

Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente

California Psychotherapy Alliance Scale as the patient version

José Alvaro M Marcolino e Eduardo Iacoponi

Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil

Resumo **Objetivo:** A aliança terapêutica corresponde a um conceito central do processo psicoterápico. Este estudo produziu a tradução para o português e examinou a confiabilidade da Calpas-P (Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia – versão do paciente).

Métodos: Para a tradução, foi adotada a técnica da retrotradução, realizada por indivíduos bilíngües. Para o estudo de confiabilidade, uma amostra de profissionais de saúde mental, atendidos em psicoterapia individual, foi convidada para responder a versão em português da Calpas-P.

Resultados: Um total de 83 questionários foi devolvido. As médias das quatro escalas da Calpas-P foram: 5,66 para a PC; 5,20 para a PWC; 6,10 para a TUI; e 5,99 para a WSC. As escalas mostraram uma alta correlação entre si, com valores variando de 0,57 a 0,74. O *Alpha* de Cronbach para a Calpas-P também foi alto: 0,90 para todos os itens; 0,71 para a PC; 0,56 para a PWC; 0,71 para a TUI; e 0,84 para a WSC.

Conclusão: Esses coeficientes apresentaram índices superiores, quando comparados àqueles do estudo original, na versão em inglês. A presente investigação, que tornou disponível a versão em português da Calpas-P e algumas de suas características psicométricas, pode contribuir para uma mensuração mais cuidadosa da aliança terapêutica por meio de sua inclusão em pesquisas futuras na psicoterapia.

Descritores Psicoterapia. Escalas. Tradução (produto). Reprodutibilidade de resultados.

Abstract **Objectives:** The alliance corresponds to a key concept in the psychotherapy process. In the study a Portuguese translation of the CALPAS-P (California Psychotherapy Alliance Scales – patient version) and reliability coefficients were created.

Methods: Bilingual individuals used back-translation technique to create a Portuguese version of the scales. To assess its reliability, a sample of mental health professionals currently attending individual psychotherapy sessions was invited to answer the translated version of CALPAS-P.

Results: Eighty-three questionnaires were filled out. Mean scale scores were 5.66 for PC, 5.20 for PWC, 6.10 for TUI and 5.99 for WSC. The scales showed a high correlation between them, with values ranging from 0.57 to 0.74. Reliability coefficients (Cronbach's alpha) for the CALPAS-P were also high: 0.90 for all items; 0.71 for PC, 0.56 for PWC, 0.71 for TUI, and 0.84 for WSC.

Discussion: These coefficients were favorably comparable to those of the original studies using the English version. Having available the Portuguese version of CALPAS-P and some of its psychometric features may facilitate the measurement of therapeutic alliance in further psychotherapy studies.

Keywords Psychotherapy. Scales. Translations. Reproducibility of results.

Introdução

Os psicoterapeutas afirmam repetidamente que o relacionamento entre o paciente e o terapeuta fornece o contexto de todos os processos psicoterápicos. Enquanto a definição de natureza e de função de relacionamento terapêutico tem se desenvolvido ao longo do tempo, sua importância no encontro terapêutico tem permanecido virtualmente inalterada.¹ A aliança terapêutica (AT) corresponde a um conceito central de processo psicoterápico. Freud² apontou para a necessidade do analista manter uma postura de “sério interesse” e “compreensão empática” do paciente, com a finalidade de que a parte saudável de seu ego pudesse formar uma ligação positiva e colaborativa com o analista. Descreveu essa ligação como transferência benéfica e via neste aspecto do relacionamento uma força para o paciente acreditar nas comunicações do analista.³ Em seus últimos escritos,⁴ Freud incluiu a possibilidade de uma ligação baseada na realidade entre terapeuta e paciente. Para ele, “o analista e a parte frágil do ego do paciente, ambos baseados no mundo externo, têm de se associar. Este pacto constitui-se na situação analítica”.

Sterba⁵ desenvolveu a noção de aliança do ego (*ego alliance*), ressaltando que uma parte intacta, saudável ou racional do ego do paciente forma um contrato consciente com o terapeuta. Greenson⁶ realçou a colaboração entre terapeuta e paciente baseada na realidade e cunhou o termo aliança de trabalho (*working alliance*). Ele apontou para um modelo com três componentes: transferência, aliança de trabalho e relacionamento real. Zetzel,⁷ que cunhou o termo aliança terapêutica (*therapeutic alliance*), esclareceu algumas diferenças entre transferência e aliança, sugerindo que a parte não neurótica do relacionamento entre paciente e terapeuta permite àquele usar a interpretação do terapeuta para perceber distinções entre as reminiscências do passado e a ligação real entre si mesmo e o terapeuta. Ela argumenta que, numa psicoterapia, o paciente oscila entre períodos em que o relacionamento é dominado pela transferência, e períodos em que prevalece a aliança de trabalho. Mais recentemente, outros autores⁸ enfatizaram a distinção entre aliança e transferência, reservando o termo aliança para os aspectos colaborativos conscientes da relação, baseados num acordo racional entre terapeuta e paciente. Segundo Bordin,⁹ a aliança tem três constituintes básicos: tarefa, vínculo e objetivos. Essa perspectiva de aliança incorpora tanto o paciente quanto o terapeuta como colaboradores ativos e enfatiza a importância do ajuste entre os participantes. A aliança de trabalho é o que é “feito para possibilitar ao paciente aceitar e seguir o tratamento verdadeiramente”.¹⁰

A aliança terapêutica (AT) é uma das poucas variáveis em psicoterapia para a qual há evidência substancial de impacto positivo no resultado do tratamento.¹¹ A AT é considerada um fator comum nas psicoterapias, à medida que não se prende a um tipo especial de psicoterapia ou a uma determinada escola teórica.¹² Em uma metanálise de 24 estudos, incorporando várias medidas de aliança e tipos de tratamento, foi observado um impacto significativo entre a AT e os resultados da psicoterapia.¹³ Outro estudo,¹⁴ que analisou da-

dos do Instituto Nacional de Saúde Mental (Programa de Pesquisa do Tratamento de Depressão), encontrou que a variável aliança terapêutica era responsável por uma maior variância no resultado do que as próprias modalidades de tratamento.

Instrumentos de avaliação da aliança terapêutica

A utilização desse construto tem sido limitada em pesquisa pela confusão e pela controvérsia a respeito da natureza da aliança. Os pesquisadores têm usado várias definições de AT, o que têm gerado múltiplos instrumentos de avaliação.⁸ Um dos primeiros foi o Inventário de Relacionamento (*Relationship Inventory – RI*).¹⁵ O RI, usado em estudos a respeito de resultados terapêuticos, mostrou que a percepção dos pacientes sobre o relacionamento muda conforme segue o curso do tratamento.¹⁶ O Relato da Sessão Terapêutica (*Therapy Session Report – TSR*)¹⁷ foi criado para capturar a experiência do paciente na psicoterapia e aborda quatro aspectos da experiência terapêutica: diálogo, troca, sentimentos e relacionamento.

A Escala de Processo Psicoterápico Vanderbilt (*Vanderbilt Psychotherapy Process Scale – VPPS*)^{18,19} tem três subescalas: envolvimento do paciente, exploração do processo e ofertas do terapeuta ao relacionamento. Análises das associações entre essas subescalas e dos efeitos pós-tratamento mostraram que o envolvimento do paciente no tratamento foi positivamente associado aos melhores resultados.¹⁸ Outros autores¹⁹ demonstraram que, por volta da terceira sessão de terapia, um eventual desfecho poderia ser previsto com base em achados da avaliação de envolvimento do paciente pela VPPS. Em um outro estudo com psicoterapia breve, o grupo da Vanderbilt²⁰ mostrou que a capacidade do paciente para relacionamento interpessoal estava significativamente associada à qualidade do desenvolvimento da aliança com o terapeuta.

Investigadores da Universidade da Pensilvânia, utilizando o Método de Contagem de Sinais de Aliança de Ajuda (*Penn Helping Alliance Counting Signs Method*),²¹ mostraram que dois tipos de aliança puderam ser identificados. No primeiro tipo, o paciente percebe o terapeuta como o maior responsável pelo avanço dos componentes de ajuda da terapia e, no segundo tipo, o paciente percebe o tratamento como um processo colaborativo em que trabalha com o terapeuta para alcançar os objetivos do tratamento. Os resultados de análises que compararam um grupo de dez pacientes que mais progrediram com um grupo de dez pacientes que menos progrediram mostraram maior frequência de aliança do segundo tipo no grupo que mais progrediu do que no de menor progressão.^{22,23} Esse grupo da Pensilvânia desenvolveu ainda a Escala de Aliança Penn (*Penn Alliance Scales*), uma forma de auto-relato do paciente e do terapeuta, a qual foi testada em pacientes dependentes de droga.²⁴ A versão do paciente foi considerada melhor preditora de resultados depois de sete meses de tratamento.

O Inventário de Aliança de Trabalho (*Working Alliance Inventory – WAI*)²⁵ procurou representar as três dimensões de alianças conceituadas por Bordin:²⁶ objetivo, tarefa e vínculo. Procurando ampliar as perspectivas de investigação, outros autores^{27,28} desenvolveram uma medida terapêutica que pu-

desse ser completada pelo paciente, pelo terapeuta ou por um avaliador clínico imparcial. Os resultados mostraram que houve uma considerável correspondência entre as três perspectivas, mas a maior concordância foi observada entre a percepção do paciente e a do terapeuta sobre a aliança. O estudo corroborou os achados de outros investigadores, isto é, houve uma significativa associação entre a qualidade da aliança, a partir da terceira sessão de terapia, e os resultados.

A Calpas (California Psychotherapy Alliance Scales)

A Calpas é baseada nas medidas de aliança previamente desenvolvidas pelos pesquisadores do Langley Porter Institute, os quais estenderam as análises de Marziali^{27,28} e desenvolveram as Escalas de Aliança Psicoterápica (*California Psychotherapy Alliance Scales – Calpas*).^{29,30} Os resultados de diversos estudos mostraram uma associação positiva entre o grau de aliança terapêutica e os resultados da psicoterapia. Contribuições positivas à aliança foram associadas ao funcionamento interpessoal, anterior ao tratamento, do paciente.^{30,31} Formas paralelas da Calpas foram criadas para ser completadas por pacientes (Calpas-P), terapeutas (Calpas-T) ou avaliadores treinados (Calpas-R). Na versão do paciente, metade dos itens foi colocada em frases com sentido positivo, e a outra foi colocada em frases com sentido negativo, numa tentativa de controlar a tendência de fornecer respostas afirmativas. Cada um dos itens da Calpas-P recebe uma pontuação que varia de 1 (absolutamente não) a 7 (totalmente). Alguns estudos têm sido realizados no sentido de avaliar a validade da Calpas.³²⁻³⁴

A versão atual da Calpas³⁵ foi desenvolvida para medir quatro dimensões relativamente independentes da aliança: (a) aliança terapêutica; (b) aliança de trabalho; (c) compreensão e envolvimento do terapeuta; e (d) acordo entre o paciente e o terapeuta em relação aos objetivos e às estratégias. Os 24 itens da Calpas estão distribuídos nessas quatro escalas, e cada dimensão da aliança foi operacionalizada em seis componentes, apresentados conforme esquema apresentado abaixo.

Escala de Avaliação do Compromisso do Paciente (PC):

- esforço do paciente em empreender uma mudança;
- boa vontade em fazer sacrifícios em relação ao tempo e ao dinheiro;
- visão da terapia como uma experiência importante;
- confiança na terapia e no terapeuta;
- participação na terapia apesar de momentos de sofrimento;
- compromisso de completar o processo terapêutico.

Escala de Avaliação da Capacidade de Trabalho do Paciente (PWC):

- auto observar suas reações;
- explorar as contribuições para os problemas;
- experimentar emoções de forma modulada;
- trabalhar ativamente com as observações do terapeuta;
- aprofundar a exploração dos temas emergentes;
- trabalhar em direção à resolução dos problemas.

Escala de Avaliação da Compreensão e Envolvimento do Terapeuta (TUI):

- capacidade do terapeuta em entender o ponto de vista e o sofrimento do paciente;
- demonstrar aceitação do paciente sem julgamentos;
- dirigir-se ao ponto central de dificuldade do paciente;
- intervir com tato e no tempo certo;
- não usar de forma incorreta a terapia para suas necessidades;
- mostrar compromisso em ajudar o paciente a vencer os problemas.

Escala de Acordo de Trabalho e Estratégia (WSC):

- aborda a semelhança de objetivos do terapeuta e do paciente;
- o esforço conjunto;
- o entendimento de como uma pessoa pode ser ajudada;
- como pode se modificar na terapia;
- como a terapia deveria proceder.

Objetivos

Os objetivos do presente estudo são: (a) traduzir, do inglês para o português, um instrumento de avaliação da aliança terapêutica, a Calpas – versão do paciente (*California Psychotherapy Alliance Scales – P*), procurando atingir uma equivalência de conteúdo, de técnica, de semântica e conceitual com a versão original; (b) realizar o estudo de confiabilidade da versão em português da Calpas-P.

Métodos

Tradução

Após o contato com os autores da Calpas, foi possível obter a versão original do manual das escalas de aliança psicoterápica da Califórnia, bem como a autorização para a tradução e o uso em pesquisa.

Para a tradução, foi adotada a técnica da retrotradução (*back translation*).^{36,37} Associada à retrotradução, foi utilizado o método bilíngüe,³⁸ que envolveu mais de um tradutor bilíngüe. Uma pessoa é considerada bilíngüe quando é fluente em dois idiomas e quando viveu, pelo menos, um ano em cada país, sendo, portanto bicultural, o que permite o entendimento necessário dos diferentes significados das palavras em ambas as línguas. Nesse estudo, duas pessoas fizeram a tradução, e uma tradutora juramentada realizou o processo da retrotradução. Em cada uma das etapas, uma das pessoas envolvidas era bilíngüe segundo o critério de Garyfallos et al.³⁸ Para aferir a tradução, foi usado o dicionário *New Collins Thesaurus*.³⁹

Estudo de confiabilidade

A confiabilidade é o índice da medida de mensurações obtidas por um instrumento, sob circunstâncias diferentes, que produzem o mesmo resultado. Significa a capacidade de um instrumento reproduzir resultados semelhantes, ao ser aplicado ou avaliado por pesquisadores diferentes ou em momentos distintos para o mesmo indivíduo ou indivíduos diversos.⁴⁰

A confiabilidade foi avaliada por meio da medida da con-

sistência interna das respostas dos sujeitos aos itens do instrumento. Para isso, foram obtidos os índices do alpha de Cronbach,⁴² que é baseado na correlação média dos itens do teste, assumindo-se que os itens de um instrumento estão positivamente correlacionados uns aos outros em função de medirem uma variável comum. Neste estudo, os índices foram obtidos para cada uma das quatro escalas da Calpas-P e para o total.

Ainda foram obtidos os índices de correlação de Spearman entre as quatro escalas da Calpas-P e entre elas e as variáveis sociodemográficas.

Os dados foram codificados e transportados para o sistema computacional *SPSS for Windows*.⁴¹ Os itens da Calpas-P que apresentavam frases com sentido negativo tiveram seus índices refletidos. A fórmula de reflexão usada foi subtrair de oito a pontuação de cada item com sentido negativo. Depois da reflexão desses itens, computou-se a pontuação das quatro escalas pela soma de cada um dos itens de cada escala, e dividiu-se o total por seis para se encontrar a média. A pontuação total da Calpas-P foi obtida pelo cálculo da média da pontuação das quatro escalas.

Sujeitos

Indivíduos adultos que estivessem em psicoterapia individual de qualquer orientação – psicodinâmica, psicodramática, fenomenológica, entre outras –, no período destinado à coleta de dados, foram convidados a participar deste estudo. Tratou-se de uma amostra de conveniência composta por sujeitos selecionados dentre alunos de um reconhecido curso de formação em psicanálise na cidade de São Paulo e também por profissionais da área de saúde.

Instrumentos

Questionário de dados sociodemográficos com informações como sexo, idade, estado civil, número de filhos, profissão, tempo de formado, tipo de psicoterapia, número de sessões por semana e duração da atual psicoterapia.

Calpas-P (California Psychotherapy Alliance Scales – versão do Paciente) é o instrumento de avaliação da aliança terapêutica, cuja tradução foi realizada neste estudo.

Procedimentos

Foi distribuído a todos os sujeitos da pesquisa um envelope com uma carta de esclarecimentos a respeito do estudo, o questionário de dados sociodemográficos e a Calpas-P. A carta esclarecia que as informações fornecidas pelos sujeitos seriam utilizadas somente para fins de pesquisa e que seriam confidenciais. Foi pedido aos sujeitos que respondessem aos questionários e à Calpas-P logo após o término de uma de suas sessões de psicoterapia. Todos os envelopes foram entregues e recolhidos pessoalmente por um dos autores da pesquisa.

Resultados

Tradução

O texto original foi traduzido pelos autores, e uma tradutora juramentada participou do processo de retrotradução.

Em cada uma das etapas, uma das pessoas envolvidas era bilíngüe segundo o critério de Garyfallos et al.³⁸ Para aferir a tradução, várias verificações subsequentes foram feitas pelos autores. Algumas vezes, o tempo verbal e a construção da sentença foram alterados para obter uma expressão usual em português. Para vários itens, foi encontrado um alto grau de equivalência entre a versão retrotraduzida e o texto original. O resultado final da tradução pode ser encontrado no Anexo.

Estudo de confiabilidade

Foi solicitado a 101 indivíduos que respondessem aos instrumentos deste estudo. Dos questionários, 83 foram devolvidos, o que representa 82% do total. A média de idade dos participantes foi de 35 anos, sendo 69 (83,1%) do sexo feminino. Quanto ao estado civil, 35 (42,2%) eram solteiros, 31 (37,3%) eram casados, 12 (14,5%) eram divorciados ou separados, e 4 (4,8%) viviam com companheiros. Não tinham filhos 46 sujeitos (55,4%). Em relação à situação profissional, 48 (57,8%) eram psicólogos, e 24 (28,9%), médicos. O tempo desde a formação dos sujeitos foi em média de 10,4 anos. A orientação teórica dos psicoterapeutas mostrou que 81,9% seguiam uma base psicanalítica. A média do número de sessões por semana foi de 2,49, enquanto a duração média da psicoterapia foi de 3,69 anos. Os dados sociodemográficos dessa amostra podem ser observados na Tabela 1.

Tabela 1 - Dados sociodemográficos da amostra.

Variável	Média (desvio-padrão)	N	%
Sexo			
Feminino		69	83,1
Masculino		14	16,9
Idade (anos)	34,6 (±8,7)		
Estado civil			
Solteiro		35	42,2
Casado		31	37,3
Divorciados		12	14,5
Vivem c/ comp		4	4,8
Viúvo		1	1,2
Profissão			
Psicólogos		48	57,8
Médicos		24	28,9
Terapeuta ocupacional		3	3,6
Outros		8	9,7
Tempo de formado (anos)	10,4 (±2,8)		
Tipo de Terapia			
Psicanalítica		68	81,9
Psicodrama		4	4,8
Junguiana		3	3,6
Outros		8	9,7
Nº de sessões/semana	2,49 (±1,25)		
Duração da psicoterapia (anos)	3,69 (±2,87)		

Para os 83 questionários respondidos, as médias dos itens da Calpas-P variaram de 1,61 a 6,26, com desvio-padrão de 0,92 a 1,61. De todos os 24 itens da Calpas-P, 18 foram pontuados, pelo menos uma vez, com a pontuação mínima de 1 e 17 e com a pontuação máxima de 7. As médias das quatro escalas da Calpas-P variaram de 5,20 (PWC) a 6,10 (TUI). O desvio-padrão de três das escalas da Calpas-P foi maior do que 0,75, com

Tabela 2 - Pontuações médias e desvio-padrão da Calpas-P: versão em português e estudo original.

Escala	Versão em português		Versão original	
	Média	Desvio-padrão	Média	Desvio-padrão
PC	5,66	(±0,85)	5,78	(±0,86)
PWC	5,20	(±0,75)	5,33	(±0,81)
TUI	6,10	(±0,67)	6,52	(±0,47)
WSC	5,99	(±0,87)	6,23	(±0,81)
Total	5,73	(±0,68)	5,96	(±0,57)

nota: Calpas-P = Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia – versão do paciente; PC = Escala de Avaliação do Compromisso do Paciente; PWC = Escala de Avaliação da Capacidade de Trabalho do Paciente; TUI = Escala de Compreensão e Envolvimento do Terapeuta; WSC = Escala de Acordo de Trabalho e Estratégia.

exceção da escala TUI, que ficou em 0,67 (Tabela 2). No estudo de Gaston,³⁵ as médias das quatro escalas da Calpas-P variaram de 5,33 (PWC) a 6,52 (TUI). O desvio-padrão de três das escalas da Calpas-P foi maior do que 0,80, com exceção da escala TUI, que ficou em 0,47 (Tabela 2). Como mostrado na Tabela 3, os índices de correlação (Spearman) entre as quatro escalas da Calpas-P variaram de 0,57 a 0,74. No estudo de Gaston,³⁵ os mesmos índices variaram de 0,37 a 0,62 (Tabela 3).

Tabela 3 - Correlação de Spearman entre as escalas da Calpas-P: versão em português e estudo original.

	Versão em português				Versão original			
	PC	PWC	TUI	WSC	PC	PWC	TUI	WSC
PWC	0,57	—	—	—	0,37	—	—	—
TUI	0,57	0,63	—	—	0,48	0,42	—	—
WSC	0,73	0,63	0,74	—	0,50	0,43	0,62	—
Total	0,86	0,82	0,83	0,91	0,78	0,73	0,75	0,82

nota: Calpas-P = Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia-versão do paciente; PC = Escala de Avaliação do Compromisso do Paciente; PWC = Escala de Avaliação da Capacidade de Trabalho do Paciente; TUI = Escala de Compreensão e Envolvimento do Terapeuta; WSC = Escala de Acordo de Trabalho e Estratégia.

Quanto aos índices de confiabilidade, foi analisada a pontuação de cada escala e do total. O *Alpha* de Cronbach revelou um coeficiente de 0,90 para a Calpas-P total. Os coeficientes associados às quatro escalas da Calpas-P variaram de 0,56 a 0,84, com o coeficiente mais baixo associado à PWC (Tabela 4). No estudo de Gaston,³⁵ o exame do *Alpha* de Cronbach revelou um coeficiente de 0,83 para a Calpas-P total. Neste estudo, os coeficientes associados às quatro escalas da Calpas-P variaram de 0,43 a 0,73, com o coeficiente mais baixo associado à PWC (Tabela 4).

Tabela 4 - Alpha de Cronbach (Versão em português e original).

Escala	Versão em português	Versão original
Calpas-P	Alpha Cronbach	Alpha Cronbach
PC	0,71	0,64
PWC	0,56	0,43
TUI	0,71	0,51
WSC	0,84	0,73
Total	0,90	0,83

nota: Calpas-P = Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia-versão do paciente; PC = Escala de Avaliação do Compromisso do Paciente; PWC = Escala de Avaliação da Capacidade de Trabalho do Paciente; TUI = Escala de Compreensão e Envolvimento do Terapeuta; WSC = Escala de Acordo de Trabalho e Estratégia.

Discussão

Tradução

A tradução do texto original foi feita por um dos autores, o qual é proficiente na língua inglesa e familiarizado com o con-

teúdo envolvido no material da linguagem fonte. Isso é uma condição indispensável para uma tradução adequada.³⁶ O outro autor deste trabalho, que é bilíngüe de acordo com o critério de Garyfallos et al,³⁸ revisou a tradução para o português. Várias verificações subsequentes foram feitas por ambos, nas quais os itens foram examinados exaustivamente, e foram escolhidas as expressões que melhor reproduzissem o sentido original. Assim, obteve-se uma tradução de consenso, em que cada afirmação trazia o significado mais aproximado da escala em inglês.

Um cuidado considerável foi tomado para assegurar que a tradução atingisse um nível de uso habitual da linguagem e fosse equivalente à fonte original. De acordo com Sechrest et al,⁴³ um dos problemas mais comuns para obter a equivalência sintático-gramatical é lidar com formas verbais, já que as línguas têm modos, vozes e tempos verbais diferentes, o que, algumas vezes, pode dificultar o encontro de um mesmo significado. Para tanto, em alguns momentos, o tempo verbal foi alterado para atender ao uso do tempo habitual em português.

Nesta tradução, tentou-se assegurar os tipos de equivalência.^{37,43} A equivalência de conteúdo foi garantida à medida que o conteúdo de cada item do instrumento permaneceu relevante para o fenômeno estudado. A equivalência técnica também foi respeitada quando se adotou, para a forma traduzida, o mesmo método para a coleta dos dados, sendo este condizente com o uso da população, na qual o instrumento foi aplicado. As equivalências semântica ou de vocabulário, idiomática, sintático-gramatical e conceitual foram também asseguradas à medida que se procurou obter uma linguagem como a realmente usada pelos sujeitos em perspectiva. Para tentar obter maior garantia dessa equivalência lingüística, essa versão de consenso foi enviada a uma tradutora juramentada bilíngüe para ser retrotraduzida para o inglês. A tradutora trabalhou independentemente, sendo que não tinha formação em psicologia e psiquiatria e não dispunha de qualquer conhecimento prévio do material a ser retrotraduzido.

A retrotradução foi então examinada pelos autores, que compararam cuidadosamente item a item nas duas versões em inglês (a original e a retrotradução) e na tradução para o português para determinar se o significado preciso do inglês havia sido mantido. Esse tipo de revisão assegura que tanto a linguagem-fonte quanto a linguagem-alvo são igualmente importantes no transcorrer do processo e contribuem igualmente para o conjunto final de questões. De acordo com o critério de Brislin,³⁶ a retrotradução manteve alto grau de semelhança com a versão original em inglês, segundo o qual a versão pode ser classificada com “exatamente o mesmo significado”. Os presentes achados indicam que a versão do paciente da Calpas-P traduzida para o português é um instrumento promissor para medir as várias dimensões da aliança terapêutica.

Características da Calpas-P em português

No geral, as quatro escalas da Calpas-P foram moderadamente correlacionadas, dando apoio à hipótese de que elas refletem quatro dimensões relativamente independentes da aliança. Os coeficientes encontrados na versão em português são similares àqueles encontrados no estudo original em inglês.

Na versão em português da Calpas-P, os achados aponta-

ram para uma alta estimativa da sua consistência interna. A respeito da confiabilidade, a consistência interna das quatro escalas da Calpas-P foi moderada, sendo que cada escala foi projetada para medir um espectro relativamente abrangente de comportamentos. Ao contrário, a consistência interna da Calpas-P inteira foi alta, sendo que ela contém um número quatro vezes maior de itens do que as escalas. Esses coeficientes tiveram números absolutos maiores do que aqueles encontrados no estudo original que utilizou a versão em inglês.

Embora a estimativa da consistência interna tenha sido considerada de moderada para alta, quando associada a três das escalas da Calpas-P, um baixo índice do coeficiente *alpha* foi observado para a escala PWC. Se essas estimativas são adequadas, é discutível. A PWC abrange uma ampla variedade de comportamentos. Por exemplo, alguns pacientes podem ser capazes de estabelecer uma pequena aliança de trabalho apenas em uma dada sessão.⁵ A utilidade das escalas da Calpas pode ser melhor avaliada, quando consideradas potencialmente válidas ou não.

Deve-se ainda considerar que, em sua grande maioria, a amostra foi constituída por profissionais da área de psicoterapia em processo de análise, em média de 3,7 anos, fazendo parte de sua formação. Isto pode ter influenciado na consistência interna obtida pelas respostas, caso fossem comparadas com uma amostra de sujeitos que estivessem em psicoterapia por outras razões.

Um futuro trabalho é necessário no sentido da validação da

Calpas-P. Uma importante área de investigação consistiria no exame da associação das quatro escalas da Calpas-P e das várias características pré-tratamento. Por exemplo, a escala PWC, refletindo a aliança de trabalho, pode ser particularmente associada a uma tendência, observada em certos pacientes, para a introspecção. Para um completo exame do valor do conceito da aliança e de seu papel na psicoterapia, o construto da aliança necessita ser embasado dentro de uma ampla teoria de processo de mudança em psicoterapia. Como o construto da aliança enfatiza aspectos relacionais da psicoterapia, uma teoria de desenvolvimento como a teoria de ligação proposta por Bowlby⁴⁴ pode representar uma adequada tentativa nesta direção.

Finalmente, este estudo, ao traduzir, adaptar e produzir índices psicométricos de confiabilidade, torna disponível mais um instrumento para uso em pesquisa em psicoterapia, podendo contribuir para uma mensuração mais cuidadosa da aliança terapêutica.

Agradecimentos

Aos colegas que concordaram em responder e fazer sugestões à versão em português da Calpas-P. À Fapesp (99/5517-2), pelo financiamento do estudo, e aos professores Sidney Blatt, Rainer Krause e Peter Fonagy, que fizeram comentários ao estudo durante o V Programa Anual de Treinamento em Pesquisa em Psicanálise promovido pela Associação Internacional de Psicanálise e pela Universidade de Londres, realizado em agosto de 1999.

Referências

1. Marziali E, Alexander L. The power of the therapeutic relationship. *Am J Orthopsychiatry* 1991;61(3):383-91.
2. Freud S. A dinâmica da transferência (1912). In: Edição standart brasileira das obras completas. v.12. Rio de Janeiro: Imago; 1969. p. 131-43.
3. Freud S. Sobre o início do tratamento: novas recomendações sobre a técnica da psicanálise I (1913). In: Edição standart brasileira das obras completas. v. 12. Rio de Janeiro: Imago; 1969. p. 163-87.
4. Freud S. Esboço de psicanálise. In: A técnica da psicanálise (1940) In: Edição Standart Brasileira das Obras Completas. v. 23. Rio de Janeiro: Imago; 1969. p. 199-210.
5. Sterba RF. The fate of the ego in analytic therapy. *Int J Psychoanal* 1934;115:117-26.
6. Greenson RR. The working alliance and the transference neuroses. *Psychoanal Q* 1965;34:155-81.
7. Zetzel ER. Current concepts of transference. *Int J Psychoanal* 1956;37:369-76.
8. Frieswyk SH, Allen JG, Colson DB, Coyne L, Gabbard GO, Horwitz L, et al. Therapeutic alliance: its place as process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol* 1986;1:32-9.
9. Bordin ES. The working alliance: basis for a general theory of psychotherapy. Washington (DC): American Psychological Association; 1975.
10. Bordin ES. Of humans bonds that bind or free. Pacific Grove (CA): Society for Psychotherapy Research; 1980.
11. Henry WP, Strupp HH, Schacht TE, Gaston L. Psychodynamic approaches. In: Bergin AE, Garfield SL, eds. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. New York: John Wiley; 1994. p. 467-508.
12. Wolfe BE, Goldfried MR. Research on psychotherapy integration: recommendations and conclusions from the NIMH workshop. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:448-51.
13. Horvath A, Symonds BD. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *J Counsel Psychol* 1991;38:139-49.
14. Krupnick JL, Sotsky S, Simmens S, Moyer J, Elkin I, Watkins J, et al. The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin Psychol* 1996;64:532-39.
15. Barrett-Lennard GT. Dimensions of therapist response as causal factors in therapeutic personality change. *Psychol Monogr* 1962;76(562).
16. Gurman AS. The client's perception of the therapeutic relationship. In: Gurman AS, Razin AM, eds. *Effective psychotherapy: a handbook of research*. New York: Pergamon Press; 1977. p. 503-43.
17. Orlinsky D, Howard K. The psychological interior of psychotherapy: exploration with the therapy session reports. In: Greenberg L, Pinsof W, eds. *The psychotherapeutic process: a research handbook*. New York: Guilford Press; 1986. p. 477-500.
18. Gomes-Schwartz B. Effective ingredients in psychotherapy: prediction of outcome from process variables. *J Consult Clin Psychol* 1978;46:1023-25.
19. O'Malley S, Suh D, Strupp HH. The Vanderbilt psychotherapy process scale: a report on scale development and a process-outcome study. *J Consult Clin Psychol* 1983;51:581-86.
20. Moras C, Strupp HH. Pre-therapy interpersonal relations, client alliance and outcome in brief psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1982;39:405-9.
21. Luborsky L. Helping alliances in psychotherapy. In: Cleghorn JL, ed. *Successful psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel; 1976. p. 92-116.
22. Alexander L, Luborsky L. The penn helping alliance scales. In: Greenberg L, Pinsof W, eds. *The psychotherapeutic process: A research handbook*. New York: Guilford Press; 1986. p. 325-66.
23. Luborsky L, Critz-Christoph J, Mintz J, Auerback A. Who will benefit

- from psychotherapy: predicting therapeutic outcomes. New York: Basic Books; 1988.
24. Luborsky L, McLellan, AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerback A. Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry* 1985;42:602-11.
 25. Horvath A, Greenberg L. The development of the working alliance inventory. In: Greenberg L, Pinsof W, eds. *The psychotherapeutic process: a research handbook*. New York: Guilford Press; 1986. p. 529-56.
 26. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 1979;16:252-60.
 27. Marziali E, Marmar C, Krupnick J. Therapeutic alliance scales: their development and relationship to psychotherapy outcome. *Am J Psychiatry* 1981;138:361-4.
 28. Marziali E. Three viewpoints on the therapeutic alliance: Similarities, differences and associations with psychotherapy outcome. *J Nerv Ment Dis* 1984;172:417-23.
 29. Marmar CR, Horowitz MJ, Weiss DS, Marziali E. The development of the therapeutic alliance rating scales. In: Greenberg L, Pinsof W, eds. *The psychotherapeutic process: a research handbook*. New York: Guilford Press; 1986. p. 367-90.
 30. Marmar CR, Weiss DS, Gaston L. Toward validation of the California therapeutic alliance rating system. *Psychol Assess* 1989;1:46-52.
 31. Gaston L, Marmar CR, Thompson LW, Gallagher D. Relation of the patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *J Consult Clin Psychol* 1988;56:483-9.
 32. Sabourin S, Coalier JC, Cournoyer LG, Gaston L. Further aspects of validity of California psychotherapy alliance scales. In: Horvath AO, Greenberg LS, eds. *Working alliance: theory, research and practice*. New York: Wiley & Sons Inc.; 1994. p. 90.
 33. Hatcher R, Hansell J, Barends A, Leary K, Stuart J, White K. Comparison of several psychotherapy alliance measures. In: Horvath AO, Greenberg LS, eds. *Working alliance: theory, research and practice*. New York: Wiley & Sons Inc.; 1994. p. 90.
 34. Tichenor V, Hill C. A comparison of six measures of working alliance. In: A O Horvath, L S. Greenberg (ed) *Working alliance: theory, research and practice*. New York: Wiley & Sons.Inc. 1994; p. 90.
 35. Gaston L. Reliability and criterion-related validity of the California psychotherapy alliance scales - patient version. *J Consult Clin Psychology* 1991;3(1):68-74.
 36. Brislin RW. Back-translation for cross-cultural research. *J Cross-Cultural Psychol* 1970;1(3):185-216.
 37. Flaherty JA. Appropriate and inappropriate research methodologies for hispanic mental health. *Health & Behavior: Research Agenda for Hispanic*. Illinois/Chicago: The University of Illinois at Chicago; 1987. (The Research Monograph Series, N 1).
 38. Garyfallos G, Karastergiou A, Adamopoulou A, Moutzoukis C, Alagiozidou E, Mala D, et al. Greek version of the general health questionnaire: accuracy of translation and validity. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84(4):371-8.
 39. Mc Lead WT. *The New Collins Thesaurus*. London: Guild Publishing; 1985.
 40. Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive textbook of psychiatry*. V. 1. 6th Ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
 41. Norusis MJ. *SPSS for Windows. Professional Statistics. Release 6.0*. Chicago; 1993.
 42. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951;16(3):297-335.
 43. Sechrest L, Fay TL, Zaidi SMH. Problems of translation in cross-cultural research. *J Cross-Cultural Psychol* 1972;3(1): 41-56.
 44. Bowlby J. *A secure base: clinical applications of attachment theory*. London: Routledge; 1988.

Correspondência

José Alvaro Marques Marcolino
Departamento de Saúde Mental da Santa Casa de São Paulo
Rua Major Maragliano, 241
04017-030 São Paulo, SP, Brasil
Tel.: (0xx11) 5087-7005
E-mail: alvaromarcolino@uol.com.br

Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia
Versão do Paciente – (Calpas-P)

1. Você se sentiu tentado a interromper a terapia quando foi incomodado ou desapontado com a terapia?
 2. Você se sentiu pressionado por seu terapeuta a fazer mudanças antes de estar preparado?
 3. Quando seu terapeuta comentou a respeito de uma situação, isso lhe trouxe à mente outras situações parecidas em sua vida?
 4. Você sentiu que, mesmo que tivesse tido momentos de dúvida, confusão ou desconfiança, o todo da terapia valia a pena?
 5. Os comentários de seu terapeuta levaram você a acreditar que ele colocou as necessidades dele antes das suas?
 6. Quando coisas importantes surgiram na sua mente, com que frequência você se percebeu mantendo-as para você mesmo em vez de dividi-las com seu terapeuta?
 7. Você se sentiu aceito/a e respeitado/a por seu terapeuta por aquilo que você é?
 8. O quanto você conteve seus sentimentos durante essa sessão?
 9. Você achou que comentários de seu terapeuta não lhe ajudaram, foram confusos, incorretos ou que realmente não se aplicaram a você?
 10. Você sentiu que esteve trabalhando junto com seu terapeuta, que os dois estavam unidos em um só esforço para superar seus problemas?
 11. Quanto você esteve livre para discutir assuntos pessoais que você habitualmente fica envergonhado/a ou com medo de revelar?
 12. Durante essa sessão, quanto você esteve disposto para continuar lutando com seus problemas, mesmo que nem sempre pudesse ver uma solução imediata?
 13. Durante essa sessão, quanto seu terapeuta esteve empenhado a lhe ajudar a superar suas dificuldades?
 14. Você sentiu que discordou do seu terapeuta a respeito do tipo de mudanças que gostaria de fazer em sua terapia?
 15. Quanto você se ressentiu do tempo, dos custos ou de outras exigências de sua terapia?
 16. Você sentiu que seu terapeuta entendeu o que você esperava atingir nesta sessão?
 17. Durante essa sessão, quanto foi importante para você olhar para as maneiras como você poderia estar contribuindo para seus próprios problemas?
 18. Quanto você se encontrou pensando que a terapia não era a melhor maneira de obter ajuda para seus problemas?
 19. O tratamento que você recebeu nesta sessão está em sintonia com suas idéias a respeito do que ajuda as pessoas em terapia?
 20. Você sentiu que esteve trabalhando em desarmonia ao seu terapeuta, que vocês não compartilharam a mesma percepção de como proceder a respeito do que poderia ajudá-lo no que deseja?
 21. Quanto você se sentiu confiante de que, por seus próprios esforços e aqueles de seu terapeuta, você terá alívio de seus problemas?
 22. Você teve a impressão de que esteve incapacitado de aprofundar o entendimento do que está incomodando você?
 23. Quanto você discordou de seu terapeuta a respeito de quais questões eram mais importantes trabalhar durante essa sessão?
 24. Quanto seu terapeuta ajudou você a conseguir um aprofundamento da compreensão dos seus problemas?
-