



UC/FPCE_2013

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Terapia Familiar Sistémica com Famílias Voluntárias e Involuntárias: Contribuições dos Terapeutas para a Aliança Terapêutica

Ana Rita Valente Paz Moura (anarita.moura27@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subárea de especialização em Sistémica, Saúde e Família sob a orientação de Doutora Ana Paula Relvas e Dr.^a Luciana Sotero

Terapia Familiar Sistêmica com Famílias Voluntárias e Involuntárias: Contribuições dos Terapeutas para a Aliança Terapêutica

Resumo: O presente estudo tem como principal objetivo perceber se os terapeutas contribuem para a construção da aliança terapêutica de forma distinta com famílias involuntárias e voluntárias. Mais concretamente, esta investigação visa comparar os contributos dos terapeutas (em regime de coterapia) para a aliança terapêutica, em ambas as condições. A prossecução desse objetivo geral foi operacionalizado através da utilização do *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA - Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006), aplicado a uma amostra portuguesa constituída por 40 casos arquivados de terapia familiar, subdividida em 20 casos com famílias involuntárias e 20 casos com famílias voluntárias. Os resultados da primeira sessão revelam a existência de diferenças estatisticamente significativas nos contributos dos terapeutas em duas dimensões, Envolvimento no Processo Terapêutico e Sentimento de Partilha de Objetivos dentro da Família, com resultados superiores para o grupo de famílias involuntárias. Na 4ª sessão não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as subamostras, em nenhuma das dimensões da aliança terapêutica. Da primeira para a quarta sessão, também não foram encontradas diferenças nos contributos dos terapeutas, em nenhuma das subamostras. Os resultados são discutidos e compreendidos atendendo às especificidades da condição de involuntário e voluntário e tendo em conta a concetualização de aliança terapêutica proposta pelos autores do SOFTA.

Palavras-chave: Terapia Familiar, Famílias Involuntárias e Voluntárias, SOFTA, Contributos dos Terapeutas para a Aliança Terapêutica

Systemic Family Therapy with Voluntary and Involuntary Families: Therapists Contribution for the Therapeutic Alliance

Abstract: This study aims to explore the differences in therapeutic alliance construction between involuntary and voluntary families. Particularly, our research pretends to compare the therapists' role (in co-therapy) on both conditions. The achievement of this overall goal was accomplished using the System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA - Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). It was applied to a Portuguese sample composed to 40 field families in familiar therapy whose 20 was involuntary families and the other 20 was volunteer families. The first sitting results showed significant differences between both conditions, in particular on Engagement in the Therapeutic Process and Shared Sense of Purpose. The volunteer families show higher results. On the 4th sitting there were no significant differences between groups on the therapeutic alliance. The first to the fourth session, we did not find differences in the contributions of therapists in any of the groups. The results are discussed and understood considering both condition specificities and the SOFTA therapeutic alliance conceptualization.

KeyWords: Family Therapy, Involuntary and Voluntary Families, SOFTA, Therapists Contribution for the Therapeutic Alliance

Agradecimentos

À Doutora Ana Paula Relvas, pela sapiência.

À Dra. Luciana Sotero, pela orientação.

À minha mãe, a quem dedico cada passo desta longa caminhada. Uma mãe sem fim, sem a qual nada do que consegui seria sequer possível de imaginar. Agradeço-lhe a inspiração e a força calada e discreta de quem nunca desiste. Obrigada é pouco.

À minha avó e ao amor incondicional que me deu, todos os dias ao longo destes cinco anos. Um amor que me mostra sem hesitar, a todo o momento. Um amor que nem sempre sei retribuir, mas que sinto, sem que o possa comparar a nenhum outro. Obrigada é pouco.

À minha irmã, simplesmente porque me faz rir. Simplesmente porque trouxe à minha vida um sentido que não conhecia. Obrigada é pequenino. Como ela.

Aos três homens da minha vida: ao meu pai por gostar de mim e pela sua paciência infinita; ao meu irmão pelas boleias e por me fazer rir com tanto disparate e ao meu avô pela disponibilidade e carinho.

À minha afilhada Maria, ao Vasco e à Isabel.

A toda a minha família que, cada um à sua maneira, sempre acreditou em mim. Sempre me desejou a melhor sorte. Sempre me quis bem.

À Raquel e à Soraia. As de sempre e para sempre. À Soraia pelo tanto que me diverte e por ainda me surpreender. À Raquel por ser a melhor.

À Diana e à Dulce. À Marlene, à Alexandra, à Cátia, por terem vindo. Por terem ficado. A todos os meus amigos, por o serem.

Ao que acabou e ao que doeu, pela força e pelo recomeço que reinventei.

Às coisas boas que começam e chegam sem avisar.

A Coimbra pelo que me deu, pelo que me ensinou, pelo tanto que ganhei e cresci.

À saudade.

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento Concetual	2
1 – Aliança Terapêutica	2
1.1 – A Aliança Terapêutica nas Terapias Conjuntas: Caraterísticas e Avaliação	4
2 – Contributos dos Terapeutas para a Aliança Terapêutica	6
3 – Clientes Voluntários <i>versus</i> Involuntários	8
II - Objetivos	11
III- Metodologia	12
1 - Amostra	12
2 – Métodos de Recolha da Amostra	12
3 – Caraterização da Amostra	14
3.1 – Amostra dos Terapeutas	14
3.2 – Amostra das Famílias	16
4 – Instrumento e Procedimentos de Aplicação	18
5 – Procedimentos de Investigação	20
6 – Procedimentos Estatísticos	20
IV - Resultados	21
1 – Nível de Acordo Intercodificadores	21
2 – Contribuições dos Terapeutas para a Aliança Terapêutica com Famílias Involuntárias e Voluntárias, na sessão 1 e na sessão 4	22
3 – Evolução das Contribuições dadas pelos Terapeutas para a Aliança Terapêutica, da sessão 1 para a sessão 4, com Famílias Involuntárias e Famílias Voluntárias	24
V - Discussão	25
VI – Conclusões	30
Bibliografia	32
Anexos	36

Introdução

Uma característica essencial de qualquer tipo de psicoterapia é a aliança terapêutica estabelecida entre terapeutas e clientes. A força da aliança é um preditor do êxito do tratamento e, nesse sentido, tem sido objeto de grande interesse teórico (Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006). Porém, a investigação tem investido largamente no estudo e compreensão da aliança em terapia individual, existindo pouca informação no que concerne ao seu estabelecimento e manutenção no contexto da terapia familiar (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2009). O estabelecimento da aliança terapêutica neste contexto acarreta alguns desafios particulares (Escudero, 2009). Trabalhar com famílias exige que os terapeutas estabeleçam e mantenham alianças com várias pessoas simultaneamente, o que pode ser dificultado não só pelos conflitos existentes entre os elementos da família, como pelas implicações, fora das sessões, que podem advir das entrevistas conjuntas (Friedlander & Tuason, 2000 citado por Friedlander, Horvath, Cabero, Escudero, Heatherington & Martens, 2006). Esta questão torna-se ainda mais complexa e delicada, considerando o facto de alguns clientes não procurarem voluntariamente a terapia. Apelidados de “involuntários” o trabalho junto destes clientes levanta questões de nível ético, dificuldades na sua definição e identificação, bem como a necessidade de estratégias e técnicas terapêuticas específicas, como forma de potenciar ao máximo a proficuidade das intervenções (Sotero & Relvas, 2012).

A lacuna existente, relativamente ao conhecimento dos comportamentos observáveis que contribuem para a construção da aliança terapêutica, foi mote para o desenvolvimento do *System for Observing Family Therapy Alliances* – SOFTA (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006). Especificamente criado para o contexto de terapia familiar este instrumento é baseado nas condutas específicas que refletem a força da aliança terapêutica em quatro dimensões (Envolvimento, Conexão Emocional, Segurança e Sentimento de Partilha de Objetivos) (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2009).

No contexto de terapia familiar, o presente estudo tem como objetivo geral perceber se os terapeutas contribuem ou não da mesma forma para a aliança, com clientes voluntários e involuntários. Para isso, proceder-se-á à

comparação dos contributos dos terapeutas com famílias voluntárias e involuntárias, recorrendo à utilização do SOFTA-o versão terapeuta.

I – Enquadramento Conceptual

1) Aliança Terapêutica – Concetualização e Investigação

O conceito de aliança terapêutica foi originalmente proposto por Freud (1912), no seio da teoria psicanalítica. Primeiramente, descreve-a como o afeto manifestado pelo cliente face ao terapeuta; como uma forma positiva de transferência (Freud, 1912 citado por Corbella & Botella, 2003). A aliança é entendida, nesta visão psicanalítica, como um tipo de transferência positiva relacionada com o afeto e a confiança do paciente em relação ao terapeuta (Freud, 1912 citado por Escudero, 2009). A partir daqui, muitos autores tentaram definir este conceito e, na impossibilidade de referir todos eles, não deixa de ser pertinente destacar alguns: Roger (1951, 1957) foi pioneiro na tentativa de definir quais os componentes ativos da relação terapêutica e apontou a empatia, respeito incondicional pelo cliente e a congruência, como as características essenciais exigidas aos terapeutas, como forma de estabelecer uma relação terapêutica de qualidade (Roger, 1951, 1957 citado por Horvath & Greenberg, 1989). O cliente deve sentir que o terapeuta o aceita sem o julgar, o compreende e é empático (Roger, 1957 citado por Honea-Boles & Griffin, 2001); Strupp (1973) traz uma contribuição inovadora, afirmando que a aliança terapêutica é decisiva em todos os modelos de terapia – descreve-a como um constructo transversal aos diferentes modelos teóricos, com influência na eficácia de qualquer terapia, independentemente das técnicas utilizadas (Strupp, 1973); Sterba (1934, 1940) defende que, para que este trabalho conjunto seja possível, é importante que o cliente se identifique com o terapeuta. Algumas das ideias de Sterba serviram de base para uma das mais valorizadas conceções de aliança terapêutica, a de Bordin (Sterba, 1934, 1940 citado por Corbella & Botella, 2003). Bordin (1979) considera que a aliança existente entre cliente e terapeuta, no contexto de terapia individual, é uma das chaves, se não “a chave” do processo de mudança e tentou construir uma definição de aliança terapêutica de aplicação universal, integradora e heurística, para que todas as escolas terapêuticas/teóricas se identificassem com um conceito comum a

todas elas (Bordin, 1979). Define aliança terapêutica como a colaboração entre cliente e terapeuta no que se refere à identificação conjunta de três componentes: tarefas, objetivos e vínculo positivo. Bordin (1980) acrescenta que uma aliança positiva não tem um poder curativo, por si mesma, mas que é um ingrediente que torna possível a aceitação e a continuidade do processo terapêutico (Bordin, 1979). Assim, integrado e fundindo diferentes definições de aliança terapêutica, sobretudo originárias da terapia psicanalítica, Bordin constrói a sua própria definição, alargando a sua aplicação a outras formas de psicoterapia, para além do contexto da psicanálise (Bordin, 1979). Em 1986, Pinsof e Catherall, aplicaram a definição de aliança terapêutica de Bordin à terapia familiar sistémica (Corbella & Botella, 2003). Pinsof (1994) é também um autor de destaque na conceptualização e investigação da aliança terapêutica em terapia familiar, chamando a atenção para a importância da criação de uma aliança entre o terapeuta com cada elemento da família, com cada subsistema familiar e com o conjunto familiar, em si. Introduce, também, uma nova dimensão da aliança a que chamou “aliança intra-sistema” que diz respeito à aliança criada entre os membros da família, excluindo o terapeuta, bem como à aliança criada entre a equipa terapêutica, excluindo os clientes (Pinsof, 1994, 1995 citado por Escudero, 2009). Assim, apesar das diferentes concepções de aliança terapêutica existentes, é possível identificar dois aspetos comuns a todas elas: a existência 1) de uma conexão emocional ou relação afetiva entre o terapeuta e o cliente, bem como 2) de uma colaboração mútua entre os mesmos, no que respeita aos objetivos e tarefas terapêuticas (Relvas, Escudero, Sotero, Cunha, Portugal & Vilaça, 2010).

A investigação sobre a aliança terapêutica é, ainda, muito relevante atendendo aos estudos, sobretudo em contexto de terapia individual, que têm mostrado: 1) a existência de uma correlação positiva entre aliança e mudança terapêutica, numa variedade de modalidades de tratamento (Castonguay & Beutler, 2005; Constantino et al., 2002 citado por Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006) existindo, ainda, evidências que sugerem que a aliança é particularmente preditiva dos resultados da terapia, quando medida no início do tratamento. Os terapeutas devem iniciar a construção da aliança desde o primeiro minuto, preparando formas de ultrapassar a sua rutura ao primeiro sinal dessa possibilidade. O terapeuta

deve estabelecer, monitorizar, reparar e manter uma ligação positiva e um forte nível de colaboração com os seus pacientes ao longo do tempo, uma vez que a aliança conseguida numa fase intermédia também está associada aos resultados finais (Constantino et al., 2002 citado por Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006); 2) existem evidências de que a aliança é vista e avaliada de forma diferente por terapeutas e clientes, especialmente durante as fases iniciais do tratamento. No entanto, quando mais similares forem as perceções de ambos na fase intermédia e final, mais positivos se esperam que sejam os resultados da terapia (Horvath & Bedi, 2002 citado por Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006); 3) a literatura empírica também mostra que a aliança terapêutica se encontra positivamente correlacionada com algumas características e comportamentos dos clientes (flexibilidade, expectativas face à mudança ou qualidade das relações interpessoais) e negativamente correlacionada com outros (evitamento, dificuldades interpessoais) (Constantino et al., 2002 citado por Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006); 4) pesquisas sugerem que algumas características e comportamentos dos terapeutas estão positivamente correlacionados com a aliança terapêutica (cordialidade, flexibilidade, sensibilidade nas interpretações feitas) (Ackerman & Hilsenroth, 2003 citado por Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006), ao passo que outras a dificultam (rigidez, criticismo) (Ackerman & Hilsenroth, 2001 citado por Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006); 5) como consequência de muitos anos de pesquisa e estudo da aliança terapêutica, existem alguns instrumentos psicométricos capazes de medir este constructo, quer da perspectiva do terapeuta, quer da do cliente ou de observadores externos (Constantino et al., 2002; Horvath & Greenberg, 1994 citado por Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006).

1.1 - A Aliança Terapêutica nas Terapias Conjuntas:

Caraterísticas e Avaliação

Segundo Escudero (2009) o trabalho terapêutico com uma família tem uma complexidade diferente da que é característica da terapia individual, pois o terapeuta tem de criar e manter adequadamente uma relação a vários níveis - tem de estabelecer uma relação terapêutica não só com cada um dos indivíduos presentes na sessão, como também com o conjunto de todos eles,

através de um contexto de colaboração e de gestão de conflitos, motivações e expectativas por vezes distintas. Cabe ao terapeuta o papel de construir, juntamente com a família, uma nova narrativa, integradora e unificadora, partindo da visão que cada um dos seus elementos tem relativamente ao problema (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006). Algumas diferenças entre terapia individual e familiar devem ser apontadas: 1) embora o conflito relativamente a outras pessoas significativas possa estar presente na terapia individual, esse conflito, ao contrário do que acontece na terapia familiar, não tem repercussões na vida fora das sessões, pois o indivíduo tem a opção de manejar a informação conforme lhe aprouver, não tendo de a partilhar diretamente com outros na sessão (Friedlander, 2000 citado por Escudero, 2009); 2) a gestão dos segredos, que numa sessão familiar podem ser revelados contra a vontade de alguém, pois nenhum elemento tem controlo sobre o que os restantes dizem e podem, desta forma, ficar expostos a informação que queriam ocultar (Imber-Black, 1993 citado por Escudero, 2009); 3) o sentimento de segurança, condição essencial e prioritária no processo terapêutico, é também mais difícil de criar num contexto familiar, pois, ao contrário do que acontece com um só indivíduo, o terapeuta tem menos controlo sobre o que é dito e menos possibilidade de respeitar os ritmos de cada cliente (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2009). Todas estas questões dificultam o estabelecimento da aliança terapêutica nos processos de terapia familiar, sendo que o foco da terapia não é unidirecional, mas antes multidirecional e complexo, tendo em conta a necessidade de criar um contexto de segurança e receptividade com todos os membros da família (Pinsof, 1995 citado por Escudero, 2009). Muñiz de la Peña, Friedlander e Escudero (2009), chamam, inclusivamente, a atenção para um fenómeno particular da terapia familiar designado “aliança dividida”, ou seja, a existência de uma relação terapêutica mais forte e positiva entre o terapeuta e um dos clientes, relativamente aos outros (Muñiz de la Peña, Friedlander & Escudero, 2009).

Para além disto, existem algumas situações em que a criação de uma aliança terapêutica inicial pode estar comprometida: 1) a estrutura de poder na família (sendo que há membros que usam mais esse poder, tornando os outros vulneráveis) (Escudero, 2009); 2) o conflito/ crise aguda entre os elementos da família (Escudero, 2009); 3) o número de elementos da família

pode determinar o estabelecimento da aliança terapêutica, pois quantas mais pessoas envolvidas na terapia, maior terá de ser a capacidade do terapeuta para estabelecer uma boa relação com cada uma delas, gerindo expectativas, competências, necessidades desenvolvimentais e dificuldades clínicas, provavelmente, distintas (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006); 4) fatores relacionados com as características particulares do sistema familiar podem dificultar a relação do terapeuta com algumas partes da família, comparativamente a outras, nomeadamente no que respeita aos diferentes níveis desenvolvimentais (crianças, adolescentes e adultos) existentes, com os quais o terapeuta tem de lidar de forma diferenciada (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2009).

Em suma, para criar alianças fortes no contexto de terapia familiar, é particularmente importante estabelecer uma atmosfera de segurança onde possíveis interações hostis entre os elementos do sistema familiar são minimizadas, em que os limites de confidencialidade são claros e os papéis e expectativas de todos os envolvidos, bem esclarecidos (Escudero, Friedlander, Varela & Abascal, 2008). Assim, os riscos de uma intervenção sistémica com famílias é maior do que quando é feita com um indivíduo isoladamente, pois a aliança estabelecida com cada membro da família, afeta e é afetada pela aliança estabelecida com todos os outros membros, o que torna este processo complexo e um grande desafio para os terapeutas (Beck, Friedlander & Escudero, 2006).

Tendo em conta as evidências de que a aliança terapêutica é decisiva ao longo da terapia, influenciando os seus resultados e a mudança terapêutica alcançada, sem esquecer a sua complexidade no que toca ao contexto de terapia familiar e de casal, é impreterível continuar e aprofundar o seu estudo e conhecimento, no que a esta área diz respeito, extrapolando a sua investigação para além do contexto de terapia individual.

2) Contributo dos Terapeutas para a Aliança Terapêutica

As características e ações dos terapeutas são fatores essenciais a ter em consideração na condução de sessões terapêuticas, uma vez que facilitam o desenvolvimento e manutenção de uma relação positiva com o cliente (Ackerman & Hilsenroth, 2003 citado por Macewan, 2009). Importa referir que os estudos sobre as contribuições do terapeuta para o estabelecimento da

aliança terapêutica são escassos e carecem de maior investimento (Sexton & Winston, 1994 citado por Corbella & Botella, 2003). Ainda assim, vários autores deram o seu parecer relativamente às qualidades e atitudes dos terapeutas, facilitadoras da aliança, em contexto de terapia individual: 1) ser empático e caloroso (Bachelor & Horvath, 1999 citado por Corbella & Botella, 2003); 2) comportamento de exploração e de valorização do cliente, por parte do terapeuta (Henry & Strupp, 1994 citado por Corbella & Botella, 2003); 3) anos de formação e experiência profissional dos terapeutas (MallincKrodt & Nelson, 1991 citado por Corbella & Botella, 2003) 4) capacidade do terapeuta de se aceitar como parte responsável pelas ruturas relacionais que acontecem na terapia e de metacomunicar sobre elas, com os clientes (Safran, Muran & Samstag, 1994 citado por Corbella & Botella, 2003); 5) centrar as suas intervenções no “aqui e agora” (Kivighan, 1990; Kivighan & Schmitz, 1992 citado por Corbella & Botella, 2003); 6) competências sociais do terapeuta (Crowley, 2001 citado por Corbella & Botella, 2003); 7) capacidades do terapeuta de adequar as suas intervenções às características dos clientes (Beutler & Clarking, 1990 citado por Corbella & Botella, 2003) e 8) criatividade e inspiração do terapeuta (Anderson, Ogles & Weis, 1999 citado por Corbella & Botella, 2003).

Satir (1967) defende que o carinho, apoio e respeito para dar e receber são essenciais nesta relação entre o terapeuta e os clientes, afirmando que a família tem de sentir que o terapeuta os entende enquanto tal, sem tomar partido de ninguém. Sugere que os profissionais criem, antes de mais, um contexto em que as pessoas possam, talvez pela primeira vez, correr o risco de olhar clara e objetivamente para si próprios e para as suas ações (Satir, 1967 citado por Rait, 2000). Alguns estudos sobre a temática revelaram que tanto as técnicas utilizadas pelos terapeutas, durante as sessões, como as características pessoais dos mesmos estão significativamente correlacionadas com o desenvolvimento e manutenção de uma aliança terapêutica positiva (Camps, 2008). Ao nível do trabalho realizado nas sessões, destaca-se a exploração e reflexão, as habilidades de comunicação do terapeuta, apostando no vínculo com cliente e facilitando a sua compreensão relativamente aos seus próprios problemas. No que diz respeito aos atributos pessoais, o terapeuta deve transmitir ao cliente a sensação de ser digno da sua confiança, deve ser flexível, honesto, respeitador, acolhedor, interessado

e aberto. (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Segundo Hilsenroth e Cromer (2007) a primeira sessão terapêutica assume particular importância, pois representa a oportunidade dos terapeutas desenvolverem as bases da aliança com os clientes. É provável que se estabeleça uma aliança forte se o terapeuta incluir, no seu discurso, tanto uma dimensão cognitiva como emocional, se fizer uma sessão inicial mais longa, mais envolvente e profunda, centrada em temas pertinentes; explorando questões relativas ao processo terapêutico; procurando estar em sintonia com o cliente e não numa postura defensiva ou de julgamento e dando espaço ao cliente para identificar novas questões com as quais possa atingir um nível mais elevado de compreensão e discernimento (Hilsenroth e Cromer, 2007 citado por Macewan, 2009). Bruch (1974), defende que, num primeiro encontro com o cliente, o terapeuta deve mostrar abertura, consciência de si mesmo, das suas reações e sentimentos; confiança e sensibilidade; deve transmitir ao cliente a ideia de que é um ouvinte simpático e compreensivo e ter capacidade para entender as necessidades do mesmo, fazendo esforços para estabelecer uma relação de confiança mútua (Bruch, 1974 citado por Macewan, 2009).

Apesar dos contributos dos terapeutas, facilitadores de uma aliança terapêutica positiva (tais como a abertura, assertividade, confiança, capacidade de comunicação e empatia), serem sobretudo direcionados ao contexto de terapia individual, também são válidos para os de terapia familiar. No entanto, é importante referir que a maior qualidade de um terapeuta, no trabalho com famílias, deve ser a sua capacidade de compreender e de se relacionar com todos os elementos do sistema (Camps, 2008) através do desenvolvimento simultâneo e sistemático de alianças múltiplas (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2009).

3) Clientes involuntários *versus* clientes voluntários

Glucksthal-Philipp (1999) define clientes voluntários como clientes com alguma capacidade de introspeção e exploração de si próprios, de responsabilização e aceitação de que têm um papel importante na resolução das suas próprias dificuldades (Glucksthal-Philipp, 1999). No entanto, grande parte dos clientes envolvidos em processos psicoterapêuticos não reúne estas características. A definição de clientes involuntários é complexa

e até controversa. Thibaut e Kelley (1959) atribuem algumas características a este tipo de relação: 1) não é voluntária se o cliente se sentir coagido psicológica ou legalmente a manter esta relação, sem que existam outras alternativas válidas e/ou mais satisfatórias para o cliente; 2) o cliente mantém-se nessa relação porque as consequências de a deixar podem ser demasiado elevadas e, por último, 3) o cliente acredita que existem melhores alternativas e, por isso, sente-se em desvantagem nesta relação (Thibaut & Kelley, 1959 citado por Sotero & Relvas, 2012). Cingolani (1984) defende que as técnicas, modelos e conceitos utilizados com clientes voluntários, não devem ser aplicados com clientes involuntários e vai mais além, afirmando que a intervenção com este tipo de clientes não pode ser considerada um processo terapêutico, mas sim um processo político, de sanção e controlo social (Cingolani, 1984); Rooney (1992) divide os clientes involuntários em duas categorias: clientes mandatados (recorrem à terapia ou procuram ajuda de um profissional de saúde mental, devido a uma coação legal ou ordem judicial) e clientes não voluntários (procuram essa mesma ajuda devido a pressões não legais, mas de outras entidades ou pessoas significativas, como por exemplo familiares próximos, a escola, a entidade empregadora, etc.), sendo por vezes encarados com clientes voluntários, mas altamente “resistentes”¹ e não colaborativos – são os chamados involuntários invisíveis (Rooney, 1992 citado por Sotero & Relvas, 2012).

Assim, tendo em conta as diferentes definições apresentadas, pode perceber-se a complexidade que o conceito “clientes involuntários” transporta consigo, existindo vários critérios para a sua identificação. Porém, parecem existir dois aspetos essenciais: referenciação (quem faz o pedido) e vontade do cliente (posição/sentimentos/perceções do cliente face ao pedido e objetivos pessoais da intervenção). O critério da vontade não é linear, uma vez que a vontade do cliente se envolver na terapia tem flutuações ao longo do processo – um cliente pode iniciar a terapia como involuntário e ir progressivamente passando para voluntário, ou vice-versa, dependendo da forma como percebe os serviços e da forma como decorre o processo, ao longo do tempo (Chui & Ho, 2006). Assim, há que perceber qual o grau de envolvimento do cliente na terapia, num determinado momento, não sendo

¹ Entre aspas como forma de salvaguardar a não utilização deste conceito numa perspetiva de 2º Cibernética. Conceito explorado mais à frente neste enquadramento.

suficiente atender apenas ao seu *status* inicial ou a quem fez o pedido (Sotero & Relvas, 2012). Parece existir algum grau de certeza quanto à condição de “involuntariedade” de um cliente quando este não recorre à terapia espontaneamente, por necessidade ou desejo próprio (sem qualquer tipo de coação) e quando não demonstra vontade, motivação e interesse em envolver-se ativamente no processo terapêutico (Sotero & Relvas, 2012).

O trabalho com clientes involuntários tende a ser visto como mais difícil, complexo e menos produtivo, pois estes clientes são, geralmente, definidos pelos terapeutas como resistentes, não colaborantes, difíceis, em negação ou hostis (De Jong & Berg, 2001). Sendo a “resistência” um dos aspetos mais apontados como uma dificuldade à intervenção com estes clientes, foram vários os autores que se propuseram a olhá-lo de uma outra forma, “reenquadrando-o”. O termo “involuntário” e “resistência” são, muitas vezes, utilizados de forma indiscriminada, sendo essencial fazer a sua distinção: “involuntário” refere-se ao estatuto do cliente, ao passo que a “resistência” diz respeito a comportamentos ou características que dificultam o processo terapêutico (Chui & Ho, 2006). Miller (2003) defende que tal tanto é válido para os clientes como para os terapeutas, pois a “resistência” é criada na interação entre ambos. Os terapeutas podem ser tão “resistentes” como os clientes, sendo esta “resistência” mutuamente reforçadora (Miller, 2003 citado por Chui & Ho, 2006). Rooney (1992) também circunscreve a “resistência” ao interior da relação terapêutica, acreditando na existência de “técnicos involuntários”, ou seja, terapeutas que estão tão relutantes em trabalhar com clientes involuntários, como estes com eles (Rooney, 1992 citado por Sotero & Relvas, 2012).

Assim, a literatura aponta uma variedade de sugestões no que respeita ao trabalho com clientes involuntários, mas as intervenções que parecem ser mais bem-sucedidas, muitas vezes descritas como uma “boa prática” no trabalho com este tipo de clientes, são as terapias colaborativas e as terapias centradas nas soluções (Sotero & Relvas, 2012).

Tendo em conta todos estes aspetos inerentes à caracterização e trabalho com clientes involuntários existirão, então, diferenças ao nível dos contributos dos terapeutas para a aliança, com clientes voluntários e involuntários? Figueiredo (2012) levou a cabo um estudo, através do qual constatou a existência de diferenças nos contributos dos terapeutas para a

aliança, com clientes voluntários e involuntários. Mais especificamente, foram encontradas diferenças no modo como uma mesma equipa de coterapeutas respondeu às manifestações negativas face à aliança terapêutica, de uma família com clientes voluntários e outra com clientes involuntários – verificou-se uma elevada proximidade temporal das intervenções dos terapeutas às manifestações negativas de uma família com clientes involuntários, comparativamente com a de voluntários, o que pode sugerir que os profissionais têm uma maior necessidade de responder rapidamente a problemas na aliança, com os clientes que não procuram voluntariamente a terapia. Para além disso, os terapeutas também deram respostas/ contribuições para a aliança mais diversificadas, durante os dez minutos após as manifestações negativas da família com clientes involuntários, comparativamente com as contribuições que deram, após manifestações negativas da família de clientes voluntários (Figueiredo, 2012).

O presente estudo tem como objetivo dar continuidade à investigação sobre esta temática, procurando resposta para esta e outras questões que, inevitavelmente, se colocam.

II - Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral estudar os comportamentos dos terapeutas que contribuem para a aliança terapêutica em Terapia Familiar Sistémica com famílias voluntárias e involuntárias. Existirão diferenças nos contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica nestas duas condições? Para responder a esta questão serão analisados, com o SOFTA-o (versão terapeuta), os contributos dos terapeutas² em 40 casos de terapia familiar, a fim de perceber de que forma estes contribuem para a aliança em 20 casos com famílias voluntárias e 20 casos com famílias involuntárias. Para o efeito serão estudadas as gravações em vídeo da 1ª e da 4ª sessão de cada um dos casos, a fim de se obterem dados relativos às contribuições dos terapeutas para a aliança, numa fase inicial e intermédia da terapia.

² Regime de coterapia nos 40 casos que constituem a amostra, tendo-se atribuído uma pontuação global aos terapeutas, tendo em conta as contribuições dadas por cada um deles, em cada dimensão do SOFTA-o (versão terapeuta) – explicado com pormenor na parte referente à metodologia utilizada no presente estudo.

Mais especificamente, este estudo visa responder às seguintes questões de investigação:

- 1) Comparar os contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica estabelecida nas duas subamostras (famílias involuntárias e famílias voluntárias) (comparação entre grupos) na 1ª sessão;
- 2) Comparar os contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica estabelecida nas duas subamostras (famílias involuntárias e famílias voluntárias) (comparação entre grupos) na 4ª sessão;
- 3) Analisar a evolução dos contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica da 1ª para a 4ª sessão na subamostra famílias involuntárias;
- 4) Analisar a evolução dos contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica da 1ª para a 4ª sessão na subamostra famílias voluntárias.

III – Metodologia

1) Amostra

Para a realização do presente estudo a amostra utilizada³ é constituída por 40 processos terapêuticos terminados, dos arquivos do Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (CEIFAC) e do Centro de Prestação de Serviços à Comunidade (CPSC) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, instituições onde decorreram as intervenções, entre 2001 e 2010. Destes processos, 20 correspondem a famílias na condição de voluntárias e os 20 restantes correspondem a famílias na condição de involuntárias. Do total de processos, 27 correspondem a processos terminados e 13 a *dropouts*. Assim, a amostra que serviu de base a esta investigação é composta por cerca de 70 vídeos de sessões, cada um deles com uma duração aproximada de 1h30.

2) Métodos de recolha da amostra

Todos os processos que compõem a amostra são referentes a intervenções sistémicas centradas em questões familiares, existindo, pelo menos, dois elementos da família envolvidos na terapia. Em cada sessão

³ Anteriormente recolhida, no âmbito de um Projeto de Doutoramento (SFRH/BD/65773/2009)

participaram dois terapeutas, em regime de coterapia, bem como terapeutas observadores, atrás de um espelho unidirecional; as sessões foram divididas em três momentos: primeira parte da sessão com duração de cerca de 50 minutos, intervalo de 10 minutos (com troca de reflexões entre a equipa terapêutica) e comentário final de 5 minutos (com uma devolução, à família, das principais ideias e reenquadramentos surgidos atrás do espelho). Adotou-se um modelo integrativo de terapia breve (6/7 sessões com espaçamento de aproximadamente 3 semanas), com intervenções derivadas de várias orientações familiares. Pelo menos um dos terapeutas envolvidos na terapia tinha formação específica em Terapia Familiar e Intervenção Sistémica (Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar). Resta acrescentar que todas as famílias deram o seu consentimento para a utilização do sistema de gravação audiovisual.

Até se chegar à amostra final utilizada na presente investigação, vários foram os procedimentos prévios, levados a cabo no âmbito de outros estudos - a fim de garantir que a mesma cumpria os requisitos necessários. Assim, foram analisados de forma detalhada todos os processos clínicos de terapia familiar, arquivados no CEIFAC e no CPSC, ao nível das gravações audiovisuais, dos pedidos de consulta, bem como dos relatórios de sessão. O primeiro critério de inclusão na amostra estabelecido foi o critério da referenciação para a terapia, sendo que a primeira análise aos processos teve como objetivo distinguir: a) os casos que foram referenciados por uma entidade de carácter institucional; dos b) casos em que o pedido de consulta foi feito espontaneamente. De entre todos os processos correspondentes à primeira condição – pedido não espontâneo – e após nova análise dos processos, tendo em conta o segundo critério de inclusão na amostra – o critério da vontade dos clientes em participar na terapia – foram aleatorizados 20 processos em que: a) pelo menos metade dos elementos da família manifestaram não querer, não precisar e/ou não acreditar na utilidade da terapia, na 1ª sessão do processo terapêutico. Depois de selecionada, deste modo, a subamostra de famílias involuntárias, o mesmo foi feito para os processos em que o pedido de ajuda foi espontâneo, tendo sido aleatorizados 20 processos em que: b) todos os elementos da família manifestaram querer, precisar e/ou acreditar na utilidade da terapia, no início do processo terapêutico (1ª sessão), correspondentes à subamostra de famílias

voluntárias.

3) Caracterização da amostra

Dada a sua relevância para a presente investigação, será de seguida caracterizada, de forma detalhada, a amostra de terapeutas que participaram nos 40 processos terapêuticos em estudo. Posteriormente, também será feita uma descrição, embora mais concisa, da amostra das famílias.

3.1) Amostra de Terapeutas

A amostra de terapeutas é composta por 80 terapeutas no total (regime de coterapia em cada um dos 40 casos em estudo). Porém, é de salientar que 18 terapeutas estiveram presentes em mais do que um processo terapêutico, existindo, na realidade, 31 terapeutas para os 40 processos.

Para caracterizar a amostra de terapeutas foram recolhidos dados relativos ao: sexo, idade, formação em Terapia Familiar e Intervenção Sistémica, da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar (TFIS-SPTF) e anos de experiência clínica.

Os dados referentes às idades foram organizados em 5 faixas etárias (20-25; 26-30; 31-35; 36-40 e > 40); quanto à variável formação em TFIS-SPTF, esta foi dividida em três categorias: a) com formação, b) em formação e c) sem formação; o estado civil contempla 5 categorias (solteiro, casado, divorciado, em união de facto e sem informação relativamente ao estado civil do terapeuta); relativamente aos anos de experiência clínica foram consideradas 5 categorias (de 3 em 3 anos), incluindo a categoria “estagiários” - Mestrado Integrado em Psicologia, subárea de especialização Sistémica, Saúde e Família, a realizar estágios curriculares tanto no CEIFAC como no CPSC.

Pela análise da Tabela 1 pode concluir-se que, no que diz respeito ao sexo na amostra de terapeutas, a maioria dos mesmos é do sexo feminino, tanto nas famílias involuntárias (85.0%) como nas voluntárias (72.7%); relativamente à idade, a faixa etária mais representativa situa-se no intervalo de 26 a 30 anos, em ambas as subamostras e a menos, dos 36 aos 40 anos (7.5%) nas famílias involuntárias e dos 31 aos 35 nas famílias voluntárias, com a mesma percentagem; quanto ao estado civil, a categoria mais representativa, nas famílias involuntárias, diz respeito aos terapeutas

solteiros (55.0%) não existindo, nesta subamostra, terapeutas divorciados ou em união de facto.

Tabela 1

Caraterização da Amostra de Terapeutas (N=80)

Características	Famílias involuntárias		Famílias voluntárias	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo				
Feminino	34	85.0	29	72.7
Masculino	6	15.0	11	27.5
Idade				
20-25	9	22.5	7	17.5
26-30	18	45.0	16	40.0
31-35	4	10.0	3	7.5
36-40	3	7.5	7	17.5
>40	6	15.0	7	17.5
Estado Civil				
Solteiro	22	55.0	12	30.0
Casado	12	30.0	19	47.5
Divorciado	-	-	1	2.5
União de facto	-	-	5	12.5
Sem informação	6	15.0	3	7.5
Formação em TFIS-SPTF				
Com formação	21	52.5	16	40.0
Em formação	6	15.0	17	42.5
Sem formação	13	32.5	7	17.5
Anos de experiência				
Estagiário	8	20.0	3	7.5
1-3	10	25.0	10	25.0
4-6	14	35.0	18	45.0
7-9	1	2.5	2	5.0
>9	7	17.5	7	17.5
Total	40	100.0	40	100.0

No grupo de famílias voluntárias, a maioria dos terapeutas são casados (47.5%) e a minoria divorciados (2.5%); quanto à formação, 52.5% dos terapeutas, nas famílias involuntárias, têm formação em TFIS-SPTF, bem como 40.0% dos terapeutas nas famílias voluntárias.

Na subamostra famílias involuntárias, 15% dos terapeutas estavam em formação, assim como 42.5% nas famílias voluntárias. Quanto aos terapeutas sem formação, no grupo de famílias involuntárias existiam 32.5% e 17.5% no grupo das famílias voluntárias.

Finalmente, e no que toca aos anos de experiência clínica, a maioria dos terapeutas da amostra total tinham entre 4 a 6 anos de experiência. A categoria menos representada encontra-se entre os 7 a 9 anos de experiência.

É de salientar o facto de, no trabalho de coterapia desenvolvido em cada um dos processos terapêuticos que constituem a amostra, pelo menos um dos terapeutas ser certificado pela Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, não comprometendo a qualidade das intervenções terapêuticas, mesmo quando o outro terapeuta é alguém mais novo, com menos formação e menos experiência clínica.

3.2) Amostra das Famílias

Para caracterizar a presente subamostra, foram recolhidos dados relativos às características familiares de cada uma das 40 famílias selecionadas, nomeadamente: a) etapa do ciclo vital da família e b) composição familiar.

No que se refere à etapa do ciclo vital, optou-se pela utilização do sistema de codificação de Relvas (1996), uma vez que é o único elaborado para a população portuguesa. Para a sua operacionalização, examinaram-se os 40 processos, mais especificamente o pedido de consulta e genograma de cada família. O referido sistema aponta para a existência de cinco etapas desenvolvimentais (com um conjunto de tarefas e transformações de nível familiar, expetáveis em cada uma delas): a) Formação do casal (início da constituição de uma nova família, pautado pela escolha do parceiro), b) Família com filhos pequenos (nascimento do primeiro filho e consequente aparecimento de um novo subsistema: o parental), c) Família com filhos na escola (entrada dos filhos na escola e confronto com a primeira crise de desmembramento da família), d) Família com filhos adolescentes

(necessidade em definir um novo equilíbrio entre as dimensões individual, familiar e social), e e) Família com filhos adultos (saída dos filhos de casa e reestruturação da relação de casal, por parte dos pais) (Relvas, 1996).

Relativamente à composição familiar, segundo Alarcão (2006), esta pode ser classificada de acordo com os seguintes tipos de família: a) Família nuclear intata (representada por ambos os pais e respetivo (s) filho(s)); b) Família monoparental (cuja geração de pais está representada por apenas um elemento); c) Família reconstituída (novo sistema familiar, constituído por elementos que, num passado mais ou menos próximo, tiveram outras famílias) e d) Família adotiva (pais que acolheram uma criança ou adolescente com o qual não partilham laços de sangue) (Alarcão, 2006). A recolha de dados relativa à composição familiar de cada família que compõe a amostra foi feita a partir de uma análise detalhada de cada processo terapêutico, particularmente, do genograma familiar.

Tabela 2

Caraterísticas Familiares da Amostra das Famílias (N=40)

Características familiares	Famílias involuntárias		Famílias voluntárias	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Etapa do ciclo vital				
Família com filhos pequenos	-	-	2	10.0
Família com filhos na escola	5	25.0	10	50.0
Família com filhos adolescentes	8	40.0	5	25.0
Família com filhos adultos	7	35.0	3	15.0
Composição familiar				
Família nuclear intata	12	60.0	13	65.0
Família monoparental	4	20.0	5	25.0
Família reconstruída	4	20.0	1	5.0
Família adotiva	-	-	1	5.0
Total	20	100.0	20	100.0

Através da análise da Tabela 2, é possível verificar que, no que respeita à etapa do ciclo vital, das 20 de famílias involuntárias, a maior parte encontra-se na fase “Família com filhos adolescentes” (40.0%). Das 20

famílias voluntárias, a maioria (50.0%) está na fase com filhos na escola. Não há, em nenhum dos grupos, a fase respeitante à Formação de casal.

Relativamente à composição familiar, em ambas as subamostras, existe o predomínio de famílias nucleares intatas – 60.0% no grupo das famílias involuntárias e 65.0% no grupo das famílias voluntárias. Nesta última subamostra está também representada a categoria “Família adotiva”, abrangendo 5.0% da média.

4) Instrumento e Procedimentos de Aplicação

Tendo em conta a grande contribuição da aliança terapêutica para o sucesso da terapia e sendo este um tema pouco explorado no contexto de terapia familiar, Friedlander e colaboradores (2006) desenvolveram o *System for Observing Family Therapy Alliances* – SOFTA, um instrumento que avalia a força da aliança terapêutica, tendo em conta comportamentos observáveis, verbais e não-verbais, quer dos terapeutas, quer dos clientes, que contribuem positiva ou negativamente para a mesma, em sessões de terapia familiar e de casal (Relvas, Escudero, Sotero, Cunha, Portugal & Vilaça, 2010). Este instrumento tem em consideração quatro dimensões: Envolvimento no Processo Terapêutico (E), Conexão Emocional com o Terapeuta (CE), Segurança dentro do Sistema Terapêutico (S) e Sentimento de Partilha de Objetivos dentro da Família (SPO) e inclui dois instrumentos de avaliação da aliança terapêutica: o SOFTA-s - instrumento de auto-resposta aplicado tanto aos terapeutas como aos clientes, no final das sessões de terapia e o SOFTA-o, correspondente a um sistema de observação, aplicável durante as sessões de terapia ou sessões gravadas, que inclui a versão cliente e a versão terapeuta.

Nesta investigação foi utilizada a tradução portuguesa da versão terapeuta do SOFTA – o (Sotero, Portugal, Cunha, Vilaça & Relvas, 2010) (Anexo1) em que três observadores treinados cotaram as gravações da 1ª e 4ª sessão, dos 40 casos de terapia familiar que constituem a amostra.

Na versão terapeuta, os descritores comportamentais são referentes à contribuição cognitiva e emocional do terapeuta para a aliança terapêutica em cada uma das quatro dimensões analisadas, consideradas no SOFTA. Em cada uma delas, o terapeuta pode contribuir positivamente, de forma verbal ou não verbal, para a aliança quando: promove um contexto de colaboração

e negociação com o cliente, no que diz respeito à definição de metas e objetivos para a terapia – dimensão Envolvimento; aposta na criação de um vínculo pessoal com os clientes – dimensão Conexão; facilita a criação de um contexto seguro para a abertura emocional e psicológica de cada elemento da família, na presença dos restantes – dimensão Segurança (Escudero, 2009) e/ ou contribui para um sentimento de solidariedade e união entre os membros do sistema familiar, ajudando-os a trabalhar em conjunto no alcance de metas comuns – dimensão Partilha de Objetivos (Sotero, Portugal, Cunha, Vilaça & Relvas, 2010). Porém, o terapeuta também pode contribuir negativamente, de forma verbal ou não verbal, para a aliança terapêutica, adotando comportamentos que dificultam o seu estabelecimento e manutenção, em cada uma das dimensões (e.g “crítica como o cliente fez (ou não fez) uma tarefa para casa” – E; “tem interações hostis ou sarcásticas com o cliente” – CE; “não toma em conta as expressões claras de vulnerabilidade de um cliente” – S; “ignora as preocupações explicitadas por um cliente” – SPO).

A tarefa de codificação da presente amostra, a fim de avaliar as contribuições dos terapeutas para a aliança terapêutica, envolveu duas fases distintas: num primeiro momento, os avaliadores observam as gravações das sessões e, perante a ocorrência de algum comportamento incluído na lista de descritores, assinalam qual dos terapeutas, T1 e/ou T2, foi autor desse comportamento e em que momento da sessão ele ocorreu.

Os codificadores devem procurar ser o mais precisos possível na deteção dos comportamentos, parando e rebobinando os vídeos sempre que necessário. No final de cada sessão, os avaliadores passam para um segundo momento da codificação que consiste na atribuição de uma pontuação a cada um dos terapeutas (tendo em conta as contribuições que cada um deles foi dando para a aliança terapêutica, ao longo da sessão), bem como uma pontuação global ao sistema de terapeutas (tendo em conta as contribuições de ambos, como um todo). Isto é feito para cada uma das dimensões avaliadas por este instrumento, à exceção da dimensão SPO, em que não são atribuídas pontuações individuais, fazendo-se apenas a cotação global dos comportamentos dos terapeutas.

As pontuações atribuídas podem variar de -3 (o comportamento do terapeuta contribuiu muito para o detrimento da experiência do cliente na

respetiva dimensão) que corresponde a uma aliança “muito problemática” a + 3 (o comportamento do terapeuta contribuiu muito para a aliança na respetiva dimensão) que corresponde a uma aliança “muito forte”, atendendo ao tipo, frequência e intensidade dos indicadores observados. Sempre que se verifiquem diferenças superiores a 1 ponto entre os juízes, estes devem debater as pontuações e voltar a visualizar a sessão, até chegarem a um acordo, eliminando essas discrepâncias (Sotero, Portugal, Cunha, Vilaça & Relvas, 2010).

5) Procedimentos de Investigação

As diferentes tarefas inerentes à realização do presente estudo, tiveram início em Setembro de 2012, tendo percorrido várias fases de trabalho, descritas de seguida nesta seção.

- 1) Formação teórica e treino de codificação com o SOFTA-o versão terapeuta a 3 mestradas (subárea de especialização Sistémica, Saúde e Família do Mestrado Integrado em Psicologia), a partir da codificação conjunta da gravação de uma sessão de terapia familiar, para avaliação do nível de acordo intercodificadores;
- 2) Estudo exaustivo do Manual de Treino SOFTA-o (versão portuguesa, Sotero et al., 2010);
- 3) Os codificadores organizaram-se semanalmente por forma a trabalharem 2 a 2 na codificação das cerca de 70 sessões gravadas que compõem a amostra, com o SOFTA-o versão terapeuta;
- 4) Nos casos em que se verificou a existência de discrepâncias superiores a 1 ponto, os codificadores debateram as pontuações e visualizaram em conjunto a sessão até chegarem a um acordo, tal como indicado no Manual de Treino do SOFTA-o (Sotero et al., 2010);

6) Procedimentos Estatísticos

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos no âmbito desta investigação, recorreu-se ao programa *Statistical Package for the Social Sciences*- SPSS (versão 20.0), tendo sido concretizadas as seguintes análises:

a) Estatísticas descritivas (frequências) para caracterizar quer a amostra dos terapeutas, quer a amostra das famílias, nas duas condições: voluntárias e

involuntárias; b) cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), com vista a avaliar o nível de acordo entre os dois codificadores que avaliaram as sessões com a grelha observacional do SOFTA – versão terapeuta; c) teste *t de student* para amostras independentes, com o objetivo de comparar os contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica, com famílias voluntárias e involuntárias, nas quatro dimensões do SOFTA; e d) teste *t de student* para amostras emparelhadas, visando analisar a evolução dos contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica da primeira para a quarta sessão, tanto nas famílias voluntárias como nas involuntárias.

Sempre que verificámos diferenças significativas entre as médias, procedemos ao cálculo da magnitude do efeito das diferenças entre os dois grupos, utilizando o Eta-quadrado, tendo seguido as orientações propostas por Cohen (Cohen 1988 citado por Pallant, 2003) para a interpretação deste valor (.01 = efeito reduzido, .06 = efeito moderado, .14 = efeito extenso).

IV - Resultados

1) Nível de Acordo Intercodificadores

Tabela 3

Nível de Acordo Intercodificadores

Dimensões SOFTA	ICC
Envolvimento	0.876
Conexão	0.906
Segurança	0.982
Partilha de Objetivos	0.987

O coeficiente de correlação intra - classes (ICC) verifica a igualdade das classificações médias atribuídas por vários sujeitos, bem como a sua consistência interna (Pestana e Gageiro, 2005).

Como se pode verificar na Tabela 3, os valores obtidos para cada dimensão do SOFTA, relativos ao nível de concordância entre os dois codificadores das sessões, são superiores a 0.8, pelo que se conclui existir uma boa consistência interna (Pestana & Gageiro 2005) e,

consequentemente, um alto nível de concordância entre os avaliadores. De notar que o valor mais elevado foi obtido para a dimensão SPO (0.987).

2) Contribuições dos Terapeutas para a Aliança Terapêutica com Famílias Involuntárias e Voluntárias, na sessão 1 e na sessão 4

Através da utilização do teste *t-student* para amostras independentes (Pallant, 2003), foram feitas comparações entre as contribuições dos terapeutas para a aliança terapêutica com famílias involuntárias e famílias voluntárias, tanto na sessão 1 como na sessão 4 (cf. Tabela 4 e 5).

Tabela 4

Contribuições dos Terapeutas para a Aliança Terapêutica na Sessão 1

Dimensões SOFTA	Condição	M	DP	t	p
Envolvimento	Involuntárias	2.70	0.470	2.081	0.044*
	Voluntárias	2.35	0.587		
Conexão	Involuntárias	1.70	0.733	0.225	0.823
	Voluntárias	1.65	0.671		
Segurança	Involuntárias	0.30	0.657	0.244	0.809
	Voluntárias	0.25	0.639		
Partilha de Objetivos	Involuntárias	1.10	0.788	2.354	0.024*
	Voluntárias	0.55	0.686		

Nota: *n* Famílias involuntárias=20; *n* Famílias voluntárias=20

* $p < 0.05$

Como indica a Tabela 4, na sessão 1 foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas contribuições dos terapeutas em duas dimensões da aliança, entre o grupo de famílias involuntárias e o grupo de famílias voluntárias, nomeadamente nas dimensões Envolvimento e Partilha de Objetivo. As diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos revelam a superioridade de resultados no grupo de famílias involuntárias

Na dimensão E, os terapeutas, na subamostra de famílias involuntárias, obtiveram uma média de 2.70 [$DP=0.470$; $t(38) = 2.081$, $p < .05$] e na subamostra de famílias voluntárias uma média de 2.35 ($DP=0.587$). Ao proceder ao cálculo da magnitude do efeito conclui-se que as diferenças

entre as médias se traduzem num efeito moderado em virtude de 10% das diferenças serem explicadas, efetivamente, pela condição de famílias involuntárias ou voluntárias.

Na dimensão SPO, os terapeutas, na subamostra famílias involuntárias, obtiveram uma média de 1.10 [$DP=0.788$; $t(38) = 2.354$, $p < .05$] e no grupo de famílias voluntárias, uma média de 0.55 ($DP=0.686$). Ao proceder ao cálculo da magnitude do efeito conclui-se que as diferenças entre as médias se traduzem num efeito moderado em virtude de 13% das diferenças serem explicadas, efetivamente, pela condição de famílias involuntárias ou voluntárias.

Nas restantes dimensões, a média das pontuações obtidas pelos terapeutas nas famílias involuntárias são superiores às obtidas nas famílias voluntárias. Contudo, estas diferenças não alcançam o limiar de significância estatística.

Tabela 5

Contribuições dos Terapeutas para a Aliança Terapêutica na Sessão 4

Dimensões SOFTA	Condição	M	DP	t	p
Envolvimento	Involuntárias	2.42	0.793	1.238	0.226
	Voluntárias	2.06	0.748		
Conexão	Involuntárias	1.83	0.718	-0.419	0.679
	Voluntárias	1.94	0.659		
Segurança	Involuntárias	0.50	0.674	-0.098	0.923
	Voluntárias	0.53	0.874		
Partilha de Objetivos	Involuntárias	0.83	0.937	0.218	0.830
	Voluntárias	0.76	0.664		

Nota: n Famílias involuntárias=20; n Famílias voluntárias=20

Através da análise da Tabela 5, pode constatar-se que na 4ª sessão não existem diferenças estatisticamente significativas nas pontuações obtidas pelos terapeutas, em nenhuma dimensão da aliança. Ainda assim, nas dimensões Envolvimento e Partilha de Objetivos a média das pontuações obtidas pelos terapeutas nas famílias involuntárias é superior às obtidas nas famílias voluntárias. Pelo contrário, na dimensão Conexão e Segurança, as

pontuações obtidas pelos terapeutas foram mais elevadas nas famílias voluntárias.

3) Evolução das Contribuições dos Terapeutas para a Aliança Terapêutica, da sessão 1 para a sessão 4, com Famílias Involuntárias e Famílias Voluntárias

Recorrendo ao teste *t-student* para amostras emparelhadas (Pallant, 2003) avaliou-se a evolução das contribuições dos terapeutas para a aliança terapêutica, da primeira para a quarta sessão, tanto nas famílias involuntárias como nas famílias voluntárias (cf. Tabela 6 e 7).

Tabela 6

Evolução das Contribuições dos Terapeutas para a Aliança Terapêutica da Sessão 1 para a Sessão 4 (Famílias involuntárias, N=20)

Dimensões SOFTA	M	DP	t	p
Envolvimento – sessão 1	2.58	0.515	0.616	0.551
Envolvimento – sessão 4	2.42	0.793		
Conexão – sessão 1	1.67	0.651	-1.483	0.166
Conexão – sessão 4	1.83	0.718		
Segurança – sessão 1	0.17	0.577	-1.301	0.220
Segurança – sessão 4	0.50	0.674		
Partilha de Objetivos – sessão 1	1.17	0.718	1.301	0.220
Partilha de Objetivos – sessão 4	0.83	0.937		

Nota: n 1ª sessão= 20, n 4ª sessão=12

Através da análise da Tabela 6 pode verificar-se que, no grupo de famílias involuntárias, não existem diferenças estatisticamente significativas nas contribuições dos terapeutas, da sessão 1 para a sessão 4.

O mesmo acontece com o grupo de famílias voluntárias, tal como se pode confirmar na Tabela 7. Ou seja, não se verificam diferenças estatisticamente significativas nas contribuições terapeutas, da sessão 1 para a sessão 4, em nenhuma das dimensões da aliança.

Tabela 7

Evolução das Contribuições dos Terapeutas para a Aliança Terapêutica da Sessão 1 para a Sessão 4 (Famílias voluntárias, N=20)

Dimensões SOFTA	M	DP	t	p
Envolvimento – sessão 1	2.29	0.588	1.167	0.260
Envolvimento – sessão 4	2.06	0.748		
Conexão – sessão 1	1.59	0.712	-1.461	0.163
Conexão – sessão 4	1.94	0.659		
Segurança – sessão 1	0.18	0.529	-1.376	0.188
Segurança – sessão 4	0.53	0.874		
Partilha de Objetivos – sessão 1	0.53	0.717	-1.000	0.332
Partilha de Objetivos – sessão 4	0.76	0.664		

Nota: n 1ª sessão= 20, n 4ª sessão= 17

V. Discussão

Pretende-se nesta seção analisar e refletir sobre o significado dos resultados alcançados com o presente estudo. Ao longo deste trabalho, o conceito de aliança terapêutica foi entendido à luz das conceitualizações dos autores do SOFTA (Friedlander et al., 2006), assumindo que a aliança pode ser definida a partir das quatro dimensões contempladas no instrumento (E, CE, S e SPO). As dimensões E e CE refletem a relação entre terapeuta e cliente, e as dimensões S e SPO, as relações estabelecidas dentro do sistema familiar. Por isso, as duas primeiras são dimensões comuns a qualquer forma de terapia, dizendo respeito à colaboração com os objetivos e tarefas terapêuticas estabelecidas e à formação de uma ligação emocional com o terapeuta, ao passo que as duas últimas são características da terapia familiar e do trabalho junto de vários indivíduos, simultaneamente (Friedlander, Lambert, Escudero & Cragun, 2008). Ainda assim, as quatro dimensões são consideradas interdependentes e estão moderadamente correlacionadas, sendo que o investimento numa delas, promove a ocorrência das demais, pelo que não devem ser examinadas de forma isolada (Relvas et al., 2010).

Assim, o presente estudo assumiu como principal objetivo comparar

os contributos dos terapeutas (em regime de coterapia) para a aliança terapêutica, com famílias involuntárias e voluntárias, numa fase inicial (sessão 1) e intermédia (sessão 4) do processo terapêutico.

No que concerne ao primeiro objetivo deste estudo, ou seja, *comparar os contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica estabelecida nas duas subamostras (famílias involuntárias e famílias voluntárias) na 1ª sessão*, a média das pontuações dos terapeutas foi superior em todas as dimensões na subamostra de famílias involuntárias, tendo sido encontradas duas diferenças estatisticamente significativas nas dimensões E e SPO. Assim, quando trabalham com famílias involuntárias os terapeutas parecem contribuir mais para estas dimensões, na primeira sessão, comparativamente às famílias voluntárias.

No que diz respeito ao SPO a diferença encontrada parece estar de acordo com a ideia de Friedlander, Escudero e Heatherington (2006) sobre a importância dos terapeutas, perante uma família involuntária, transformarem um pedido feito por uma entidade exterior à mesma, num pedido familiar que faça sentido a todos os elementos do sistema. Numa fase inicial do processo, os terapeutas poderão dar primazia ao sentimento de união e à construção de um propósito coletivo para participar na terapia. Tal parece ser mais evidente com as famílias involuntárias, pois também é nelas que existe maior probabilidade das motivações e expectativas dos diferentes membros da família serem distintos ou até contrapostos, o que exige maior preocupação por parte dos terapeutas, comparativamente às famílias voluntárias. Nestas famílias estas questões esbatem-se um pouco, pois é mais provável que a visão sobre o problema seja relativamente semelhante entre todos os elementos, e que o que cada um espera da terapia não divirja significativamente, face a um pedido comum.

Relativamente ao E, também faz sentido que os terapeutas apostem significativamente no envolvimento das famílias involuntárias no processo terapêutico, promovendo um contexto de colaboração e negociação com o cliente, no que diz respeito à definição de metas e objetivos para a terapia. Numa primeira sessão é importante que os clientes sintam o espaço terapêutico como um espaço não acusatório, onde podem tomar decisões, juntamente com o terapeuta e ter um papel ativo, ao contrário do que acontece noutros contextos em que participam (Griffin & Honea-Boles,

2001). Isto parece ser particularmente importante junto de famílias que não procuram voluntariamente a terapia e que podem chegar com um sentimento de revolta, irritação e injustiça. Nas famílias voluntárias, todos os elementos mostram vontade, motivação e desejo de se envolver na terapia⁴ não sendo necessário os terapeutas contribuírem ainda mais para esse envolvimento.

Para além disto, a seguir à dimensão E, é na CE que os terapeutas tender a fazer mais contributos para a aliança terapêutica, em ambos os grupos. Porém, os terapeutas parecem trabalhar pouco a dimensão S, tanto nas famílias involuntárias como nas voluntárias o que não parece estar de acordo com a literatura, que aponta esta dimensão como uma das mais relevantes em qualquer processo terapêutico (Friedlander et al., 2006).

Relativamente ao segundo objetivo, *comparar na 4ª sessão os contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica nas duas subamostras (famílias involuntárias e voluntárias)*, os terapeutas parecem contribuir da mesma forma para a aliança terapêutica, nos dois grupos, não tendo sido encontradas diferenças estatisticamente significativas. Assim, se no início do processo terapêutico os contributos dos terapeutas mostram algumas distinções, nomeadamente ao nível da dimensão E e SPO, numa fase intermédia estes dão contributos semelhantes para a aliança, tanto nas famílias involuntárias como nas voluntárias. Este dado aproxima-nos da hipótese colocada por De Jong e Berg (2001), relativamente às semelhanças existentes entre o trabalho com clientes mandatados e voluntários quando os terapeutas utilizam estratégias terapêuticas centradas nas soluções. Neste caso, segundo os autores, os pressupostos e procedimentos práticos são os mesmos para ambos os tipos de clientes (De Jong & Berg, 2001 citado por Sotero & Relvas, 2012). Neste estudo, perante os resultados obtidos, parece fazer sentido extrapolar esta ideia para o nível da aliança terapêutica, concluindo que, de forma genérica, os terapeutas se comportam de forma semelhante com famílias involuntárias e voluntárias.

Os resultados mostram que na 4ª sessão as dimensões para as quais os terapeutas mais parecem contribuir são o E e a CE, em ambos os grupos

⁴ Critério de seleção da subamostra famílias voluntárias: “todos os elementos da família manifestaram querer, precisar e/ou acreditar na utilidade da terapia, no início do processo terapêutico (1ª sessão)”.

(embora não de forma estatisticamente significativa) o que nos poderá remeter para a definição de aliança terapêutica de Bordin (1979), alusiva ao acordo entre terapeuta e cliente no que respeita aos objetivos da terapia e às tarefas necessárias para os alcançar, bem como à ligação afetiva estabelecida entre ambos. Na dimensão SPO os contributos dos terapeutas são tendencialmente maiores nas famílias involuntárias, mas essa diferença também não atinge o limiar de significância estatística. A dimensão S, continua a ser a dimensão em que os terapeutas menos investem e para a qual dão menos contributos, embora os resultados tenham sido um pouco superiores, comparativamente à 1ª sessão.

Quanto ao terceiro objetivo proposto, *analisar a evolução dos contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica da 1ª para a 4ª sessão na subamostra de famílias involuntárias*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. Todavia, o padrão dos contributos dos terapeutas, segue o padrão anteriormente encontrado, ou seja, maior investimento nas dimensões E e CE, seguido da dimensão SPO e finalmente S - dimensão para a qual menos contribuem.

O mesmo se verifica no quarto objetivo, *analisar a evolução dos contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica da 1ª para a 4ª sessão na subamostra de famílias voluntárias*. Em suma, as contribuições dos terapeutas na 1ª e na 4ª sessão não diferem entre si de forma significativa dentro de cada um dos grupos (análise intra-grupos) o que poderá sugerir que os terapeutas contribuem sensivelmente da mesma maneira, para a aliança, numa fase inicial e intermédia da terapia. No início de qualquer processo terapêutico, seja com famílias involuntárias ou voluntárias, o estabelecimento da aliança terapêutica é crucial para que a terapia possa vir a ter sucesso, sendo a base a partir da qual tudo o resto se constrói (Friedlander et al., 2006). Recuperando as palavras de Bordin (1979), a aliança terapêutica é uma das chaves, se não “a chave” do processo de mudança, sendo esperado que, numa fase inicial, os terapeutas façam esforços no sentido de criar uma ligação positiva com a família, como um todo, bem como com cada um dos seus elementos. Numa fase intermédia da terapia, em que, supostamente, os objetivos e tarefas terapêuticas para os alcançar já se encontram definidos e em que os terapeutas já intervêm de forma efetiva junto da família, poderá ser importante continuar a apostar na

aliança terapêutica, como forma de a manter. Intervir junto de qualquer família, implica tocar em temas dolorosos que se tentam evitar, ouvir coisas inesperadas, co-construir formas alternativas de pensar, fazendo-as refletir para agir diferente, o que poderá, eventualmente, causar algum desequilíbrio nas relações construídas, até então. A hipótese que agora se coloca é que, em simultâneo com a evolução do processo terapêutico, também a aliança terapêutica vá sofrendo oscilações. Assim, à semelhança do que acontece no momento inicial de um processo, pode ser expectável que também numa fase intermédia, os esforços dos terapeutas relativos à aliança terapêutica se assemelhem ao que foram feitos aquando da construção da mesma, mas agora no sentido de a manter. Tal parece corroborar a hipótese de Constantino et al. (2002) que alerta para a importância dos terapeutas não restringirem os seus esforços face à aliança terapêutica a uma fase inicial do tratamento uma vez que a aliança estabelecida numa fase intermédia da terapia, também se encontra associada aos resultados terapêuticos (Constantino et al., 2002 citado por Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006).

Outro dado curioso prende-se com a dimensão S – da primeira para a quarta sessão, a média dos contributos dos terapeutas para a segurança mostrou tendência a aumentar, em ambos os grupos. Os resultados encontrados neste estudo, no que a esta dimensão diz respeito, são algo controversos: os terapeutas mostraram trabalhar muito pouco neste sentido, sendo que esta foi sistematicamente a dimensão com os resultados mais baixos o que não corrobora a literatura consultada. Segundo Friedlander et al. (2006) a segurança é uma condição essencial a qualquer processo terapêutico, permitindo que cada membro da família sinta a terapia como um lugar seguro, onde pode correr riscos e ser sincero, sem medo de represálias, abrindo espaço para que novas experiências e aprendizagens possam ser adquiridas. Os resultados da presente investigação poderão alertar para a importância desta dimensão, deixando como recomendação que os terapeutas invistam e contribuam para criar um contexto terapêutico seguro, não descurando este aspeto, de extrema relevância, na sua prática clínica.

Depois de analisados os resultados do presente estudo, importa sublinhar o elevado grau de acordo intercodificadores obtido na codificação das sessões que compõem a amostra com o SOFTA-o versão terapeuta,

reforçando a utilidade deste instrumento. Porém, importa, também, destacar uma limitação do mesmo, sentida aquando da sua aplicação: restrição dos comportamentos observáveis passíveis de ser assinalados, apenas aos que constam na grelha de codificação construída pelos autores. De facto, muitas vezes se sentiu necessidade de assinalar alguns comportamentos dos terapeutas, sem que se pudesse fazê-lo, por não estarem contemplados na mesma. Em termos da amostra utilizada no presente estudo, também sobressaem algumas limitações, fundamentalmente relacionadas com o material estudado, pois alguns dos vídeos analisados apresentavam falhas ao nível do som, dificultando a perceção clara do que todos os intervenientes diziam e eram, geralmente, muito longos, diminuindo a capacidade de concentração dos codificadores.

Resta acrescentar que, de maneira geral, os resultados obtidos corroboram a literatura consultada. Dada a existência de apenas duas diferenças estatisticamente significativa, seria conveniente confirmar as tendências encontradas na presente investigação, em estudos posteriores com amostras de maiores dimensões. Ainda assim, esperamos trazer novos contributos e ideias sobre a temática, encurtando um pouco mais a distância entre o que já se sabe o muito que ainda falta saber.

VI. Conclusões

Tal como já foi referido anteriormente existe, ainda, pouca informação no que respeita ao papel dos terapeutas no estabelecimento da aliança terapêutica e aos contributos efetivos que estes podem dar nesse sentido. Também pouco que se sabe relativamente à existência de diferenças, nessas mesmas contribuições, face a famílias involuntárias e voluntárias. Assim, o presente estudo teve como objetivo geral perceber se, em contexto de terapia familiar, os terapeutas dão contributos diferentes para a aliança terapêutica, com famílias voluntárias e involuntárias.

Para tal, foi utilizada a versão terapeuta do SOFTA-o, cujos resultados revelam a existência de duas diferenças estatisticamente significativas, no grupo das famílias involuntárias, na primeira sessão, referente às dimensões E e SPO, que poderá refletir a necessidade dos terapeutas em transformar um pedido feito por uma entidade exterior à família, num pedido familiar que faça sentido para todos os elementos do sistema, bem como promover um

contexto em que a família tem um papel ativo, diferentes de outros, em que se poderá sentir julgada e posta em causa. Para além disso, não foram encontradas mais diferenças estatisticamente significativas nos contributos dos terapeutas entre as duas subamostras, nem diferenças estatisticamente significativas da primeira para a quarta sessão, nos dois grupos. Assim, uma das principais conclusões do presente estudo é que os terapeutas não dão contributos significativamente diferentes para a aliança terapêutica nas duas subamostras. Apesar das disparidades existentes entre os dois grupos em termos éticos, de definição, compreensão e intervenção, no que à aliança terapêutica diz respeito, os terapeutas parecem “comportar-se” de forma relativamente semelhante. A segunda conclusão prende-se com a importância dos terapeutas investirem continuamente na aliança terapêutica, não a restringindo ao momento inicial da terapia. Ao longo do processo terapêutico, depois de estabelecida a aliança, há que continuar a apostar na mesma, agora no sentido de a manter. Por fim, a última conclusão deste estudo relaciona-se com os resultados obtidos na dimensão S – dimensão em que a média dos contributos dos terapeutas foi sistematicamente mais baixa – que alertam para a importância de, na sua prática clínica, os terapeutas não descuidarem a criação de um contexto seguro, potencializador de mudança.

Resta acrescentar que, em estudos futuros, seria de grande utilidade replicar este trabalho com uma amostra de maiores dimensões, em que a mesma equipa de coterapeutas não esteja presente em mais do que um processo terapêutico, tal como se verificou nesta investigação.

Encerra-se o presente estudo com a consciência de que muito mais há a investigar relativamente aos contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica, tanto com clientes/famílias involuntárias como voluntárias. Ainda assim, o desejo é o de ter, de alguma forma, contribuído para aprofundar o conhecimento sobre a temática, deixando “no ar” alguma curiosidade que poderá servir de base a investigações futuras.

Bibliografia:

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1, 1-33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica* (3^a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Beck, M., Friedlander, M. L., & Escudero, V. (2006). Three perspectives on clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 355-368. doi: 10.1111/j.1752-0606.2006.tb01612.x
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Camps, C. (2008). Unpublished Master's Degree Dissertation, Vrije Universiteit Brussel, Brussel, Belgium.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: where are we and where should we go?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43 (3), 271-279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271
- Chui, W. H., & Ho, K. M. (2006). Working with involuntary clients: Perceptions and experiences of outreach social workers in Hong Kong. *Journal of Social Work Practice*, 20, 205-222. doi: 10.1080/02650530600776947
- Cingolani, J. (1984). Social conflict perspective on work with involuntary clients. *Social Work*, 29, 442-446. doi: 10.1093/sw/29.5.442
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, Terapia Familiar Sistémica com Famílias Voluntárias e Involuntárias: Contribuições dos Terapeutas para a Aliança Terapêutica
Ana Rita Valente Paz Moura (e-mail: anarita.moura27@gmail.com) 2013

investigación y evaluación. *anales de psicología*, 19 (2), 205-221.

De Jong , P. & Berg, I. K. (2001). Co-constructing cooperation with mandated clients. *Social Work*, 46, 361-374. doi: 10.1093/sw/46.4.361

Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27, 247-259.

Escudero, V., Friedlander, M., Varela, N. & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194–214. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x

Figueiredo, M. (2012). *Aliança Terapêutica em Terapia Familiar Sistémica com Clientes Voluntários e Involuntários: Microanálise das contribuições dos terapeutas*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Friedlander, M., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/11410-000

Friedlander, M., Escudero, V., Horvath, O., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M. (2006). System for Observing Family Therapy Alliances: A Tool for Research and Practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53 (2), 214-224. doi: 10.1037/0022-0167.53.2.214

Friedlander, M., Escudero, V., y Heatherington, L. (2009) *La Alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.

Glucksthal-Philipp, E. E. (1999). A specific therapeutic approach whit involuntary patients. *Clinical Social Work Journal*, 27 (2), 155-169. doi: 10.1023/A:1022870706983

- Griffin, J. E., & Honea-Boles, P. (2001). The court-mandated client: Does limiting confidentiality preclude a therapeutic encounter? *TCA Journal*, 29, 149-160.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal Counseling Psychology*, 36 (2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Macewan, G. (2009). *The Efforts of Therapists in First Session to Establish a Therapeutic Alliance*. Submitted to the Graduate School of the University of Massachusetts Amherst.
- Muñiz de la Peña, C., Friedlander, M., & Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances: How observable are they? *Psychotherapy Research*, 19, 133-142. doi: 10.1080/10503300802460050
- Pallant, J. (2003). *SPSS Survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. Maidenhead, Berkshire. UK: Open University Press.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rait, D. S. (2000). The Therapeutic Alliance in Couples and Family Therapy. *Psychotherapy in Practice*, 56 (2), 211–224.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A., Escudero, V., Sotero, L., Cunha, D., Portugal, A., & Vilaça, M. (2010). *The System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA) and the preliminar Portuguese studies*. 8th Electronic EFTA Newsletter.

- Sá, C. (2011). *Aliança Terapêutica na Terapia Familiar Sistémica com Clientes Voluntários e Involuntários*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 24 (1), 187-196. doi: 10.1590/S0102-71822012000100021
- Sotero, L., Relvas, A. P., Portugal, A., Cunha, D. & Vilaça, M. (2011) *Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar: SOFTA* [Versão Portuguesa. Versão Clientes; Versão Terapeutas]. Instrumento não publicado.
- Strupp, H.H. (1973). The interpersonal relationship as a vehicle for therapeutic learning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 13-15. doi: 10.1037/h0035620

Anexos

Anexo 1: Grelha de codificação da versão terapeuta do SOFTA-o

Errata

Página	Linha	Onde se lê	Deve ler-se
2	13 e 17	Roger	Rogers
7	31	“habilidades”	“competências”
19	25	No final de cada sessão, os avaliadores passam para um segundo momento da codificação que consiste na atribuição de uma pontuação a cada um dos terapeutas (tendo em conta as contribuições que cada um deles foi dando para a aliança terapêutica, ao longo da sessão), bem como uma pontuação global ao sistema de terapeutas (tendo em conta as contribuições de ambos, como um todo). Isto é feito para cada uma das dimensões avaliadas por este instrumento, à exceção da dimensão SPO, em que não são atribuídas pontuações individuais, fazendo-se apenas a cotação global dos comportamentos dos terapeutas.	No final de cada sessão, os avaliadores passam para um segundo momento da codificação que consiste na atribuição de uma pontuação global aos terapeutas, tendo em conta as contribuições de ambos, como um todo. Isto é feito para cada uma das dimensões avaliadas por este instrumento.
33	2	De Jong , P. & Berg, I. K. (2001). Co-constructing cooperation with mandated clients. <i>Social Work</i> , 46, 361-374. doi: 10.1093/sw/46.4.361	De Jong, P., & Berg, I. K. (2001). Co-constructing cooperation with mandated clients. <i>Social Work</i> , 46, 361-374. doi: 10.1093/sw/46.4.361
33	6	Escudero, V., Friedlander, M., Varela, N. & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants’ perceptions and therapeutic outcomes. <i>Journal of Family Therapy</i> , 30, 194–214. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x	Escudero, V., Friedlander, M., Varela, N., & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants’ perceptions and therapeutic outcomes. <i>Journal of Family Therapy</i> , 30, 194–214. doi:

			10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x
33	22	Friedlander, M., Escudero, V., y Heatherington, L. (2009) <i>La Alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja</i> . Barcelona: Paidós.	Friedlander, M., Escudero, V., & Heatherington, L. (2009) <i>La Alianza terapéutica. En la terapia familiar y de pareja</i> . Barcelona: Paidós.
34	4	Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. <i>Journal Counseling Psychology</i> , 36 (2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223	Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. <i>Journal Counseling Psychology</i> , 36 (2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
34	7	Macewan, G. (2009). <i>The Efforts of Therapists in First Session to Establish a Therapeutic Alliance</i> . Submitted to the Graduate School of the University of Massachusetts Amherst.	Macewan, G. (2009). <i>The Efforts of Therapists in First Session to Establish a Therapeutic Alliance</i> . Unpublished Master's Degree Dissertation, University of Massachusetts Amherst.

Obrigada.