-traço e ansiedade-estado: *Traço* é uma condição mais permanente, característica do indivíduo; *Estado* diz respeito a um determinado instante, diante de determinada situação, é um estado emocional transitório caracterizado por sentimentos desagradáveis de tensão e apreensão, conscientemente percebidos. O presente estudo trabalha com esse segundo conceito ⁹.

A presente investigação procurou avaliar se existe uma influência da ansiedade do terapeuta na formação da aliança terapêutica durante o tratamento de mulheres com depressão pós-parto e, em caso positivo, em que momento da intervenção essa influência ocorre.

MÉTODOS

O estudo faz parte de um ensaio clínico que avaliou a efetividade de intervenções psicoterapêuticas na depressão pós-parto. A amostra foi coletada na população urbana da cidade de Pelotas, sul do Brasil, entre março de 2004 e dezembro de 2005. O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da instituição.

■ *Amostra*

As pacientes eram mães de idade igual ou superior a 18 anos com pós-parto entre 30 a 60 dias que apresentaram um indicativo de depressão leve ou moderada. Não foram incluídas deprimidas graves ou aquelas que apresentaram risco de suicídio, bem como aquelas que espontaneamente não demonstraram interesse em participar do estudo ou que não concordaram em assinar o termo de consentimento (Anexo 01). A amostra total projetada é de 40 mulheres, divididas segundo o modelo de psicoterapia utilizado em dois grupos de 20 participantes.

As terapeutas (n=4) eram estagiárias do curso de Psicologia, com treinamento específico em ambos os modelos de psicoterapia utilizados. Nenhuma delas tinha experiência clínica anterior. Cabe ressaltar que nenhuma das terapeutas já era mãe.

■ *Instrumentos*

A presença de depressão pós-parto na amostra foi avaliada através de dois instrumentos: o primeiro, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)¹⁰ (Anexo 02), foi desenvolvido para identificar sintomas de depressão pós-parto e vem sendo amplamente utilizado como instrumento de seleção em estudos populacionais. Essa versão de 10 itens consiste de frases que descrevem

sintomas depressivos com quatro respostas possíveis, onde cada é uma pontuada de acordo com a gravidade e duração do sintoma. Foi selecionado um ponto de corte de 12 ou mais pontos para a inclusão no estudo. O outro instrumento utilizado foi a Escala de Depressão de Beck (BDI) ¹¹ (Anexo 03), uma escala de 21 itens para avaliar a presença e a intensidade de sintomas depressivos. Essa mesma escala, padrão entre as escalas de avaliação de depressão, já foi utilizada anteriormente como medida de sintomatologia depressiva em outros trabalhos com o mesmo tipo de população ¹². Nesse instrumento também foi escolhido um ponto de corte de 12 ou mais pontos para a inclusão no estudo.

No presente estudo a ansiedade do terapeuta foi medida através do Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) ¹³ (Anexo 04), escala proposta para medir o grau e a severidade dos sintomas comuns de ansiedade que figura entre as escalas de avaliação clínica mais utilizadas ¹⁴. O BAI é uma escala de avaliação clínica com ênfase nos aspectos somáticos que se constitui de uma lista de 21 sintomas com quatro alternativas cada um, em ordem crescente do nível de ansiedade. O BAI tem boa consistência interna ($\alpha=.92$) e confiabilidade teste-reteste adequada ($r=.75$). Esse instrumento, validado no Brasil por Cunha ¹⁵, propõe os seguintes pontos de corte para ansiedade: 0 a 9 mínimo; 10 a 16 leve; 17 a 29 moderado; e 30 a 63 grave. A ansiedade é considerada clinicamente importante a partir do nível leve.

A aliança terapêutica foi avaliada através do Working Alliance Inventory (WAI) ¹⁶ utilizando as versões para o terapeuta (WAI-T) (Anexo 05) e para o paciente (WAI-C) (Anexo 06). O instrumento é baseado na estrutura teórica multidimensional de Bordin ¹⁷ e compreende três aspectos da aliança: vínculo

(entre terapeuta e paciente. Ex: “Eu me sinto confortável com meu terapeuta”), tarefa (Concordância a respeito das tarefas da terapia. Ex: “Nós concordamos no que é importante que eu trabalhe agora”) e objetivo (Concordância a respeito dos objetivos da terapia. Ex: “Queria que meu terapeuta e eu pudéssemos esclarecer os objetivos de nossas sessões”) ¹⁸. A escala, adaptada para o português por Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu, é auto-aplicável e possui 36 itens (12 para cada dimensão da aliança). As instruções na folha de rosto indicam que o entrevistado deve classificar cada item em uma escala do tipo Likert de sete pontos, onde 1 corresponde ao “nunca” e o 7 ao “sempre”. A confiabilidade (alpha de Crombach) é de .88 para vínculo, .91 para tarefa e .93 para objetivo na versão Terapeuta e de .88, .90 e .91 para vínculo, tarefa e objetivo, respectivamente, na versão Paciente ⁶. Esse instrumento foi escolhido por ser o mais amplamente utilizado na pesquisa em aliança.

■ *Modelos psicoterapêuticos*

Modelo Cognitivo-comportamental (TC): Composto de oito sessões estruturadas a partir dos pressupostos apresentados por Beck ¹⁹. O roteiro de cada sessão se inicia com uma checagem de humor da paciente, segue com uma ponte entre a sessão anterior e a atual, o estabelecimento da agenda da sessão, revisão das tarefas de casa anteriores e estabelecimento das próximas, resumo da sessão e feedback. Esse modelo é de notória efetividade no tratamento da depressão ²⁰.

Modelo Construtivista Relacional (TCP): Também composto por oito sessões, esse modelo foi criado e adaptado a partir das propostas de Botella ^{21 22}. Nele são trabalhadas questões diretamente ligadas a depressão pós-parto como o

papel de mãe (e a invalidação desse papel), tomada de consciência e mudança de comportamentos através de técnicas pré-estabelecidas e a planificação de tarefas diárias.

Foi estabelecido o mesmo número de sessões para ambos os manuais, com a mesma frequência de encontros entre paciente e terapeuta, para minimizar a possibilidade de viés de intervenção.

■ *Procedimento*

Foi feito um rastreamento nas maternidades da cidade de mães com idade igual ou maior a 18 anos para futuro contato telefônico. Quatro semanas após o parto essas mulheres foram convidadas para uma entrevista de avaliação psicológica, realizada através de uma bateria de questionários que incluía a Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) e o Inventário de Depressão de Beck (BDI). A equipe designada para essa etapa do estudo é distinta daquela responsável pela psicoterapia.

Para aquelas mães que, na avaliação, obtiveram um indicativo de depressão leve ou moderada (EPDS e BDI \geq 12) foi oferecido o tratamento psicoterápico. Já aquelas com indicativo de depressão grave ou risco de suicídio foram encaminhadas para o ambulatório de psiquiatria, onde receberam o tratamento adequado.

As mulheres que aceitaram a oferta de psicoterapia assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e foram randomizadas em um dos modelos de intervenção psicoterapêutica utilizados. Antes do agendamento para a primeira sessão receberam informações a respeito do funcionamento da terapia e do

modelo que utilizariam. O terapeuta era cego em relação a pontuação do paciente nos instrumentos aplicados (BDI e EPDS). De acordo com o delineamento do estudo, terapeuta e paciente não tiveram nenhum contato anterior ao tratamento. As terapeutas eram treinadas da mesma forma em ambos os manuais a fim de evitar que especificidades de cada modelo interferissem na forma de tratamento. Após a randomização a terapeuta designada passava à aplicação do manual correspondente.

Iniciada a terapia, as avaliações da ansiedade do terapeuta foram realizadas antes do início de todas as primeiras, quartas e sétimas sessões (que correspondem, respectivamente, ao início, metade e término dos modelos de terapia utilizados). O BAI foi auto-aplicado e depositado em um envelope lacrado, aberto somente pela equipe responsável pela análise estatística.

As avaliações da aliança terapêutica, tanto nos terapeutas (versão WAI-T) quanto dos pacientes (versão WAI-C), aconteceram depois do término de todas as primeiras, quartas e sétimas sessões. Os dados coletados foram divididos nos três domínios indicados (Vínculo, Tarefa e Objetivo), gerando escores totais para cada um deles nos três momentos de avaliação (Ex: estabeleceram-se totais para o domínio Vínculo (do terapeuta e do paciente) na primeira, quarta e sétima sessão).

- *Análise Estatística*

A entrada de dados e análise estatística foram realizadas no pacote estatístico SPSS 10.1. As características da amostra foram reunidas através de análises descritivas, que geram uma síntese a respeito da distribuição, variabilidade e tendência das variáveis. Para avaliar a evolução nos escores das mães nas escalas de depressão foi utilizado o Teste-T de amostras pareadas,

análise que compara as médias de duas variáveis para um único grupo. Essa análise calcula as diferenças para cada caso e testa se a média é diferente de zero.

Em relação a principal hipótese do trabalho optou-se inicialmente por fazer análises de correlação entre os três momentos avaliados da ansiedade do terapeuta (primeira, quarta e sétima sessão) e cada um dos domínios da aliança terapêutica (Vínculo, Tarefa e Objetivo) tanto do paciente quanto do terapeuta também nos três momentos de avaliação em ambos os modelos utilizados. Essa análise serviu para determinar quais momentos de avaliação de ansiedade do terapeuta apresentavam relação com as pontuações dos domínios do WAI.

No momento seguinte a fim de avaliar os efeitos da ansiedade do terapeuta sobre os escores dos domínios do WAI (T e C) em cada um dos modelos utilizados utilizou-se a técnica de regressão linear. Essa técnica é aplicada quando há razões para supor uma relação de causa e efeito entre duas variáveis quantitativas e se necessita expressar matematicamente essa relação. Além disso, a análise de regressão traz consigo uma série de estratégias de diagnóstico que informam sobre a estabilidade e idoneidade das análises.

Em um primeiro momento foi feita uma regressão linear simples, considerando como variável independente a avaliação de ansiedade (BAI) e como dependentes as avaliações da aliança terapêutica (WAI-C e WAI-T). A ordem foi a seguinte: o BAI-1 foi regredido com três avaliações da aliança, tanto do terapeuta como do paciente; o BAI-2 foi regredido com a segunda e a terceira avaliação de aliança e o BAI-3 foi regredido apenas com a avaliação final do WAI.

Como essa análise avaliou as relações de forma independente, sem interações, foi necessária uma segunda regressão para analisar a interferência temporal e conferir um maior poder estatístico para detectar a influência da ansiedade na aliança terapêutica. Para isso foram criadas duas variáveis dependentes, cada uma com versões para o terapeuta e para o cliente, que representavam dois momentos do tratamento: a primeira a partir da subtração da pontuação obtida na avaliação intermediária da aliança com a pontuação da avaliação inicial ($\Delta WAI_{2-1} = WAI\ 2\ (T\ ou\ C) - WAI\ 1\ (T\ ou\ C)$) e outra subtraindo a pontuação obtida na avaliação final da aliança também da avaliação inicial ($\Delta WAI_{3-1} = WAI\ 3\ (T\ ou\ C) - WAI\ 1\ (T\ ou\ C)$). A avaliação inicial de ansiedade (BAI-1) foi considerada como variável independente na nova regressão com essas variáveis.

Cada análise foi realizada para ambos os grupos terapêuticos (TC e TCP) por meio da opção de seleção de casos do pacote estatístico utilizado. Em todas as análises foi utilizado um nível de significância de $\alpha < 0,05$.

RESULTADOS

■ *Descrição da amostra*

A amostra final contou com 40 mulheres, das quais 34 (que correspondem a 85% da amostra) efetivamente completaram o tratamento. Essas 34 mulheres estavam divididas entre os grupos terapêuticos da seguinte forma: 18 (52,95%) no modelo Cognitivo-comportamental e 16 (47,05%) no modelo Construtivista-relacional. A idade das participantes variou entre 18 e 41 anos, com média de

28,63 e desvio-padrão de 7,25. A respeito do número de filhos 39,3% das mães eram primíparas, 42,8% tinha entre dois e três filhos e 17,8% tinha quatro ou mais filhos. Sobre a gravidez, 63,3% das mães a classificou como não planejada. Em relação à Estado Civil 73,3% das mulheres se declarou casada ou vivendo com o pai do bebê. De acordo com os critérios da ABEP (Associação Brasileira de Estudos Populacionais) ²³ de avaliação de nível sócio-econômico 10% das mães pertenciam a classe B, 46,7% a classe C, 33,3 % a classe D e 10% encontravam-se na classe E. A entrevista de avaliação foi realizada, em média, oito semanas depois do parto. O tempo médio de duração do tratamento psicoterápico foi de 8,07 semanas (desvio-padrão de 2,14).

Através das avaliações realizadas através do BAI a presença de ansiedade nos terapeutas foi detectada em 17,5% das avaliações realizadas antes da primeira sessão do tratamento (TCP: 57,14%; TC: 42,86%) e 14,70% em ambas as avaliações realizadas antes da quarta e sétima sessão do tratamento, respectivamente (TCP: 60%; TC: 40%). Nos valores referentes as duas avaliações finais já estão contabilizadas as desistências posteriores à primeira sessão. Cabe ressaltar que todos os escores correspondem a ansiedade leve e que não foram encontrados graus mais severos de ansiedade entre os terapeutas.

Os resultados das análises estatísticas serão apresentados sempre na seguinte ordem: primeiro, os resultados da amostra total (n=34), segundo, os resultados do grupo atendido no Modelo Cognitivo-comportamental (n=18) e, terceiro, os resultados do grupo do Modelo de psicoterapia Construtivista Relacional (n=16).

■ *Médias e Desvios-padrão de pontuação nas escalas de depressão*

Avaliada na entrada da paciente no estudo e depois da última sessão de tratamento a média do BDI caiu de 18,85 (desvio-padrão de 8,16) para 11,58 (desvio-padrão de 10,35). O mesmo aconteceu com o EPDS, cuja média de pontuação caiu de 12,76 (desvio-padrão de 4,99) para 7,97 (desvio-padrão de 5,99). Ambas as diferenças foram significativas ($t(32) = 4,37; P < 0,01$ e $t(32) = 3,97; P < 0,01$, respectivamente).

Modelo Cognitivo-comportamental

A pontuação inicial do BDI e EPDS das pacientes atendidas nesse modelo foram de 20,94 (desvio-padrão de 7,17) e 13,11 (desvio-padrão de 5,26), respectivamente. Esses valores decresceram na avaliação final para 14,67 (desvio-padrão de 11,97) no BDI ($t(17) = 2,83; P < 0,05$), e 9,83 (desvio-padrão de 6,64) no EPDS ($t(17) = 2,06; P > 0,05$).

Modelo Construtivista Relacional

Na primeira avaliação as pacientes do modelo Construtivista Relacional apresentaram uma pontuação de 16,33 (desvio-padrão de 8,80) no BDI e de 12,33 (desvio-padrão de 4,81) no EPDS. Na avaliação realizada após o final do tratamento psicoterápico as pontuações caíram para 7,87 (desvio-padrão de 6,62) no BDI ($t(14) = 3,31; P < 0,05$) e para 5,73 (desvio-padrão de 4,33) no EPDS ($t(14) = 3,70; P < 0,05$).

■ *Análise de correlação entre Ansiedade do Terapeuta e Aliança Terapêutica*

A ansiedade do terapeuta avaliada antes da 1ª sessão (BAI-1) apresentou correlações significativas somente com a 3ª avaliação do WAI: na versão

Paciente, domínio Vínculo ($r = - 0,424, P < 0.05$) e na versão Terapeuta, domínio Tarefa ($r = - 0,482, P < 0.01$) e domínio Objetivo ($r = - 0,392, P < 0.05$).

A segunda avaliação de ansiedade (BAI-2), realizada antes da sessão correspondente a metade do tratamento também apresentou correlações significativas apenas com a 3ª avaliação do WAI: na versão Paciente, domínio Vínculo ($r = - 0,431, P < 0.05$) e na versão Terapeuta, domínio Tarefa ($r = - 0,459, P < 0.05$).

A avaliação final da ansiedade do terapeuta feita antes do início da última sessão de tratamento (BAI-3) não apresentou nenhuma correlação significativa com o WAI na versão paciente. Entretanto, correlacionou-se com a versão Terapeuta em dois domínios: domínio Tarefa ($r = - 0,390, P < 0.05$) e domínio Vínculo ($r = - 0,528, P < 0.01$).

Modelo Cognitivo-comportamental

O BAI-1 não apresentou nenhuma correlação com os domínios da aliança terapêutica na 1ª, 2ª e 3ª avaliação, tanto do paciente quanto do terapeuta. Já no BAI-2 houve uma correlação significativa com o domínio Vínculo do WAI-C na terceira aplicação ($r = - 0,506, P < 0.05$). A ausência de correlações significativas voltou a acontecer com o BAI-3 e os demais domínios do WAI, tanto versão Paciente quanto na do Terapeuta.

Modelo Construtivista Relacional

Ao contrário do Modelo Cognitivo as correlações significativas já apareceram com a primeira avaliação de ansiedade. O BAI-1 se correlacionou com o domínio Vínculo do WAI-C tanto no segundo ($r = -0,523, P < 0.05$) quanto no último momento de avaliação ($r = -0,609, P < 0.05$). Todos os domínios do WAI-T

da terceira avaliação correlacionaram-se significativamente com o BAI-1 ($r = -0,799, P < 0.01$; $r = -0,582, P < 0.05$; $r = -0,750, P < 0.01$).

O BAI-2, avaliação da ansiedade realizada antes do início da sessão correspondente a metade do tratamento apresentou correlações significativas com o domínio Vínculo do WAI-C na segunda ($r = -0,523, P < 0.05$) e na última avaliação ($r = -0,609, P < 0.05$). O BAI-2 teve correlações significativas com todos os domínios do WAI-T na última avaliação ($r = -0,799, P < 0.01$; $r = -0,582, P < 0.05$; $r = -0,750, P < 0.01$).

O BAI-3 correlacionou-se significativamente com todos os domínios do WAI-T também da avaliação final ($r = -0,705, P < 0.01$; $r = -0,726, P < 0.01$; $r = -0,650, P < 0.01$).

■ *Análise de Regressão Linear*

Os resultados significativos dessa análise só foram encontrados quando as avaliações de ansiedade foram regredidas com a avaliação final da aliança terapêutica (Tabelas 1 e 2). O BAI-1 apresentou significância na regressão com o WAI-C no domínio Vínculo ($\beta = -15,419$) e no WAI-T nos domínios Tarefa ($\beta = -10,694$) e Objetivo ($\beta = -14,823$). Já o BAI-2 quando regredido com o WAI-C mostrou um resultado significativo no domínio Vínculo ($\beta = -13,000$) e com o WAI-T o resultado aconteceu no domínio Objetivo ($\beta = -14,400$). No BAI-3 os resultados estavam na regressão com o WAI-T nos domínios Tarefa ($\beta = -5,352$) e Vínculo ($\beta = -5,037$).

Modelo Cognitivo-comportamental (Tabelas 3 e 4)

Não foram encontrados resultados significativos no cruzamento das variáveis Tarefa, Vínculo e Objetivo (componentes da aliança terapêutica) do paciente com a ansiedade do Terapeuta em uma mesma sessão (primeira, quarta e sétima). Os resultados estão apresentados nas tabelas 1 e 2. O resultado significativo, $p < 0,05$, ocorreu na regressão entre o BAI-2 e o domínio Vínculo do WAI-C aplicado após a sétima sessão ($\beta = -9,000$).

Modelo Construtivista Relacional (Tabelas 5 e 6)

O BAI-1 apresentou resultados significativos na regressão com todos os domínios do WAI-T da sétima sessão ($\beta = -18,643; -10,143; -30,000$) e com o domínio Vínculo do WAI-C da quarta ($\beta = -24,929$) e da sétima sessão ($\beta = -23,857$). O BAI-2 também manifestou significância na regressão com os três domínios do WAI-T da sétima sessão ($\beta = -18,643; -10,143; -30,000$). Essa significância aconteceu ainda no domínio Vínculo do WAI-C da quarta ($\beta = -24,929$) e da sétima sessão ($\beta = -23,857$). Já o BAI-3 manifestou significância na regressão apenas com os domínios do WAI-T da sétima sessão ($\beta = -8,700; -6,700; -13,800$).

Sobre as regressões realizadas em um segundo momento, sendo a primeira com a variável dependente criada a partir da subtração da pontuação obtida na avaliação intermediária da aliança com a pontuação da avaliação inicial (ΔWAI_{2-1}) (Tabela 7) não tiveram resultados significativos tanto na amostra geral quanto em nenhum dos dois modelos terapêuticos.

A segunda variável criada, onde a pontuação obtida na avaliação final da aliança teve subtraído o valor da avaliação inicial (ΔWAI_{3-1}) (Tabela 8), apresentou resultados significativos na versão Paciente (WAI-C), domínio Vínculo, no modelo terapêutico Construtivista Relacional ($\beta = -13,929$) e na versão Terapeuta (WAI-T), domínio Objetivo, também no modelo Construtivista Relacional ($\beta = -23,000$).

■ *Desistências do tratamento*

A respeito das pacientes (n=6) que não completaram o tratamento (que correspondem a 15% da amostra) deve-se salientar que não houve diferenças significativas nas médias dos instrumentos de avaliação de depressão dessas mães e daquelas que completaram a psicoterapia. Entretanto, na análise de correlação o BAI-1 das terapeutas designadas para o atendimento das mulheres que vieram a desistir do tratamento apresentou resultados significativos com a 1ª avaliação do WAI, versão Terapeuta, nos domínios Tarefa ($r = -0,987$, $P < 0.01$) e Vínculo ($r = -0,993$, $P < 0.01$). Esse resultado continuou presente na análise de Regressão Linear nos mesmos domínios do WAI-T: Tarefa ($\beta = -5,556$) e Vínculo ($\beta = -6,333$), ambos com nível de significância $P < 0.01$.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados no presente estudo ratificam a hipótese inicial de influência da ansiedade do terapeuta na aliança terapêutica durante tratamento de depressão pós-parto. Esses achados indicam que com um aumento na pontuação no BAI existe uma tendência de diminuição na pontuação em domínios do WAI em suas duas versões.

Na amostra total a influência da ansiedade do terapeuta é percebida no domínio Vínculo do WAI-C avaliado ao final do tratamento. O mesmo acontece na divisão por modelos com apenas uma diferença: no modelo Construtivista Relacional de psicoterapia o resultado é antecipado e já aparece também na avaliação da quarta sessão.

Os efeitos da ansiedade do terapeuta só são sentidos no WAI-T da amostra total na avaliação posterior a sétima sessão, afetando os domínios Tarefa e Objetivo. O mesmo acontece, quando separados por grupos, no modelo Construtivista Relacional, onde o domínio Vínculo também é afetado. A interferência da ansiedade não é representada estatisticamente no modelo Cognitivo Comportamental.

Tendo em vista a confirmação, através das análises estatísticas iniciais, da influência da ansiedade em domínios da aliança, houve a necessidade da confirmação do caráter temporal dessa interferência. Os resultados apontaram para a existência de um reflexo da presença de ansiedade detectada na primeira aplicação do BAI na última avaliação da aliança, principalmente no modelo Construtivista Relacional, nos domínios Vínculo da versão WAI-C e Objetivo da versão WAI-T.

A notada influência sobre o domínio Vínculo na versão WAI-C em todas análises realizadas parece indicar que os sinais de ansiedade percebidos pelo paciente podem interferir na capacidade em confiar e aceitar o terapeuta. Mais objetivamente pode-se dizer que, ao prejudicar o Vínculo, a ansiedade dificulta a relação entre paciente e terapeuta. O vínculo cresce na associação criada para o desenvolvimento da atividade terapêutica e é expresso e sentido em termos de

afeição, confiança, respeito mútuo, compreensão e comprometimento. É um pré-requisito necessário para a aplicação de técnicas específicas, como encorajar e apoiar comportamentos apropriados. Ele aumenta a capacidade de reforço, influenciando o comportamento do paciente e assegurando sua aderência ao tratamento.

Outro domínio que aparece influenciado pela ansiedade, desta vez no WAI-T, é o Objetivo. Resultados nesse domínio podem significar problemas na identificação e concordância a respeito da finalidade do tratamento. Esse não é um processo simples ou breve que, afetado pela ansiedade, pode se afastar do propósito terapêutico.

A presença com maior intensidade de resultados nas avaliações feitas naquelas mulheres que foram atendidas no modelo Construtivista Relacional denota a necessidade da investigação das especificidades desse modelo psicoterapêutico em trabalhos posteriores uma vez que, mesmo sendo mais intensa a relação entre Ansiedade do terapeuta e aliança neste modelo, o mesmo apresentou uma maior redução dos escores do BDI e do EPDS quando comparado ao outro modelo utilizado, indicando efetividade a curto prazo (uma manutenção dos escores, caracterizando efetividade a longo prazo, deve ser avaliada através de um estudo de *follow up*).

A manifestação mais acentuada da relação entre ansiedade e aliança no modelo Construtivista Relacional se deve provavelmente a particularidades da própria concepção Construtivista onde, por exemplo, se pressupõe que a significação da experiência encontra-se primeiramente subordinada à influência das emoções e não à dialética da razão. Nela entende-se que o sujeito não só

reflete o mundo exterior, mas lhe atribui significados que por vezes não são originários do estímulo em si, o que significa que a realidade interna é derivada da forma como o indivíduo sente emocionalmente o mundo. Toda essa teoria se reflete em um modelo psicoterapêutico mais aberto e, portanto, mais suscetível a influências. Os conteúdos tratados na versão manualizada utilizada no estudo (invalidação do papel de mãe, fragmentação entre como são as coisas e como deveriam ser, sentimentos de fraqueza, culpabilidade e alienação, internalização dos sentimentos negativos) levam a uma proximidade maior entre terapeuta e paciente e, conseqüentemente, que as características de um sejam percebidas com maior clareza pelo outro. O mesmo não acontece no modelo Cognitivo Comportamental onde, embora tenha um papel ativo, colaborativo e educativo, o terapeuta necessariamente deve obedecer a atribuições mais fechadas, com um enfoque mais racional ²⁴.

Embora existam estudos sugerindo que a aliança terapêutica só esteja suficientemente estabelecida para uma avaliação confiável a partir da terceira sessão ²⁵ (o que pode explicar o surgimento dos resultados apenas a partir da 4ª sessão) a aplicação do WAI desde a primeira sessão é viável, pois uma aliança pode ser comumente alcançada já na primeira entrevista com pessoas que apresentem problemas de magnitude leve ou moderada ²⁶, como é o caso do presente estudo.

Deve-se salientar a especificidade da depressão pós-parto na formação da aliança terapêutica. Estudos anteriores sugerem que mulheres deprimidas no pós-parto demonstram menor interação verbal, menor afeto e maior ansiedade do que

mulheres não deprimidas ²⁷ e tem, portanto, prejuízos no desenvolvimento da aliança.

O número de desistências na amostra, 15%, está abaixo das taxas encontradas na literatura, que vão de 30% a 60% ²⁸. Esse número foi alcançado através do cumprimento de medidas recomendadas para o recrutamento e a adesão de mulheres a ensaios clínicos ²⁹ que incluem flexibilização de horários e assistência ao bebê e/ou a outros filhos durante o período da sessão de tratamento.

A ausência de diferenças significativas entre as médias do BDI e EPDS das mães que completaram o tratamento e daquelas que desistiram afasta a possibilidade de que a severidade dos sintomas depressivos tenha sido responsável pelo abandono do tratamento. Por outro lado deve-se ressaltar que ansiedade avaliada na primeira sessão entre as terapeutas das pacientes que abandonaram o tratamento apresentou resultados significativos com domínios do WAI-T avaliados na mesma sessão, o que aponta para a possibilidade de uma relação entre desistência e ansiedade do terapeuta, já que nesses casos a ansiedade influenciou diretamente a aliança em um momento crucial do tratamento. Ainda assim é prematuro creditá-la como única responsável pela desistência dos pacientes. Conforme mencionado em recente trabalho ³⁰ não existe uma variável isolada que seja capaz de levar o indivíduo a abandonar o tratamento, mas sim fatores combinados que agem desintegrando a relação terapêutica a um ponto que a mesma não é mais percebida como tal pelo paciente.

Uma preocupação inicial do estudo era se a pouca experiência dos terapeutas influenciaria negativamente o trabalho, embora a literatura indique que terapeutas com menor experiência são capazes de se vincular tão bem quanto aqueles mais experientes ²⁵. Para controlar isso se deu uma maior atenção na performance do terapeuta, aumentando o padrão de cuidado e identificando terapeutas que pudessem precisar de treinamento adicional. A utilização de um tratamento manualizado, fato raro em estudos de aliança ³¹, contribuiu positivamente para esse controle. Essa prática já foi utilizada em estudos que também utilizaram terapeutas sem extensiva prática anterior ^{32 33}.

Convém ressaltar que mesmo que os dados tenham apontado para uma interferência da ansiedade do terapeuta na aliança terapêutica isso não se deu em uma escala suficiente para prejudicar o tratamento, vide o decréscimo das médias nas escalas de avaliação de depressão utilizadas (onde, como mencionado anteriormente, o modelo Construtivista Relacional se mostrou mais efetivo). Esse achado reforça a idéia de que a psicoterapia é efetiva no tratamento da depressão pós-parto.

Embora os resultados apontem para a existência de uma relação entre ansiedade e aliança, uma generalização dos resultados ainda necessitaria de outros estudos que avaliassem a atuação dessa característica particular sobre o desempenho em outros modelos de tratamento e em outras populações.

REFERÊNCIAS

1. Moraes IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PL, Faria AD. Prevalence of postpartum depression and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2006; 40(1): 65-70.
2. Miller LJ, Postpartum Depression. *Jama*. 2002; 287 (6): 762-765.
3. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2000; 57: 1039-1045.
4. Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, Pilkonis PA. The role of the therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacological outcome: findings in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin Psych*. 1996; 64(3): 532-539.
5. Horvath A, Symonds D, Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Psychol*. 1991; 38(2): 139-149.
6. Andusyna TP, Tang TZ, DeRubeis RJ, Luborsky L. The factor structure of the working alliance inventory in cognitive-behavioral therapy. *J Psychother Pract Res*. 2001; 10:173-178.
7. Tang TZ, DeRubeis RJ. Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clin Psych Sci Pract*. 1999; 6:283-288.
8. Kokotovic AM, Tracey TJ, Working Alliance in the early phase of counseling. *J Couns Psych*. 1990; 37: 16-21.

9. Andrade LH, Gorenstein C. Aspectos gerais das escalas de ansiedade. *Ver Bras Psiq Clin*. 1998; 25(6): 6-16.
10. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Brit J Psych*. 1987; 150:782-786.
11. Beck AT, Steer R, Gorbin M. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clin Psych Rev*. 1988; 8:77-100.
12. Horowitz JA, Damato E, Solon I, Von Metzch G, Gill V. Postpartum depression: issues in clinical assessment. *J Perinatology*. 1995; 15:268-278.
13. Beck AT, Brown G, Epstein N, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety. *J Cons Clin Psych*. 1988; 56: 893-897.
14. Keedwell P, Snalth RP. What do anxiety scales measure? *Acta Psych Scand*. 1996; 93: 177-180.
15. Cunha JA. Estudos dos pontos de corte do BDI e BAI na versão em português. In: Cunha JA, editora. 8º. Congresso Nacional de Avaliação Psicológica; 1999. Porto Alegre, Brasil. Porto Alegre; 1999.
16. Horvath AO, Greenberg LS. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *J Couns Clin Psych*. 1989; 36: 223-233.
17. Bordin ES. Of human bonds that bind or free. *Residential address delivered at the meeting of the Society for Psychotherapy Research*. Pacific Grove, CA; 1980.

18. Hatcher RL, Barendis AW. Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *J Couns Clin Psych.* 1996; 64(6): 1326-1336.
19. Beck AT, Rush, AJ, Shaw, BF, Emery G. *Terapia Cognitiva da Depressão.* Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1997.
20. Beutler L, Clarkin JF, Bongar B. *Guidelines for the Systematic Treatment of the Depressed Patient.* Nova York (NY): Oxford University Press; 2000.
21. Botella L. Personal Construct Psychology, Construtivism and Postmodern thought. In: Neimeyer RA, Neimeyer GJ, editors. *Advances in Personal Construct Psychology.* Greenwich: Jai Press; 1995. P. 3-36.
22. Botella L, Corbella J. A Relational Construtivism Approach to Narrative Therapy. *Eur J Psych Couns Heal* 2000; 3: 407-418.
23. Escala de Indicadores de Classe Social. In: <http://www.abep.org.br> (website). Rio de Janeiro (RJ): Associação Brasileira de Estudos Populacionais; 2003.
24. de Abreu CN, Roso M. Cognitivismo e Construtivismo. In: de Abreu CN, Roso M, editores. *Psicoterapias Cognitiva e Construtivista.* Porto Alegre (RS): Artmed; 2003. P. 35-50.
25. Barber JP, Luborsky L, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Weiss RD, Thase ME, Connolly MB, Gladis M, Foltz C, Siquelnd L. Therapeutic Alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *J Couns Clin Psych.* 2001; 69(1): 119-124.

26. Bordin ES. Theory and Research on the Therapeutic Working Alliance – New Directions. In: Horvath AO, Greenberg L, editors. *The Working Alliance – Theory, Research and Practice*. Nova York (NY): Wiley-Interscience; 1994. P. 13-37.
27. Righetti-Vettelma M, Bouquet A, Manzano J. Impact of postpartum depressive symptoms on mother and her 18 month-old infant. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2003; 12: 75-83.
28. Wierzbicki M, Pekarik G. A Meta-analysis of Psychotherapy dropout. *Profes Psych Res Prac*. 1993; 24: 190-195.
29. Peindl KS, Wisner KL. Successful recruitment strategies for women in postpartum mental health trials. *J Psych Research*. 2003; 37: 117-125.
30. Lhulier AC. Abandono de tratamento em psicoterapias realizadas numa clínica-escola (Tese de doutorado). Porto Alegre (RS): pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; 2002.
31. Horvath A, Symonds D. Relation between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: a Meta-Analysis. *J Couns Clin Psych*. 1991; 38(2): 139-149).
32. McCaul M, Svikis D. Improving client compliance in outpatient treatment: Counselor-targeted interventions. *Nat Inst Drug Res Monograph*. 1991; 106: 204-217.
33. Gustafson J. Do more...and do it better. Staff-related issues in the drug treatment field that affect the quality and effectiveness of services. *Nat Inst Drug Res Monograph*. 1991; 106: 53-62.

TABELAS

Tabela 5
Regressão Linear (β) para Ansiedade do Terapeuta e Aliança Terapêutica do Paciente (WAI-C) no modelo TCP.

BAI	WAI - 1ª. SESSÃO		WAI - 4ª. SESSÃO		WAI - 7ª. SESSÃO	
	TAREFA	VÍNCULO	TAREFA	VÍNCULO	TAREFA	VÍNCULO
1ª. Sessão (β)	-7,429	-9,929	-11,929	-24,929*	-17,143	-23,857*
4ª. Sessão (β)	—	—	-11,929	-24,929*	-17,143	-23,857*
7ª. Sessão (β)	—	—	—	—	-0,600	1,700
	OBJETIVO	OBJETIVO	OBJETIVO	OBJETIVO	OBJETIVO	OBJETIVO
	-2,643	-6,714	-6,714	-6,714	-12,929	-12,929

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabela 6

Regressão Linear (β) para Ansiedade do Terapeuta e Aliança Terapêutica do Terapeuta (WAI-T) no modelo TCP.

BAI	WAI - 1ª. SESSÃO		WAI - 4ª. SESSÃO		WAI - 7ª. SESSÃO	
	TAREFA	VÍNCULO	TAREFA	VÍNCULO	TAREFA	VÍNCULO
1ª. Sessão (β)	-9,071	-1,786	-3,500	-6,214	-18,643**	-10,143*
4ª. Sessão (β)	—	—	-3,500	-6,214	-18,643**	-10,143*
7ª. Sessão (β)	—	—	—	—	-8,700*	-6,700*
	OBJETIVO	OBJETIVO	OBJETIVO	OBJETIVO	OBJETIVO	OBJETIVO
	-7,000	-6,071	-6,071	-6,071	-30,000*	-30,000*

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

TABELAS

Tabela 7
Regressão Linear da Ansiedade do Terapeuta com a Aliança Terapêutica do Paciente (WAI-C); ΔWAI_{2-1} e ΔWAI_{3-1}

BAI 1 ^a . Sessão (β)	TAREFA	ΔWAI_{2-1} VÍNCULO	OBJETIVO	TAREFA	ΔWAI_{3-1} VÍNCULO	OBJETIVO
Geral	3,613	-4,387	2,242	-1,919	-6,161	-2,645
TC	12,059	5,941	8,235	6,176	1,471	4,706
TCP	-4,500	-15,000	-4,071	-9,714	-13,929*	-10,286

* $p < 0,05$

Tabela 8
Regressão Linear da Ansiedade do Terapeuta com a Aliança Terapêutica do Terapeuta (WAI-T); ΔWAI_{2-1} e ΔWAI_{3-1}

BAI 1 ^a . Sessão (β)	TAREFA	ΔWAI_{2-1} VÍNCULO	OBJETIVO	TAREFA	ΔWAI_{3-1} VÍNCULO	OBJETIVO
Geral	2,274	-1,613	2,548	-9,774	-4,581	-9,468
TC	-1,235	0,882	3,882	-10,118	-0,941	3,706
TCP	5,571	-4,429	0,929	-9,571	-8,357	-23,000*

* $p < 0,05$

ANEXO 01. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

À Senhora: _____

A Depressão pós-parto (ou tristeza pós-parto) se caracteriza por perda de energia, humor depressivo, dificuldade para dormir e distúrbio do sono. Sendo assim, o seu tratamento é muito importante devido a repercussão no desenvolvimento de sua criança e no relacionamento desta com a senhora. A pesquisa que estamos lhe convidando a participar visa avaliar a efetividade de um modelo de tratamento psicoterapêutico para Depressão pós-parto. Para isto, contamos com a sua participação, e a seguir levamos ao seu conhecimento outras informações referentes a pesquisa:

- I. Os modelos de intervenção poderão trazer benefícios para o desenvolvimento de seu filho, para o bem-estar da família e para inserção mais rápida da senhora em suas atividades.
- II. O abandono de seu tratamento pode se tornar um risco para a senhora e seu bebê devido a fragilidade deste momento.
- III. A sua participação na pesquisa será inicialmente de nove encontros, sendo dois para a aplicação de questionários e sete para o tratamento psicoterápico.
- IV. Após seis meses do tratamento, marcaremos um novo encontro com a senhora para nova aplicação de questionários.
- V. Durante todo acompanhamento, a senhora terá acesso a todo e qualquer tipo de esclarecimento sobre seu tratamento e quanto aos objetivos deste estudo.
- VI. A senhora poderá interromper a sua participação na pesquisa a qualquer momento, e se desejar, será encaminhada para tratamento no CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).
- VII. A senhora não terá nenhuma despesa ao participar do estudo, pois lhe será fornecido vale-transporte para o seu deslocamento até o local onde será atendida e para retornar a sua casa.
- VIII. Os dados fornecidos pela senhora durante o seu acompanhamento serão utilizados posteriormente para análise e produção científica, contudo, a equipe envolvida na pesquisa garante que a sua identidade permanecerá em sigilo visando manter a sua privacidade e a de sua família.
- IX. Caso ocorra algum dano a sua saúde, causado pelo nosso tratamento, nos responsabilizaremos em encaminhá-la à resolução necessária.

DECLARAÇÃO DA CLIENTE

Eu _____ declaro que após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Além disso, declaro ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida com a equipe da pesquisa.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE DO INVESTIGADOR

Eu _____ declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como também me coloquei a disposição da cliente para esclarecer as suas dúvidas. A cliente compreendeu a explicação e deu seu consentimento.

INVESTIGADOR RESPONSÁVEL: PROF. DR. RICARDO TAVARES PINHEIRO
TELEFONE PARA CONTATO: 32848104

Pelotas, ____ de _____ de 20__

ANEXO 02. EDIMBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)

Nos últimos sete dias:

1. *Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas.*
0 () Como eu sempre fiz.
1 () Não tanto quanto antes.
2 () Sem dúvida menos que antes.
3 () De jeito nenhum.
2. *Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia.*
0 () Como sempre senti.
1 () Talvez menos do que antes.
2 () Com certeza menos.
3 () De jeito nenhum.
3. *Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas.*
3 () Sim, na maioria das vezes.
2 () Sim, algumas vezes.
1 () Não muitas vezes.
0 () Não, nenhuma vez.
4. *Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão.*
0 () Não, de maneira alguma.
1 () Pouquíssimas vezes.
2 () Sim, algumas vezes.
3 () Sim, muitas vezes.
5. *Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo.*
3 () Sim, muitas vezes.
2 () Sim, algumas vezes.
1 () Não muitas vezes.
0 () Não, nenhuma vez.
6. *Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia.*
3 () Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles.
2 () Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes.
1 () Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles.
0 () Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes.
7. *Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho tido dificuldade de dormir.*
3 () Sim, na maioria das vezes.
2 () Sim, algumas vezes.
1 () Não muitas vezes.
0 () Não, nenhuma vez.
8. *Eu tenho me sentido triste ou arrasada.*
3 () Sim, na maioria das vezes.
2 () Sim, muitas vezes.
1 () Não muitas vezes.
0 () Não, de jeito nenhum.
9. *Eu tenho me sentido tão infeliz que tenho chorado.*
3 () Sim, quase todo o tempo.
2 () Sim, muitas vezes.
1 () De vez em quando.
0 () Não, nenhuma vez.
10. *A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça.*
3 () Sim, muitas vezes, ultimamente.
2 () Algumas vezes nos últimos dias.
1 () Pouquíssimas vezes, ultimamente.
0 () Nenhuma vez.

ESCORE TOTAL: _____

ANEXO 03. BECK DEPRESSION INVENTORY (BDI)

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve melhor a maneira que você se sente na última semana, incluindo hoje. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes fazer a sua escolha.

0 Não me sinto triste.

1 Eu me sinto triste

2 Estou triste o tempo todo e não consigo sair disto.

3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.

2 Acho que nada tenho a esperar.

3 Acho o futuro sem esperança e tenho impressão de que as coisas não podem melhorar.

0 Não me sinto um fracasso.

1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.

2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.

3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.

2 Não encontro um prazer real em mais nada.

3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

0 Não me sinto especialmente culpado.

1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo.

2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.

3 Eu me sinto sempre culpado.

0 Não acho que esteja sendo punido.

1 Acho que posso ser punido.

2 Creio que vou ser punido.

3 Acho que estou sendo punido.

0 Não me sinto decepcionado comigo.

1 Estou decepcionado comigo mesmo.

2 Estou enojado de mim.

3 Eu me odeio.

0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros.

2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.

3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.

1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.

2 Gostaria de me matar.

3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

0 Não choro mais que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava.
2 Agora, choro o tempo todo.
3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que queira.

0 Não sou mais irritado agora do que já fui.
1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
2 Agora, me sinto irritado o tempo todo.
3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar.

0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas.
1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar.
2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas.
3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas.

0 Tomo decisões tão bem quanto antes.
1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava.
2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes.
3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões.

0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes.
1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo.
2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo.
3 Acredito que pareço feio.

0 Posso trabalhar tão bem quanto antes.
1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa.
3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho.

0 Consigo dormir tão bem quanto antes.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo que o habitualmente e acho difícil voltar a dormir.
3 Acordo várias horas mais cedo que costumava e não consigo voltar a dormir.

0 Não fico mais cansado que o habitual.
1 Fico cansado mais facilmente do que costumava.
2 Fico cansado em fazer qualquer coisa.
3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

0 O meu apetite não está pior do que o habitual.
1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser.
2 Meu apetite é muito pior agora.
3 Absolutamente não tenho mais apetite.

0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente.
1 Perdi mais do que 2 quilos e meio.
2 Perdi mais do que 5 quilos.
3 Perdi mais do que 7 quilos.

Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim_____ Não_____.

0 Não estou mais preocupado com minha saúde do que o habitual.

1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação.

2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa.

3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.

0 Não notei nenhuma mudança no meu interesse por sexo.

1 Estou menos interessado por sexo do que costumava.

2 Estou muito menos interessado por sexo agora.

3 Perdi completamente o interesse por sexo.

Some os pontos que obtivestes nestas questões: _____.

ANEXO 03. BECK ANXIETY INVENTORY (BAI)

Abaixo está uma lista de sintomas comuns na ansiedade. Por favor, leia cuidadosamente cada item da lista. Identifique o quanto você tem sido incomodada por cada sintoma durante a última semana, incluindo hoje, colocando um "x" no espaço correspondente, na mesma linha de cada sintoma.

	<i>Absolutamente não</i>	<i>Levemente Não me incomodou muito</i>	<i>Moderadamente Foi muito desagradável mas pude suportar</i>	<i>Gravemente Difícil de suportar</i>
1. Dormência ou formigamentos				
2. Sensação de calor.				
3. Tremores nas pernas.				
4. Incapaz de relaxar.				
5. Medo que aconteça o pior.				
6. Atordoado ou tonto.				
7. Palpitação ou aceleração do coração.				
8. Sem equilíbrio.				
9. Aterrorizado.				
10. Nervoso.				
11. Sensação de sufocação.				
12. Tremores nas mãos.				
13. Trêmulo.				
14. Medo de perder o controle.				
15. Dificuldade de respirar.				
16. Medo de morrer.				
17. Assustado.				
18. Indigestão / desconforto no abdômen.				
19. Sensação de desmaio.				
20. Rosto afogueado.				
21. Suor (não devido ao calor).				

ANEXO 05. WORKING ALLIANCE INVENTORY – VERSÃO TERAPEUTA (WAI-T)

Inventário de Aliança Terapêutica

Versão T

Instruções

Nas páginas seguintes você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu cliente.

Abaixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

Por exemplo: Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) **sempre** faça um círculo no número 7; se **nunca** faça um círculo no número 1. Use os outros números para descrever variações entre estes dois extremos.

Este questionário é CONFIDENCIAL

Responda rapidamente, suas primeiras impressões são as mais importantes.
(POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A **TODOS** OS ITENS)

Obrigado por sua colaboração.

© A. O. Horvath, 1981, 1984

Versão autorizada para Língua Portuguesa: Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
2. O(a) meu(a) cliente e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a sua situação						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
3. Tenho algumas preocupações acerca do resultado destas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
4. O(a) meu(a) cliente e eu temos confiança na utilidade das nossas atividades em terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
5. Sinto que compreendo realmente o(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
6. O(a) meu(a) cliente e eu temos uma percepção comum acerca dos seus objetivos.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

7. O(a) meu(a) cliente acha confuso o que estamos fazendo em terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
8. Acho que o(a) meu(a) cliente gosta de mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
9. Sinto a necessidade de explicar a finalidade das nossas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
10. O(a) meu(a) cliente e eu discordamos acerca dos objetivos destas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
11. Acredito que o tempo que passo com o(a) meu(a) cliente não é utilizado de um modo eficaz.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
12. Tenho dúvidas acerca daquilo que tentamos conseguir com a terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

13. Sou claro e explícito acerca das responsabilidades do(a) meu(a) cliente na terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
14. Os objetivos destas sessões são importantes para o(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) cliente fazemos em terapia não está relacionado com as suas preocupações.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
16. Sinto que aquilo que fazemos em terapia ajudará o(a) meu(a) cliente a atingir as mudanças que deseja.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
17. Estou genuinamente preocupado com o bem-estar do(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
18. Sou claro acerca do que espero que o(a) meu(a) cliente faça nestas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

19. O(a) meu(a) cliente e eu respeitamo-nos mutuamente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
20. Sinto que não sou totalmente honesto acerca daquilo que sinto em relação ao(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
21. Tenho confiança na minha capacidade de ajudar o(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
22. O(a) meu(a) cliente e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
23. Aprecio o(a) meu(a) cliente como pessoa.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
24. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante o(a) meu(a) cliente trabalhar.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

25. Como resultado destas sessões torna-se mais claro para o(a) meu(a) cliente como será possível ele(a) mudar.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
26. O(a) meu(a) cliente e eu confiamos um no outro.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
27. O(a) meu(a) cliente e eu temos idéias diferentes acerca de quais são os seus problemas.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
28. A minha relação com o(a) meu(a) cliente é importante para ele(a).						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
29. Sinto que o(a) meu(a) cliente tem medo de que se disser ou fizer algo errado, eu deixe de trabalhar com ele(a).						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
30. O(a) meu(a) cliente e eu colaboramos na definição dos objetivos destas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

31. O(a) meu(a) cliente está frustrado(a) com as coisas que eu peço para ele(a) fazer em terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para o(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
33. As coisas que fazemos em terapia não fazem muito sentido para o(a) meu(a) cliente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
34. O(a) meu(a) cliente não sabe o que esperar como resultado da terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
35. O(a) meu(a) cliente acredita que o modo como estamos trabalhando com o seu problema é correto.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
36. Eu respeito o(a) meu(a) cliente mesmo quando faz coisas que eu não aprovo.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

ANEXO 06. WORKING ALLIANCE INVENTORY – VERSÃO PACIENTE (WAI-C)

Inventário de Aliança Terapêutica

Versão P

Instruções

Nas páginas seguintes você encontrará frases que descrevem o modo como uma pessoa pode pensar ou sentir acerca do seu terapeuta.

Abaixo de cada afirmação existe uma escala de sete pontos:

1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente	Sempre

Por exemplo: Se a afirmação descrever o modo como se sente (ou pensa) **sempre** faça um círculo no número 7; se **nunca** faça um círculo no número 1. Use os outros números para descrever variações entre estes dois extremos.

Este questionário é CONFIDENCIAL

Responda rapidamente, suas primeiras impressões são as mais importantes.
(POR FAVOR NÃO SE ESQUEÇA DE RESPONDER A **TODOS** OS ITENS)

Obrigado por sua colaboração.

© A. O. Horvath, 1981, 1984

Versão autorizada para Língua Portuguesa: Paulo Machado e Cristiano Nabuco de Abreu

1. Sinto-me desconfortável com o(a) meu(a) terapeuta.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
2. O(a) meu(a) terapeuta e eu estamos de acordo acerca das coisas que são necessárias fazer em terapia para ajudar a melhorar a minha situação						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
3. Estou preocupado(a) com o resultado destas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
4. O que eu faço na terapia permite-me ver o meu problema de novas formas.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
5. Eu e o(a) meu(a) terapeuta compreendemo-nos mutuamente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
6. O(a) meu(a) terapeuta percebe, com clareza, quais são os meus objetivos.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

7. Acho confuso o que estou fazendo em terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
8. Acho que o(a) meu(a) terapeuta gosta de mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
9. Gostaria que o(a) meu(a) terapeuta e eu pudéssemos deixar claro a finalidade das nossas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
10. Discordo do meu(a) terapeuta acerca dos objetivos da terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
11. Acredito que o tempo que passo com o(a) meu(a) terapeuta não é utilizado de um modo eficaz.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
12. O(a) meu(a) terapeuta não percebe aquilo que tento conseguir com a terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

13. Está claro para mim quais as minhas responsabilidades na terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
14. Os objetivos destas sessões são importantes para mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
15. Acho que o que eu e o(a) meu(a) terapeuta fazemos em terapia não está relacionado com as minhas preocupações.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
16. Sinto que aquilo que faço em terapia me ajudará a atingir as mudanças que desejo.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
17. Acredito que meu(a) terapeuta está genuinamente preocupado com o meu bem-estar.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
18. Está claro para mim o que o(a) meu(a) terapeuta quer que eu faça nestas sessões.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

19. O(a) meu(a) terapeuta e eu respeitamo-nos mutuamente.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
20. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta não é totalmente honesto(a) acerca daquilo que sente em relação a mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
21. Tenho confiança na capacidade de meu(a) terapeuta para me ajudar.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
22. O(a) meu(a) terapeuta e eu trabalhamos para alcançar objetivos que foram mutuamente acordados.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
23. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta me aprecia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
24. Estamos de acordo acerca daquilo em que é importante eu trabalhar.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

25. Como resultado destas sessões torna-se mais claro para mim como será possível eu mudar.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
26. O(a) meu(a) terapeuta e eu confiamos um no outro.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
27. O(a) meu(a) terapeuta e eu temos idéias diferentes acerca de quais são os meus problemas.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
28. A minha relação com o(a) meu(a) terapeuta é muito importante para mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
29. Sinto que se disser ou fizer algo errado, o(a) meu(a) terapeuta deixará de trabalhar comigo.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
30. O(a) meu(a) terapeuta e eu colaboramos na definição dos objetivos da minha terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre

31. Estou frustrado(a) com as coisas que faço em terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
32. Estabelecemos um bom entendimento quanto às mudanças que seriam boas para mim.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
33. As coisas que o(a) meu(a) terapeuta me pede para fazer não fazem sentido.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
34. Não sei o que esperar como resultado da minha terapia.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
35. Acredito que o modo como estamos trabalhando com o meu problema é correto.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre
36. Sinto que o(a) meu(a) terapeuta se preocupa comigo mesmo quando faço coisas que não aprova.						
1	2	3	4	5	6	7
Nunca	Raramente	Ocasionalmente	Às vezes	Freqüentemente	Muito Freqüentemente	Sempre