



UC/FPCE_2013

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Relação entre características dos terapeutas e contributos para a força da aliança terapêutica no contexto da terapia familiar sistémica

Mafalda Sofia Soares Abreu (e-mail:mcattarina@hotmail.com)

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

Relação entre características dos terapeutas e contributos para a força da aliança terapêutica no contexto da terapia familiar sistêmica

Resumo: O presente estudo exploratório tem como principal objetivo perceber, no contexto da terapia familiar, de que forma determinadas características pessoais (sexo, idade, estado civil) e profissionais (nível de formação, experiência clínica) dos terapeutas se relacionam com os seus contributos para a aliança terapêutica. A prossecução desse objetivo foi operacionalizada tendo por base a análise da 1ª sessão e recorrendo à utilização do SOFTA-o (*System for Observing Family Therapy Alliances*), o qual permite uma análise observacional dos contributos verbais, não-verbais, positivos e negativos para a aliança dos 31 terapeutas que compõem a amostra. Os resultados demonstraram que, os terapeutas com mais de 40 anos, casados, com formação completa e/ou incompleta e com alguma ou muita experiência clínica foram os que contribuíram mais para a construção da aliança nas dimensões Envolvimento e Conexão Emocional. Nas dimensões Segurança e Partilha de Objetivos da aliança nenhuma das variáveis obtiveram diferenças significativas. Posteriormente, são discutidas algumas hipóteses que permitem explicar os resultados obtidos tendo em conta as características dos terapeutas.

Palavras-chave: Aliança Terapêutica, Terapia Familiar, Terapeutas, SOFTA-o.

Relationship between characteristics of therapists and contributions to the strength of the therapeutic alliance in the context of systemic family therapy

Abstract: This exploratory study has as main objective to perceive, in the context of family therapy, how certain personal characteristics (sex, age, marital status) and professional (level of training, clinical experience) relate the therapists to their contributions in the therapeutic alliance. The pursuit of this objective was operationalized based on the analysis of the 1st session and through the use of SOFTA-o (*System for Observing Family Therapy Alliances*), which allows an observational analysis of the contributions verbal, nonverbal, positive and negative of 31 therapists in the sample. The results demonstrate that therapists with more than 40 years, married, with full training and/or incomplete and some or a lot of clinical experience were the contributed more to building the alliance of dimensions Engagement and Emotional Connection. The dimensions Security and Sharing Objectives the alliance none of the variables obtained significant differences. Therefore, we discuss some assumptions that allow us to explain the results obtained taking into account the characteristics of therapists.

Keywords: Therapeutic Alliance, Family Therapy, Therapists, SOFTA-o.

Agradecimentos

Chegando à última etapa desta dissertação que abracei com grande entusiasmo desde o seu início e com o qual cresci pessoal e profissionalmente, resta-me agradecer aos demais protagonistas da mesma, pois sem eles, este trabalho não seria possível.

À Doutora Ana Paula Relvas e à Dra. Luciana Sotero, pela excelente orientação, pautada pela partilha de saber e rigor científico.

Ao Dr. Tomás pela enorme ajuda nos procedimentos estatísticos.

Às minhas colegas, Cristina e Ana Rita, por embarcarem comigo nesta viagem em alto mar, pautada pelos altos e baixos. Obrigada pelo companheirismo e horas de boa disposição, e pela coragem e união em cada desafio superado.

Aos meus pais, por compreenderem esta minha indisponibilidade, colaborarem sempre com uma palavra de ânimo e por nunca terem deixado de acreditar. Acima de tudo, obrigada por me deixarem voar.

À minha irmã e sobrinha que mesmo longe sabem estar tão perto.

Ao João, meu namorado, pelo apoio incondicional demonstrado, pelo caminho que temos trilhado e por ter estado sempre presente em cada momento...e à sua família que me adotou com todo o seu amor.

À Juliana, Xana e Telma, por estes anos trilhados lado a lado, pela amizade sincera, segurança e alento que sempre me transmitem.

Por fim, aos meus estimados amigos madeirenses: Hugo, Johan, Paulo e Tiago pela nossa amizade verdadeira, pela energia positiva e por acreditarem sempre em mim.

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento Conceptual	2
1.1. A Aliança Terapêutica na Terapia Familiar	2
1.2. Contribuições do Terapeuta: O terapeuta como uma variável da construção da aliança terapêutica	5
II – Objetivos	11
III - Metodologia	11
3.1. Amostra	11
3.1.1. Seleção da amostra	11
3.1.2. Caracterização da amostra dos terapeutas	12
3.2. Instrumentos	13
3.2.1. SOFTA-o	13
3.3. Procedimentos de Investigação	15
3.4. Procedimentos Estatísticos	15
IV – Resultados	16
4.1. Nível de Acordo Inter-Codificadores	16
4.2. Contributos do Terapeuta para a Aliança	16
4.2.1. Estudo da Variável Sexo	16
4.2.2. Estudo da Variável Idade	17
4.2.3. Estudo da Variável Estado Civil	18
4.2.4. Estudo da Variável Formação	19
4.2.5. Estudo da Variável Experiência Clínica	21
V – Discussão	23
VI – Conclusões	27
Bibliografia	29
Anexos	35

Introdução

Sabendo que a aliança terapêutica constitui um preditor significativo do sucesso da intervenção terapêutica (Horvath & Bedi, 2002) e apesar da longa tradição de investigações em torno deste constructo (Barber, 2009), o seu estudo no contexto em terapia familiar, sobretudo no que respeita à sua avaliação, é relativamente recente. Não obstante, reconhecida a sua importância para o alcance de melhores resultados na terapia familiar, o interesse na qualidade da aliança na prática clínica tem sido renovado e ampliado por parte dos terapeutas familiares (Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008).

Nesta sequência, e tendo em conta a lacuna existente relativamente à avaliação dos comportamentos observáveis que contribuem para uma aliança mais forte em terapia familiar, vários investigadores criaram o *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA-Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006) um instrumento de grande utilidade que é capaz de identificar comportamentos verbais e não-verbais de terapeutas e clientes que contribuem positiva ou negativamente para a aliança terapêutica. Todavia, ainda há pouca investigação empírica sobre quais os comportamentos dos terapeutas que contribuem para uma aliança terapêutica em terapia familiar (Friedlander et al., 2006).

Admitindo que o trabalho terapêutico com famílias parte de uma complexidade inicial diferente da terapia individual visto que a construção da aliança implica múltiplos níveis de relação que o terapeuta tem de gerir adequadamente (Escudero, 2009), importa considerar algumas estratégias que os terapeutas podem adotar a fim de envolver os clientes na terapia, conectar emocionalmente com eles, tornar o espaço de consulta mais seguro e aumentar o sentimento de partilha de objetivos na família.

Por outro lado, admitindo que a aliança terapêutica prediz o resultado das sessões (Heatherington & Friedlander, 1990), e reconhecendo a tendência para se assumir que os terapeutas são também responsáveis pelos resultados da terapia, na medida em que têm um papel importante no desenvolvimento da aliança (Barber, 2009), no presente estudo exploratório pretende-se perceber, recorrendo ao SOFTA-o para terapeutas e tendo por base a análise da 1ª sessão, de que forma determinadas características pessoais e profissionais dos terapeutas se relacionam com os seus contributos para a aliança terapêutica.

I – Enquadramento conceptual

1.1. A Aliança Terapêutica na Terapia Familiar

A aliança terapêutica é um conceito que tem merecido a atenção de diversos investigadores nas últimas décadas (Castro, Lamela & Figueiredo, 2009). Atualmente, existe grande consenso relativamente à sua importância no desenvolvimento do processo terapêutico, tendo-se revelado um ingrediente fundamental para o sucesso terapêutico, independentemente do modelo teórico adotado pelo psicoterapeuta (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske & Davis, 2000; Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011).

Embora não exista uma definição universalmente aceite sobre a aliança terapêutica, Bordin (1979) conceptualizou um modelo heurístico e transteórico onde a aliança terapêutica é definida como uma colaboração entre cliente e terapeuta composta por três dimensões: (1) concordância entre o cliente e o terapeuta no que respeita aos objetivos terapêuticos, (2) acordo relativamente às tarefas necessárias para os atingir e (3) uma ligação afetiva entre terapeuta e cliente. Enfatizando, assim, o carácter bidirecional da aliança esta definição implica que tenhamos que conceptualizar a aliança entre cliente e terapeuta como interdependente (Horvath & Greenberg, 1989; Safran, Muran & Sanstag, 1994), em que o sucesso de um implica o sucesso do outro (Horvath & Greenberg, 1989). Desta forma, a aliança terapêutica não deve ser considerada um conceito isolado uma vez que parece estar relacionada com um conjunto de variáveis, tais como: o cliente, as características do terapeuta e os métodos de intervenção (Saramago, 2008).

Para Gaston (1990) existem quatro dimensões na aliança, nomeadamente: 1) uma relação afetiva em direção ao terapeuta por parte do cliente, que pode ser definida como aliança terapêutica (*therapeutic alliance*); 2) a capacidade do cliente para trabalhar em terapia, que pode ser definida como aliança de trabalho (*working alliance*); 3) o envolvimento afetivo e compreensão empática do terapeuta; 4) o acordo sobre as tarefas e objetivos do tratamento por parte do terapeuta e cliente (Gaston, 1990; Hersoug, Høglend, Mongen & Havik, 2001). Apesar destas diferentes denominações (Gaston, 1990; Horvath, 2001), existem alguns aspetos que são comuns a todos eles (Henry & Strupp, 1994), nomeadamente: a) as qualidades dos terapeutas no sentido de funcionarem como base para estabelecerem uma relação de ajuda; b) a aprendizagem de experiências de tolerância que ocorrem através do desenvolvimento de processos de imitação e identificação, e que são importantes para se criar um bom relacionamento entre terapeuta e cliente; c) as qualidades do cliente para confiar e a abertura para criar as fundações de um bom relacionamento; d) mas também, uma atitude colaborativa (Gaston, 1990; Horvath & Symonds, 1991); e) e uma capacidade de negociar, entre ambos, um acordo sobre a amplitude e profundidade da psicoterapia (Horvath & Symonds, 1991).

Um dado relevante é o facto da aliança terapêutica ter vindo a ser conceptualizada como um elemento essencial para a eficácia do processo terapêutico, uma vez que promove e facilita o trabalho nas sessões e permite desenvolver os objetivos terapêuticos, devido ao ambiente de conforto, harmonia e segurança que se estabelece no *setting* terapêutico (Shinohara, 2000). Nesta linha, surgem perspetivas que afirmam consistentemente que a aliança terapêutica é o principal e mais significativo mecanismo do processo de mudança em terapia (Horvath & Symonds, 1991). Assim, os terapeutas devem esforçar-se para estabelecer, manter e reparar a aliança terapêutica e colaborar positivamente com os seus clientes.

Segundo Horvath (2006), a aliança terapêutica envolve duas dimensões principais: uma intrapessoal e outra interpessoal. A primeira pode ser estudada através de métodos de auto-questionário e a segunda através de métodos de observação do comportamento. A maior parte da investigação científica sobre a aliança tem sido desenvolvida no contexto da terapia individual (Beck, Friedlander & Escudero, 2006) sendo que, no âmbito da terapia familiar, os instrumentos para medir a aliança não são tão numerosos como na psicoterapia individual. Os mais usados foram desenvolvidos por Pinsof e Catherall (1986): *Couple and Family Therapy Alliance Scales* (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006), os quais são constituídos por três subescalas interpessoais que refletem os três componentes de Bordin: as ligações emocionais, o acordo com os objetivos e o acordo com as tarefas que o terapeuta tem que estabelecer com a) cada membro da família individualmente, b) a família como um todo, c) os subsistemas (e.g. parental) (Friedlander et al., 2006). Desta forma, estudos sobre este tópico no contexto familiar são necessários pois, de facto, pouco se sabe sobre os comportamentos observáveis que contribuem para uma forte aliança em terapia familiar (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006).

Segundo Beck, Friedlander e Escudero (2006) esta falta de conhecimentos sobre a aliança terapêutica em terapia familiar não é casual pois poderá estar relacionada com a complexidade inerente a esta modalidade terapêutica. Escudero (2009) considera que o vínculo que se estabelece entre terapeuta e cliente tem um foco claro no caso da terapia individual, mas é multifocal e complexo no caso da intervenção com uma família, porque cada cliente observa todas as relações dos restantes elementos da família com o terapeuta (Escudero, Friedlander, Varela & Abascal, 2008). Assim, enquanto no processo terapêutico individual, a relação entre terapeuta e cliente é bidirecional, na terapia familiar emerge uma complexa relação multidimensional em que a aliança entre o terapeuta e cada membro da família influencia e é influenciada pela aliança que este estabelece com os restantes membros (Beck et al., 2006). Desta forma, compreender e avaliar a aliança num sistema multigeracional, marcado por uma complexa dinâmica intrafamiliar, estabelece-se como um objetivo desafiante acarretando, assim, uma “dificuldade” diferente da terapia individual.

Nas terapias conjuntas o terapeuta tem de criar e manter, ao mesmo tempo, um relacionamento interpessoal a diferentes níveis, com os vários clientes implicados e que podem com frequência encontrar-se em diferentes estádios de desenvolvimento e com motivações distintas (Rait, 2000; Symonds & Horvath, 2004). Neste sentido, a diversidade de pontos de vista sobre o valor da terapia; os conflitos existentes entre os membros da família e/ou; os membros definirem o resultado da terapia, em termos de “ganhar ou perder” (Friedlander & Heatherington, 2006) contribuem para o conceito de *aliança dividida* ou *partida* (Heatherington & Friedlander, 1990), ou seja, ocorre quando certos membros da família estão mais envolvidos na terapia, aliando-se mais intensamente ao terapeuta, do que os restantes elementos da família (Muñiz de la Peña, Friedlander, & Escudero, 2009). Assim, pode-se considerar que a aliança terapêutica na terapia individual só depende das contribuições recíprocas do terapeuta e cliente, no entanto, na terapia familiar, as alianças com os outros membros da família são extremamente importantes, pois a colaboração entre os membros da família relativamente à terapia é uma condição importante para a aliança terapêutica (Escudero et al., 2008). Neste sentido, é muito importante que o terapeuta entenda o conceito de aliança terapêutica e tenha conhecimentos sobre um modelo a respeito dos aspetos e dimensões que contribuem para a aliança com famílias e casais (Friedlander et al., 2006), pois a complexidade e diversidade de motivações e expectativas face ao processo terapêutico podem estar na origem de conflitos entre os membros da família que, em última análise, acabam por dificultar a construção e manutenção de uma aliança com cada indivíduo e com o conjunto de todos eles (Escudero, 2009).

Dentro da terapia familiar poderíamos apontar Pinsof (1994) como o primeiro autor a romper com a tendência de conceptualizar, através de um paradigma individual, as conceptualizações e investigações sobre a aliança terapêutica (Diamond, Hogue, Liddle & Dakof, 1999; Rait, 2000). Segundo o modelo da aliança sistémica proposto por Pinsof, em 1994 e 1995, considerou-se a terapia como uma interação entre o sistema dos terapeutas e o sistema dos clientes (Friedlander et al., 2006). Desta forma, o referido autor apresentou um modelo que compreende duas dimensões da aliança: (i) a *dimensão do conteúdo*, e (ii) a *dimensão interpessoal* ou *relacional*. A primeira apoia-se na conceção tripartida de Bordin (1979) como quadro conceptual. Já a segunda tem em conta as pessoas adicionais na terapia e considera quatro componentes: a) alianças individuais (entre a pessoa individual do sistema terapêutico e o cliente)¹; b) alianças intersistemas (entre o terapeuta e os subsistemas do terapeuta, como a equipa de supervisão); c) a aliança de todo o sistema (entre o terapeuta e a família como um todo); e, d) aliança intrassistema (entre os indivíduos dos diferentes subsistemas da família e o terapeuta, mesmo que sejam co-

¹ É importante ter em conta que, geralmente, trabalha-se em co-terapia pelo que se pode supor que cada membro da família e/ou do casal possam estabelecer uma aliança distinta para com os terapeutas e vice-versa.

terapeutas ou um terapeuta e o seu supervisor) – sendo que cada componente se influencia mutuamente entre si (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2009).

Em síntese, Rait (2000) assinala quatro aspetos teóricos e clínicos que podem influenciar a relação terapêutica em terapia familiar e que marcam a diferença relativamente à terapia individual: 1) a necessidade de estabelecer múltiplas alianças em simultâneo nas sessões de terapia; 2) a triangulação, conceito que inicialmente se referia à construção de coligações com os membros mais fracos da família, mas que posteriormente se amplia ao terapeuta que pertence ao sistema familiar no momento de iniciar o processo terapêutico; 3) a influência do terapeuta sobre a família; e, 4) a posição do terapeuta, entendida com as diferentes perspetivas e paradigmas teórico-clínicas adotadas pelo próprio.

1.2. Contribuições do Terapeuta: O terapeuta como uma variável da construção da aliança terapêutica

A prática da psicoterapia não é apenas a aplicação de técnicas emergentes de conhecimento teórico, mas envolve, entre outras coisas, a reunião de duas (ou mais) pessoas com características e idiosincrasias. Entre estes dois protagonistas, no decurso da última década, a investigação em psicoterapia tornou-se cada vez mais interessada e, de forma gradual, na figura do terapeuta (Corbella & Botella, 2004). Desta forma, embora as características do terapeuta parecem ter sido negligenciadas pela investigação, nas últimas duas décadas, os aspetos técnicos e relacionais da aliança, como as características do cliente e do terapeuta têm sido o foco de um grande esforço de investigação empírica que permite estudar a relação entre a aliança e a resposta terapêutica (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

As atitudes terapêuticas propostas por Rogers (1957) despertaram grande interesse em investigações posteriores, as quais procuraram a identificação das características e condutas do terapeuta que são benéficas para o resultado terapêutico (Orlinsky & Howard, 1986; Patterson & Forgatch, 1985 citado por Soares, 2007). Historicamente o processo psicoterapêutico encontrava-se separado em duas partes. Por um lado, a relação entre o terapeuta e o cliente e, por outro, as atividades realizadas em conjunto: embora tanto a relação como as atividades tenham um efeito recíproco (Piedrabuena, 2011). Diferentes estudos em psicoterapia têm procurado diferenciar a influência do tratamento em si e a influência do terapeuta e, também, têm tentado distinguir entre a idoneidade profissional do terapeuta e as suas características pessoais, ou seja, questões relacionadas com a formação e os aspetos individuais do terapeuta (Frank, 1977). Embora a formação do terapeuta e a sua posição social em relação ao cliente influencie a relação terapêutica, as características e as atitudes pessoais do terapeuta constituem um fator ainda mais importante (Frank, 1977) uma vez que, a contribuição do terapeuta como pessoa é um fator importante de mudança (Lambert & Okiishi, 1977).

Todos os modelos de psicoterapia tentam, implícita e explicitamente, influenciar o modo como o terapeuta se utiliza a si mesmo, posto que o trabalho na terapia transcorre através da relação pessoal que existe entre o terapeuta e o cliente (Aponte, 1985). No entanto, cada terapeuta tem uma maneira de se relacionar e uma forma de implementar a técnica (Aponte & Winter, 1988). Assim, o que se constitui como um facto inescapável é que o terapeuta é uma pessoa, por muito que faça de si apenas como um instrumento de tratamento do seu cliente (Orlinsky & Howard, 1986 citado por Soares, 2007).

Para além de criar o clima propício a uma relação terapêutica de boa qualidade para poder utilizar os diferentes instrumentos de que dispõe, o terapeuta é também um modelo de identificação, razão pela qual as suas características pessoais e o seu carácter são tão importantes, ao lado de uma sólida formação teórica e prática, que lhe proporcionam o conhecimento necessário e o domínio dos métodos de psicoterapia que pretende utilizar (Cordioli, 1998 citado por Borges, 2006). Assim, podem-se destacar as características pessoais e profissionais dos terapeutas como aspeto relevantes da psicoterapia, bem como as características pessoais do cliente e a relação entre eles pois - a relação terapêutica é o resultado do encontro entre o terapeuta e o cliente - e é influenciada pelas características e história pessoal de cada um (Corbella & Botella, 2003). Há investigações que evidenciam que o êxito no estabelecimento e evolução de uma boa aliança, não é dado por um “mecanismo perfeito” entre as características do terapeuta e do cliente, mas sim pela complementaridade entre elas (Horvath & Luborsky, 1993).

A influência das características do terapeuta sobre o estabelecimento e a manutenção da relação terapêutica é inquestionável (Borges, 2006). Segundo Dunkle e Friedlander (1996) determinadas características do terapeuta foram associadas a uma melhor aliança, nomeadamente: menor hostilidade auto-direcionada, maior auto-perceção de apoio social e maior grau de conforto nas relações interpessoais mais íntimas. Os trabalhos de Rudy, McLemore e Gorsuch (1985 citado por Meyer & Vermes, 2001) nesta área indicaram que os terapeutas avaliados como calorosos, amigáveis, comprometidos, tolerantes e interessados foram aqueles que tiveram maior sucesso nos seus tratamentos. A literatura mais recente sugere que as características de determinados comportamentos do terapeuta contribuem para uma aliança forte, por exemplo, a empatia e a flexibilidade (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Castonguay, Constantino, & Grosse Holtforth, 2006). Além disso, a perceção do terapeuta como competente e respeitoso (Bachelor, 1995 citado por Ackerman & Hilsenroth, 2003), no início do processo de tratamento do cliente foram consideradas características que promove uma aliança positiva. Por outro lado, a literatura indica que o controlo relacional, a irritabilidade, a frieza (percecionada pelo cliente), a realização precoce de interpretações (Horvath & Bedi, 2002), a contratransferência negativa (Ligiéro & Gelso, 2002) a rigidez, criticidade e

auto-revelação imprópria (Ackerman & Hilsenroth, 2001) afetam negativamente a aliança.

Na terapia familiar, os resultados mostram que os clientes valorizam os terapeutas que são agradáveis, ativos, sensatos, informais, de confiança, otimistas, seguros, com sentido de humor e que estão interessados por eles e que os compreendem (Kuehl, Newfield & Joanning, 1990; Bischoff & McBride, 1996). O humor (Carroll & Wyatt, 1990 citado por Friedlander et al., 2009) é ainda um poderoso mecanismo de união que alegra os ânimos de qualquer contexto social, e particularmente na terapia, pode reduzir a tensão e aumentar a motivação, facilitar a libertação emocional, revelar incongruências, expor pensamentos irracionais e ajudar os clientes a desenvolver uma avaliação mais realista da magnitude dos seus problemas.

A história e o contexto pessoal do terapeuta podem afetar a sua capacidade para criar uma atmosfera que reflete as crenças culturais e os valores (Friedlander et al., 2009). A um nível mais específico, os clientes e o terapeuta, interagem com maior facilidade quando a sua experiência de vida ou contexto, os valores e a sua visão do mundo são semelhantes, ou quando ambos têm personalidades complementares. Desta forma, enquanto que na terapia individual é necessário, apenas, que estes pontos de conexão sejam dados entre duas pessoas, na terapia familiar e, especialmente, quando as pessoas se encontram em estádios vitais diferentes, criar os vínculos é mais complexo. Se o terapeuta e a família vêm do mesmo contexto cultural produz-se, muitas vezes, o reconhecimento instantâneo e estabelece-se a base para a relação. Se os clientes pudessem escolher o terapeuta, pediriam especificamente um que pertencente a um grupo racial, religioso, étnico semelhante (Friedlander et al., 2009). Por exemplo, um jovem casal de lésbicas, ambas judias, salientaram este último aspeto porque os seus problemas estavam relacionados com a reação negativa das suas famílias consoante o seu estilo de vida alternativo. Para elas era mais importante que o terapeuta fosse judeu do que da mesma orientação sexual. Outros casais homossexuais apenas se sentiam cómodos com um terapeuta da mesma orientação sexual, o mesmo sucede com os alcoólicos e com os que consomem outras drogas, uma vez que se sentem mais confortáveis com terapeutas que tivessem passado, eles mesmos, por processos de reabilitação (Friedlander et al., 2009).

Os clientes tendem a sentir-se atraídos por terapeutas que revelam experiências da sua própria história pessoal, quando estas são semelhantes às suas. Isto ocorre porque as semelhanças em si mesmas são uma forma de conexão e porque ao revelar algo de pessoal o terapeuta está a afirmar: “Eu também sou uma pessoa” (Friedlander et al., 2009). Assim, ter experiências semelhantes, como a morte de um pai, podem aumentar a ligação entre o terapeuta e os membros da família de todas as idades. No entanto, quando os valores, o contexto cultural e as experiências de vida da família e do terapeuta são diferentes, ou o estilo da personalidade e a forma de se relacionar chocam, as dificuldades para estabelecer a conexão emocional

podem adquirir protagonismo rapidamente (Friedlander et al., 2009).

No que concerne à idade, os clientes adultos estão, muitas vezes, em sintonia com a idade do terapeuta e às vezes perguntam se é casado ou - mais frequentemente - se têm filhos. Quando eles procuram um terapeuta como cuidador, isto é, como uma figura de autoridade ou modelo, os clientes adultos preferem um terapeuta que tenha idade superior a eles, especialmente, quando são confrontados com problemas difíceis, como, por exemplo, a perda do desejo sexual. Os adolescentes também tendem a concentrar-se na idade do terapeuta desde o primeiro momento, e os terapeutas jovens definitivamente jogam em vantagem com os adolescentes, que vêm os seus pais como desatualizados ou “demasiado velhos” (Friedlander et al., 2009).

Em relação ao género, não é surpreendente que a investigação em terapia familiar tenha demonstrado de forma clara que os resultados no tratamento são melhores quando se estabelece uma aliança sólida entre o terapeuta e o marido ou pai (Friedlander et al., 2009). Provavelmente isto é assim devido à típica reticência dos homens em se envolverem numa “terapia de palavra”. Uma vez que não há dados sobre o tema, a única coisa que sabemos consiste em que: construir alianças com os homens em terapia familiar é muito mais fácil em consultas privadas do que em contexto de consultas públicas, possivelmente porque neste último caso a proporção de clientes via mandato judicial é maior (Friedlander et al., 2009). Além disso, em muitas comunidades a grande maioria de terapeutas familiares são mulheres e, alguns homens, rejeitam o tratamento pois sentem-se em minoria numérica (Friedlander et al., 2009).

Os valores culturais também representam um papel importante neste desequilíbrio de género. Nas culturas latinas, muitos homens acreditam que falar sobre os seus problemas familiares é humilhante porque para eles significa que não são capazes de resolver os problemas por si mesmos (Santiago-Rivera, Arredondo & Gallardo-Cooper, 2002). Às vezes tanto o pai como a mãe vêm os homens como incapazes de se envolverem emocionalmente com a terapia, principalmente quando os seus problemas têm a ver com matrimónio, com os filhos ou com a família alargada. Provavelmente, incluir os homens reticentes na terapia requer estratégias distintas consoante o terapeuta é homem ou mulher. As terapeutas têm que mover-se numa linha muito fina quando querem apoiar o marido ou pai para que se envolva no tratamento sem prejudicar a mãe ou a mulher. Talvez os terapeutas homens tenham mais facilidade para relacionar-se com o homem da família, no entanto a sua atenção perante a esposa pode ser mal interpretada ou até o marido pode utilizá-la como desculpa para deixar o tratamento (Friedlander et al., 2009).

Se existem diferenças de raça, etnia ou religião dentro da família, e se o terapeuta compartilha uma característica importante com algum desses membros e não com os outros, esta diferença demográfica pode gerar uma diferença relacional (Friedlander et al., 2009). Contudo, não é necessário que

a similitude dos valores seja tão explícita. Cada pessoa julga a vida dos outros como liberal ou conservador baseando-se nas roupas que veste, no penteado, no bairro onde vive e, até mesmo, na decoração da sala de consulta (Friedlander et al., 2009).

Uma outra característica referida pelos autores Corbella e Botella (2003) refere-se ao nível de experiência do psicoterapeuta, em que resultados revelaram que a relação entre a aliança e a experiência do psicoterapeuta não é significativa (Dunkle & Friedlander, 1996), ou seja, a aliança terapêutica não revela diferenças significativas entre os grupos de terapeutas com maior e menor experiência. Curiosamente, MallincKrodt e Nelson (1991) referem que o aumento da formação dos terapeutas influencia positivamente o estabelecimento da aliança. Contrariamente, estes autores confirmaram haver diferenças significativas entre o nível de treino dos terapeutas e a qualidade da aliança. Os terapeutas com um nível intermédio de formação são percebidos pelos clientes como mais eficazes do que os novatos, ainda que os primeiros registem auto-avaliações inferiores aos segundos e aos mais experientes.

Num outro estudo realizado por Raytek, McCreedy, Epstein e Hirsch (1999) com casais em tratamento do alcoolismo, verificou-se que a experiência do terapeuta estava associada positivamente à aliança, revelando numa análise qualitativa que os terapeutas experientes são relativamente mais ativos, sensíveis às questões expostas pelos clientes, flexíveis em seguir as diretrizes do tratamento e melhores na gestão da negatividade do casal.

Noutro estudo efetuado por Hersoug, Hoglend, Monsen e Havik (2001) encontraram resultados que apontam para o facto de que o treino e formação dos terapeutas serem variáveis que estão positivamente relacionadas com a aliança, quando é avaliada pelos terapeutas, mas não quando avaliada pelo cliente. Em terapia familiar a natureza da formação e orientação do terapeuta constitui um fator importante para o manejo terapêutico de hostilidade intrafamiliar, bem como para controlar e canalizar as expressões de culpa, depressão e hostilidade promovendo a criação de um contexto seguro (Friedlander et al., 2009).

Jennings e Skovholt (1999), num estudo qualitativo em que solicitaram a terapeutas com reconhecido mérito para identificar as características dos colegas “mestres psicoterapeutas”, identificam nove fatores que caracterizam os “bons” terapeutas: 1) estão em constante aprendizagem; 2) recorrem muito à experiência acumulada; 3) valorizam a complexidade e a ambiguidade cognitiva; 4) são emocionalmente recetivos; 5) são mentalmente saudáveis e maduros e preocupam-se com o seu próprio bem-estar emocional; 6) têm consciência de como a sua saúde emocional influencia o seu trabalho; 7) possuem boas competências relacionais; 8) acreditam na aliança terapêutica; e 9) são muito bons a utilizar as suas excecionais competências relacionais na terapia.

Segundo refere Horvath (2001), há também estudos que mostram que o terapeuta contribui positivamente para a qualidade da relação terapêutica

pela sua capacidade de manter uma comunicação clara e aberta. De realçar um estudo de Safran, Muran e Samstag (1994) que descobriram que se favorecia a aliança terapêutica quando o terapeuta tinha a capacidade para aceitar parte da responsabilidade pelas rupturas relacionais na terapia e, quando metacomunicava com o cliente em relação a possíveis mal-entendidos.

Noutro estudo Housgaard (1994, citado por Friedlander et al., 2009) distingue entre os aspetos pessoais do terapeuta e a colaboração para a aliança terapêutica, e assinalou que os aspetos pessoais eram aspetos socio-emocionais. Assim, por exemplo, a confiança, cordialidade, cumprimento e a receptividade reforçam e são, por sua vez, reforçadas pela autenticidade, calor, aceitação, incondicionalidade e a empatia do terapeuta. Como consequência destas condutas correspondidas a relação caracteriza-se pela simpatia e compreensão mútuas, com um entendimento tácito sobre um nível aceitável de intimidade e de agrado da diretividade do terapeuta (Friedlander et al, 2009).

A colaboração e a cooperação terapeuta-cliente estão relacionadas com melhores alianças e melhores resultados da terapia (Horvath & Bedi, 2002). Mais especificamente, uma colaboração de confiança revela-se um preditor primário da melhoria percebida na psicoterapia (Clemence, Hilsenroth, Ackerman, Strassle, & Handler, 2005; Hatcher & Barends, 1996). A colaboração de confiança traduz o nível de confiança e compromisso que um cliente experimenta na terapia e o grau em como a terapia é percebida como valendo a pena (envolvimento com a terapia, que ele considera poder ajudar e potencialmente efetiva). Clemence e colaboradores (2005) mostram que apesar de terapeutas e clientes revelarem muitas discrepâncias na forma como classificam a aliança (a dimensão de vínculos é a que revela mais discrepâncias, com os terapeutas a avaliarem-na sistematicamente de forma superior, o que reflete que eles acham que têm melhores laços com os clientes do que consideram estes últimos), ambos concordam em aspetos nucleares da aliança (como a colaboração de confiança). Os autores acrescentam que a confiança dos terapeutas na terapia está altamente correlacionada com as melhorias dos clientes, enquanto por parte dos clientes os resultados da terapia se correlacionam com o fator “relação ideal”.

Algumas atitudes ou condições pessoais do psicoterapeuta revelam-se desejáveis para um bom acompanhamento psicoterapêutico. Deste profissional, almeja-se que seja uma pessoa interessada em falar com pessoas e em ouvi-las, que tenha curiosidade, capacidade de se preocupar e de cuidar dos outros, além de características pessoais que facilitem o vínculo (Jackson, 1992, citado por Cordioli, 1998). A disponibilidade pessoal genuína para acolher uma pessoa favorece bastante a psicoterapia.

Cada vez que um terapeuta utiliza o *Eu*, seja consciente ou inconscientemente, está a experimentar uma realidade sentida num contexto terapêutico específico (Hardham, 1998 citado por Friedlander et al, 2009).

Separado da consciência dos seus próprios valores, reações e sentimentos encarnados, os terapeutas correm o risco de converterem-se em tecnocratas e impessoais. Se um terapeuta não responde ao plano emocional, a terapia estará desprovida da humanidade necessária como pré-requisito para a mudança (Friedlander et al., 2009).

II – Objetivos

No contexto da terapia familiar, pretende-se com esta investigação perceber se há diferenças entre os contributos para a aliança e determinadas características dos terapeutas, designadamente características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil) e profissionais (nível de formação, experiência clínica). Dito de outra forma, pretende-se perceber de que forma determinadas características pessoais e profissionais dos terapeutas se relacionam com os seus contributos para a aliança terapêutica. Neste sentido, tendo por base a análise da 1ª sessão e utilizando a versão do SOFTA-o para terapeutas, o presente estudo tem como objetivo geral verificar se existem diferenças significativas nos contributos dos terapeutas para aliança atendendo a algumas variáveis dos terapeutas.

Os objetivos específicos deste trabalho são:

- a) Comparar os contributos para a aliança entre terapeutas homens e terapeutas mulheres.
- b) Comparar os contributos para a aliança entre terapeutas com diferentes faixas etárias.
- c) Comparar os contributos para a aliança entre terapeutas com diferentes estados civis.
- d) Comparar os contributos para a aliança terapêutica entre terapeutas com diferentes níveis de formação.
- e) Comparar os contributos para a aliança entre terapeutas com diferentes níveis de experiência clínica.

III – Metodologia

A presente secção propõe-se esclarecer detalhadamente todas as etapas seguidas no intuito de cumprir os objetivos propostos. Assim, descrever-se-á primeiramente como se procedeu à seleção e organização da amostra e depois à sua respetiva caracterização. De seguida, apresentar-se-á o instrumento utilizado no estudo, finalizando esta secção com a descrição detalhada dos procedimentos levados a cabo para a concretização da investigação. Por fim, serão apresentadas as análises estatísticas realizadas.

3.1. Amostra

3.1.1. Seleção da Amostra

A amostra do presente trabalho decorre da seleção prévia de 40 processos terapêuticos finalizados e arquivados² efetuada num estudo

² Projeto de investigação intitulado “A Terapia Familiar com Clientes Involuntários: Estudo da Aliança Terapêutica”.

anterior. Estes processos, sob a forma de registos escritos, áudio e vídeo das sessões de terapia familiar, do Centro de Prestação de Serviços à Comunidade (CPSC) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação e do Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (CEIFAC). Tais processos clínicos referem-se a intervenções sistémicas, com dois coterapeutas e uma equipa de observadores atrás do espelho unidirecional, segundo um modelo integrativo, de terapia breve (6-7 sessões espaçadas de 3 a 4 semanas), adotando uma postura colaborativa de segunda ordem ou pós-moderna (Relvas, 2003). Em todas as sessões foi feito um intervalo, aproximadamente após 50 minutos de sessão, finalizando-se a consulta com um comentário final/reenquadramento (Relvas, 2003). Na primeira sessão, foi sempre solicitada a cada família a autorização para a utilização do material da gravação.

Os 31 terapeutas que compõem a amostra na presente investigação foram aleatorizados, através de uma lista ordenada dos casos do ponto de vista cronológico, dado que há terapeutas que tiveram presentes em mais do que um processo terapêutico ($M=2.55$; $DP=2.20$).

3.1.2 Caracterização da amostra dos terapeutas

Para se proceder à caracterização dos terapeutas foram recolhidos os seguintes dados, referentes ao momento em que os terapeutas iniciaram o processo: sexo, idade, estado civil, 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 faixas etárias, tomando como referência as idades representadas na amostra. A variável estado civil dos terapeutas foi organizada mediante os estados civis representados na amostra, ou seja, solteiro, casado e outros. Quanto à variável formação (TFIS-SPTF), definiram-se três categorias: a) com formação; b) em formação; e c) sem formação, por se considerar importante a distinção entre as referidas condições. Por fim, relativamente à variável anos de experiência clínica, estabeleceu-se uma divisão de três em três anos (e.g. 1-3 anos, 4-6 anos e mais de 6 anos), e considerou-se também a categoria “estagiários”, dada a sua representatividade na amostra. De notar que, em ambas as instituições, CPSC e CEIFAC, se realizam anualmente estágios curriculares no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, com vista à formação clínica dos alunos, na subárea de Sistémica, Saúde e Família.

A análise da Tabela 1 permite verificar que a grande maioria dos terapeutas é do sexo feminino (77.4%). As faixas etárias mais frequentemente encontradas situam-se nos intervalos 20-30 (61.3%) anos de idade, encontrando-se uma menor representatividade para a faixa etária “mais de 40 anos” (16.1%). No que se refere ao estado civil, é de mencionar que 38.7% dos terapeutas são solteiros e 41.9% são casados.

Relativamente à formação dos terapeutas, 32.3% apresenta formação em TFIS-SPTF no momento em que iniciou o processo terapêutico, 35.5%

encontrava-se em formação, e 32.30% não tinha formação específica na área da terapia familiar. Quanto aos anos de experiência clínica dos terapeutas, verifica-se que 22.6% eram estagiários, 25.8% tinham entre 1 a 3 anos de experiência, 35.5% entre 4 a 6 anos e 16.1% mais de 6 anos.

É importante notar, face ao conjunto de dados apresentados na Tabela 1, que a percentagem considerável de terapeutas com idades reduzidas (61.3% apresenta idades compreendidas entre os 20-30 anos), em formação ou sem formação em TFIS-SPTF (68%) e sem experiência clínica por se encontrar em estágio (22.6%), deve-se, como referido anteriormente, ao facto de ambos os locais de recolha dos processos assumirem o papel de instituições de acolhimento para formação académica e profissional (e.g., estágios). Contudo, a co-terapia, sempre comum sénior, garante o rigor e a qualidade do processo.

Tabela 1.

Caracterização da amostra dos terapeutas (N = 31)

Características	N	%
Sexo		
Feminino	24	77.4
Masculino	7	22.6
Idade		
20-30	19	61.3
31-40	7	22.6
>40	5	16.1
Estado Civil		
Solteiro	12	38.7
Casado	13	41.9
Outros	6	19.4
Formação TFIS-SPTF		
Com formação	10	32.3
Em formação	11	35.5
Sem formação	10	32.3
Experiência Clínica		
Estagiário	7	22.6
1-3 anos	8	25.8
4-6 anos	11	35.5
>6 anos	5	16.1
Total	31	100.0

3.2. Instrumentos

3.2.1. SOFTA-o

O *System for Observing Family Therapy Alliances* – SOFTA (Friedlander et al., 2006) inclui dois instrumentos de avaliação da aliança terapêutica: o SOFTA-s, um instrumento de autorresposta (*self-report*) aplicável no final da sessão a todos os participantes (membros da família e terapeutas); e o SOFTA-o (versões cliente e terapeuta), que corresponde a uma escala de comportamentos observáveis aplicável durante as sessões de

Relação entre características dos terapeutas e contributos para a força da aliança terapêutica no contexto da terapia familiar sistémica

Mafalda Sofia Soares Abreu (e-mail:mcattarina@hotmail.com) 2013

terapia ou a sessões gravadas.

Para a realização do presente estudo foi utilizada a tradução e a adaptação portuguesa da versão terapeuta do SOFTA-o (Sotero, Portugal, Cunha & Vilaça, 2010) (Anexo A). Para o efeito dois observadores treinados cotaram as gravações da 1ª sessão, dos 40 casos de terapia familiar que constituem a amostra.

Enquanto a versão cliente do SOFTA-o permite avaliar a força da aliança terapêutica através da análise de quatro dimensões [Envolvimento (E); Conexão Emocional (CE); Segurança (S); Sentimento de Partilha de Objetivos (SPO)], a versão terapeuta permite avaliar as contribuições (cognitivas e emocionais) dos terapeutas para a aliança nessas mesmas dimensões: *Contribuição do Terapeuta para o Envolvimento no Processo* – reflete os aspetos relativos à colaboração e negociação entre o terapeuta e os clientes na definição de objetivos e metas na terapia; *Contribuição do Terapeuta para a Conexão Emocional com o Cliente* - o vínculo emocional entre o cliente e o terapeuta; *Contribuição do Terapeuta para a Segurança no Sistema Terapêutico* - em que o terapeuta facilita a criação de um contexto seguro para a abertura emocional e psicológica de cada elemento da família, na presença dos restantes; e, *Contribuição do Terapeuta para o Sentimento de Partilha de Objetivos dentro da Família* - em que o terapeuta 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 (Sotero et al., 2010).

Cada uma das quatro dimensões é constituída por indicadores comportamentais verbais (e.g., “O terapeuta explica como funciona a terapia” - E) ou não-verbais (e.g., “O terapeuta expressa afeto ou toca afetivamente o cliente dentro do apropriado no contexto profissional” - E), positivos (e.g., “O terapeuta expressa otimismo ou assinala que uma mudança positiva ocorreu ou pode ocorrer” - CE) ou negativos [e.g., “O terapeuta não intervém (ou a sua intervenção é desqualificada) quando os membros da família discutem entre si acerca das metas, do valor ou da necessidade da terapia” – SPO].

Desta forma, a tarefa de avaliar com o SOFTA-o as contribuições dos terapeutas para a aliança envolve duas fases distintas. Inicialmente, dois avaliadores independentes assistem às sessões gravadas a fim de detetar a presença de indicadores comportamentais ao longo da sessão, registando e indicando na grelha de codificação o tipo de comportamento observado (positivo, negativo, verbal, não-verbal) e o momento da sessão em que o comportamento ocorreu (e.g., aos 15’ 47’’). A segunda parte do procedimento de codificação consiste na atribuição de uma pontuação total sobre a contribuição do terapeuta para cada dimensão da aliança.

As pontuações atribuídas atendendo ao tipo, frequência e intensidade dos indicadores observados, podem oscilar entre +3 (o terapeuta contribuiu muito positivamente para a aliança na respetiva dimensão), e -3 (o terapeuta contribuiu muito negativamente para a aliança na respetiva dimensão), sendo que 0 corresponde a uma pontuação neutra, o que poderá traduzir uma de

duas situações: ou não existem indicadores assinalados nessa dimensão, ou os descritores positivos e negativos compensam-se (Sotero et al., 2010). Sempre que se verificaram diferenças superiores a 1 ponto entre os juízes, estes devem debater as pontuações e voltar a visualizar a sessão, no sentido de chegarem a um consenso sobre a pontuação a ser utilizada na investigação (Sotero et al., 2010). A fiabilidade entre codificadores calcula-se através da correlação intra-classe para cada par de codificadores, em cada uma das dimensões analisadas (Sotero et al., 2010).

3.3. Procedimentos de Investigação

Os trabalhos desenvolvidos no âmbito deste estudo iniciaram-se em setembro de 2012, tendo passado por diversas fases e englobando inúmeras tarefas que descreveremos de seguida nesta secção.

- a) Formação e treino de codificação pela equipa de investigação do SOFTA-o em Portugal aos três mestrados da subárea de especialização em Sistémica, Saúde e Família do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica;
- b) Estudo exaustivo do Manual de Treino do SOFTA (Sotero et al., 2010);
- c) Codificação dos vídeos das 1ª sessões de acordo com o Manual de Treino do SOFTA-o (Sotero et al., 2010).
- d) Nos casos em que se verificaram 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).

3.4. Procedimentos Estatísticos

Todas as análises estatísticas foram efetuadas utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para *Windows*.

Em primeiro lugar, procedeu-se à análise das estatísticas descritivas (frequências) para caracterizar os dados sociodemográficos e profissionais da amostra dos terapeutas. Posteriormente será utilizado o cálculo do Coeficiente de Correlação Intra-classe (*ICC*), com vista a avaliar o nível de acordo entre os dois codificadores que avaliaram as sessões com a grelha observacional do SOFTA-o versão terapeutas.

Uma vez que ocorrem violações dos pressupostos básicos necessários para a aplicação de um teste paramétrico, nomeadamente, a amostra não adquire uma distribuição normal e a homogeneidade de variâncias entre os grupos não se verificaram (Maroco, 2007) recorreremos aos testes não paramétricos, particularmente, o teste *Kruskal-Wallis* e o teste *Mann-Whitney*. Numa primeira fase, para o estudo das variáveis idade, estado civil, formação e experiência clínica utilizamos o teste *Kruskal-Wallis* uma vez que se trata de um teste que permite comparar mais do que dois grupos independentes (Pallant, 2003) à exceção da variável sexo em que foi

aplicado o teste *Mann-Whitney* que serve para detetar as diferenças significativas entre dois grupos independentes. Numa segunda fase, nos casos em que se verificaram diferenças estatisticamente significativas com a aplicação do teste *Kruskal-Wallis*, foi aplicado, posteriormente, o teste *Mann-Whitney* com intuito de verificar entre que grupos ocorreram essas diferenças significativas.

IV – Resultados

Começamos por apresentar os resultados do nível de acordo entre os dois avaliadores, através do cálculo do Coeficiente de Correlação Intra-classe (*ICC*). Posteriormente, analisaremos os contributos dos terapeutas para a aliança, atendendo aos estudos das variáveis sexo, idade, estado civil, formação e experiência clínica.

4.1. Nível do Acordo Inter-Codificadores

O Coeficiente de Correlação Intra-classe (*ICC*) verifica a igualdade das classificações médias atribuídas por vários sujeitos, assim como a sua consistência interna (Pestana & Gageiro, 2005).

Tabela 2.

Nível de Acordo Inter-Classificadores

<i>Dimensões SOFTA</i>	<i>ICC</i>
<i>Envolvimento</i>	.982
<i>Conexão</i>	.990
<i>Segurança</i>	.941
<i>Partilha de objetivos</i>	.976

Como se pode verificar pela análise da Tabela 2, os valores obtidos para cada dimensão do SOFTA-o, 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 conseqüentemente um alto nível de concordância entre os avaliadores. De notar que os coeficientes encontrados são muito próximos para as quatro dimensões do SOFTA-o, sendo o valor mais elevado obtido para a dimensão Conexão (.990).

4.2. Os contributos dos terapeutas para a aliança

4.2.1. Estudo da Variável Sexo

Através da utilização do teste *de Mann-Whitney* para testar as diferenças entre dois grupos independentes (Maroco, 2007) procurámos comparar os resultados dos terapeutas de sexo feminino e masculino nas quatro dimensões do SOFTA-o.

Como indica a Tabela 3 não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões do SOFTA-o,

pois em todos os casos o $p > .05$. Neste caso podemos afirmar que não existem diferenças estatisticamente significativas nos contributos dos terapeutas de sexo feminino e masculino para a aliança terapêutica. Este resultado deve ser analisado com cautela, uma vez que o tamanho do grupo dos terapeutas homens é muito inferior ($n=7$) ao grupo de terapeutas mulheres ($n=24$).

Tabela 3.

Sexo dos Terapeutas e os Contributos para a Aliança

Dimensões SOFTA	Sexo	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Envolvimento</i>	Feminino	24	16.40			
	Masculino	7	14.64	74.5	-.491	.624
<i>Conexão</i>	Feminino	24	16.90			
	Masculino	7	12.93	62.5	-1.055	.291
<i>Segurança</i>	Feminino	24	15.88			
	Masculino	7	16.43	81.0	-.206	.837
<i>Partilha de Objetivos</i>	Feminino	24	16.40			
	Masculino	7	14.64	74.5	-.485	.628

Nota: *N* dos terapeutas= 31.

4.2.2. Estudo da Variável Idade

Com base na Tabela 4 podemos verificar que na dimensão Conexão Emocional existe uma diferença estatisticamente significativa ao longo dos três grupos de idade ($\chi^2=62.5$; $p=0.41$). Os dados mostram ainda que os terapeutas com mais de 40 anos ($M=24.80$) são os que mais contribuíram para a CE enquanto os terapeutas com idades entre os 20-30 anos ($M=13.68$) são os que contribuíram menos. Com intuito de verificar se existem diferenças estatisticamente significativas entre as distintas faixas etárias foi realizado o teste *Mann-Whitney*. Assim, de acordo com a Tabela 5, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os terapeutas com mais de 40 anos e os terapeutas com idades compreendidas entre os 20 e os 30 ($U=14.5$; $p=.014$), e também entre os terapeutas com idades compreendidas entre os 31 e os 40 anos ($U=6.50$; $p=.054$), apresentando os terapeutas com mais idade uma média superior ao nível dos seus contributos para a CE.

Tabela 4.
Idade dos Terapeutas e os Contributos para a Aliança

Dimensões SOFTA	Idade	n	M	X ²	df	p
Envolvimento	20-30	19	15.66	74.5	2	.619
	31-40	7	14.64			
	>40	5	19.20			
Conexão	20-30	19	13.68	62.5	2	.041*
	31-40	7	16.00			
	>40	5	24.80			
Segurança	20-30	19	15.68	81.0	2	.914
	31-40	7	16.14			
	>40	5	17.00			
Partilha de Objetivos	20-30	19	17.18	74.5	2	.204
	31-40	7	11.07			
	>40	5	18.40			

Nota: N dos terapeutas= 31

* $p < .05$

Tabela 5.
Dimensão do SOFTA-o que obteve resultados estatisticamente significativos entre os grupos de idade

Dimensões SOFTA	Idade	n	M	U	Z	p
Conexão	20-30	19	10.76	14.5	-2.457	.014*
	>40	5	19.10			
	31-40	7	4.93	6.50	-1.926	.054*
	>40	5	8.70			

Nota: n da faixa etária 20-30 e >40= 24; n faixa etária 31-40 e >40= 12.

* $p < .05$

4.2.3. Estudo da Variável Estado Civil

Com base na Tabela 6 podemos verificar que na dimensão Conexão Emocional existe uma diferença estatisticamente significativa ao longo dos três grupos com diferentes estados civis ($\chi^2=7.287$; $p=.026$). Podemos também verificar que os terapeutas casados ($M=20.65$) foram aqueles que mais contribuíram para a CE, enquanto os terapeutas solteiros ($M=11.21$) foram os que menos contribuíram. Todavia, foi ainda aplicado o teste *Mann-Whitney*, com o intuito de verificar entre que grupos existem diferenças estatisticamente significativas. Assim, pode-se verificar na Tabela 7 que apenas os terapeutas solteiros e casados ($U=30.0$; $p=.007$) apresentaram um resultado estatisticamente significativo, ou seja, os terapeutas casados parecem contribuir significativamente mais para a CE do que os terapeutas solteiros.

Tabela 6.
Estado Civil dos Terapeutas e os Contributos para a Aliança

Dimensões SOFTA	Estado Civil	<i>n</i>	<i>M</i>	X^2	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>Envolvimento</i>	Solteiro	12	13.17	3.935	2	.140
	Casado	13	19.46			
	Outros	6	14.17			
<i>Conexão</i>	Solteiro	12	11.21	7.287	2	.026*
	Casado	13	20.65			
	Outros	6	15.50			
<i>Segurança</i>	Solteiro	12	15.42	1.432	2	.489
	Casado	13	17.46			
	Outros	6	14.00			
<i>Partilha de Objetivos</i>	Solteiro	12	18.67	2.005	2	.367
	Casado	13	14.58			
	Outros	6	13.75			

Nota: *N* dos terapeutas= 31.

* $p < .05$

Tabela 7.
Dimensão do SOFTA-o que obteve resultado estatisticamente significativo entre os grupos do estado civil

Dimensões SOFTA	Estado Civil	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Conexão</i>	Solteiro	12	9.00	30.0	-2.709	.007*
	Casado	13	16.69			

Nota: *n* do estado civil solteiro e casado= 25.

* $p < .05$

4.2.4. Estudo da Variável Formação

Com base na Tabela 8 podemos verificar que nas dimensões Envolvimento ($\chi^2=8.555$; $p=.014$) e Conexão Emocional ($\chi^2=8.311$; $p=.016$) existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos de terapeutas com diferentes níveis de formação. Podemos também verificar que os terapeutas com formação ($M=20.40$) foram aqueles que mais contribuíram para a dimensão E enquanto os terapeutas sem formação ($M=9.90$) foram os que menos contribuíram. Os dados mostram ainda que os terapeutas com formação ($M=20.35$) foram aqueles que mais contribuíram para a CE enquanto os terapeutas sem formação ($M=9.60$) foram os que menos contribuíram. Todavia, com o intuito de verificar entre que grupos existem diferenças estatisticamente significativas foi aplicado o teste *Mann-Whitney*.

De acordo com a Tabela 9, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os terapeutas com formação e os

terapeutas sem formação ($U=18.00$; $p=.009$), e também entre os terapeutas em formação e os terapeutas sem formação ($U=26.00$; $p=.032$), apresentando os terapeutas com formação ($M=13.70$) e os terapeutas em formação ($M=13.64$) uma média superior ao nível dos seus contributos para o E. Na dimensão CE os dados mostram que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os terapeutas com formação e os terapeutas sem formação ($U=15.00$; $p=.006$) e também entre os terapeutas em formação e os terapeutas sem formação ($U=26.00$; $p=.033$), apresentando os terapeutas com formação ($M=14.00$) e os terapeutas em formação ($M=13.64$) uma média superior ao nível dos contributos para a CE.

Tabela 8.
Formação dos Terapeutas e os Contributos para a Aliança

Dimensões SOFTA	Formação	<i>n</i>	<i>M</i>	X^2	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>Envolvimento</i>	Com formação	10	20.40	8.555	2	.014*
	Em formação	11	17.55			
	Sem formação	10	9.90			
<i>Conexão</i>	Com formação	10	20.35	8.311	2	.016*
	Em formação	11	17.86			
	Sem formação	10	9.60			
<i>Segurança</i>	Com formação	10	18.50	4.544	2	.103
	Em formação	11	16.73			
	Sem formação	10	12.70			
<i>Partilha de Objetivos</i>	Com formação	10	15.45	1.799	2	.467
	Em formação	11	13.95			
	Sem formação	10	18.80			

Nota: *N* dos terapeutas= 31.

* $p < .05$

Tabela 9.

Dimensão do SOFTA-o que obteve resultado estatisticamente significativo entre os grupos de formação

Dimensões SOFTA	Formação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Envolvimento</i>	Com formação	10	13.70			
	Sem formação	10	7.30	18.00	-2.629	.009*
	Em formação	11	13.64			
	Sem formação	10	8.10	26.00	-2.148	.032*
<i>Conexão</i>	Com formação	10	14.00			
	Sem formação	10	7.00	15.00	-2.765	.006*
	Em formação	11	13.64			
	Sem formação	10	8.10	26.00	-2.130	.033*

Nota: *n* com e sem formação= 20; *n* em e sem formação= 21.

**p*<.05

4.2.5. Estudo da Variável Experiência Clínica

Com base na Tabela 10 podemos verificar que nas dimensões Envolvimento ($\chi^2=10.285$; $p=.016$) e Conexão Emocional ($\chi^2=9.748$; $p=.021$) existem diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos com diferentes anos de experiência clínica. Os dados mostram ainda que os terapeutas com mais de 6 anos de experiência clínica ($M=19.20$) são os que mais contribuíram para o E com os clientes enquanto os estagiários ($M=7.14$) contribuíram menos. Ainda os terapeutas com mais de 6 anos de experiência clínica ($M=23.10$) são os que mais contribuíram para a CE com os clientes enquanto os estagiários ($M=7.86$) contribuíram menos. Todavia, como não sabemos entre que grupos essas diferenças são estatisticamente significativas foi ainda aplicado o teste *Mann-Whitney*.

De acordo com a Tabela 11, apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na dimensão E entre os estagiários e os terapeutas com 1 a 3 anos de experiência clínica ($U=6.50$; $p=.009$), e também entre os estagiários e os terapeutas com 4 a 6 anos de experiência clínica ($U=9.50$; $p=.005$). Foram ainda encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os estagiários e os terapeutas com mais de 6 anos de experiência clínica ($U=6.00$; $p=.051$). Na dimensão CE os dados mostram que apenas foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os estagiários e os terapeutas com 4 a 6 anos de experiência clínica ($U=13.50$; $p=.018$) e também entre os estagiários e os terapeutas com mais de 6 anos de experiência clínica ($U=1.000$; $p=.005$) apresentando os terapeutas com 4 a 6 anos de experiência clínica ($M=11.77$) e os terapeutas com mais de 6 anos de experiência clínica ($M=9.80$) uma média superior ao nível dos contributos para a CE. Os dados mostram ainda que os terapeutas estagiários parecem ser aqueles que menos contribuíram para o E e CE quando comparados com os restantes terapeutas.

Tabela 10.
Experiência Clínica dos Terapeutas e os Contributos para a Aliança

Dimensões SOFTA	Experiência Clínica	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>X</i> ²	<i>df</i>	<i>p</i>
<i>Envolvimento</i>	Estagiário	7	7.14	10.285	3	.016*
	1-3 anos	8	18.44			
	4-6 anos	11	18.41			
	>6 anos	5	19.20			
<i>Conexão</i>	Estagiário	7	7.86	9.748	3	.021*
	1-3 anos	8	16.44			
	4-6 anos	11	17.64			
	>6 anos	5	23.10			
<i>Segurança</i>	Estagiário	7	12.14	6.775	3	.079
	1-3 anos	8	14.00			
	4-6 anos	11	18.09			
	>6 anos	5	20.00			
<i>Partilha de Objetivos</i>	Estagiário	7	21.86	4.442	3	.217
	1-3 anos	8	13.75			
	4-6 anos	11	14.73			
	>6 anos	5	14.20			

Nota: *N* dos terapeutas= 31

**p*<.05

Tabela 11.
Dimensão do SOFTA-o que obteve resultado estatisticamente significativo entre os grupos de experiência clínica

Dimensões SOFTA	Formação	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
<i>Envolvimento</i>	Estagiário	7	4.93	6.50	-2.625	.009*
	1-3 anos	8	10.69			
	Estagiário	7	5.36			
	4-6 anos	11	12.14			
	>6 anos	5	8.80			
<i>Conexão</i>	Estagiário	7	5.93	13.50	-2.364	.018*
	4-6 anos	11	11.77			
	Estagiário	7	4.14			
	>6 anos	5	9.80			

Nota: *n* estagiário e 1-3 anos= 16; *n* estagiário e 4-6 anos= 18; *n* estagiário e >6 anos= 12.

**p*<.05

V- Discussão

Partindo da perspectiva de que a psicoterapia é uma co-construção, então há que desenvolver estudos acerca de como os elementos da equação que a constituem, terapeutas e clientes, conseguem produzir um resultado eficaz. Assumindo ainda que a aliança terapêutica é uma variável relevante para o sucesso terapêutico (Horvath & Bedi, 2002), o presente estudo assumiu como principal finalidade avaliar os contributos dos terapeutas para a aliança, atendendo a determinadas características sociodemográficas e profissionais dos terapeutas no contexto de terapia familiar. Os principais resultados obtidos revelam que, efetivamente, existem diferenças estatisticamente significativas nas variáveis idade, estado civil, formação profissional e experiência clínica dos terapeutas em termos da forma como estes contribuem para a construção da aliança. Mais precisamente, a presente investigação mostrou que os terapeutas mais velhos, casados, com e em formação e com alguma ou muita experiência clínica contribuíram mais para a aliança terapêutica, em particular ao nível das *dimensões Envolvimento e Conexão emocional*.

Antes de discutir os dados resultantes deste trabalho, importa refletir sobre a noção do constructo de aliança terapêutica, tal como conceptualizada na revisão teórica da literatura, e a sua compreensão à luz da linguagem do SOFTA. Se, inicialmente, definimos a aliança como um constructo unitário, encarado como a ligação entre terapeuta e clientes, baseado na confiança, respeito e abertura (Griffin & Honea-Boles, 2001; Orlinsky & Howard, 1986), neste ponto vamos encará-lo atendendo às quatro dimensões do SOFTA, assumindo que qualquer uma delas nos dá informação acerca da qualidade da aliança mediante os contributos dos terapeutas.

Como base para a reflexão sobre os dados, parece relevante atentar à interpretação de Escudero (2009) acerca das quatro dimensões da aliança. A Segurança e o Sentimento de Partilha de Objetivos são características específicas das terapias conjuntas, em que o contributo dos terapeutas consiste em tornar o espaço de consulta mais seguro e contribuir para um sentimento de união entre os membros do sistema familiar sobre as metas para a terapia. O Envolvimento e a Conexão Emocional são aspetos relativos à colaboração e negociação entre o terapeuta e os clientes na definição de objetivos e metas na terapia, bem como o vínculo emocional entre o cliente e o terapeuta. Cada uma das quatro dimensões é passível de influenciar as outras, pelo que não devem ser consideradas em separado (Sotero, et al., 2010).

O SOFTA é baseado num modelo transteórico e multidimensional da aliança terapêutica porque reflete aspetos da aliança que não são específicos ou únicos de uma teoria particular de psicoterapia, e estimando aspetos diferentes deste constructo a partir do comportamento observável em quatro dimensões distintas. Deve notar-se que as quatro dimensões do SOFTA não são mutuamente exclusivas. Com efeito, uma vez que são conceptualmente interdependentes, estão moderadamente correlacionadas. Assim, o sentido de segurança de um cliente está intimamente relacionado com a sua ligação

emocional com o terapeuta e com o envolvimento no processo (Sotero et al., 2010).

Refletindo acerca dos resultados obtidos, importa atribuir-lhes sentido, traçando pistas explicativas com base no que vai ao encontro da literatura existente e, sobretudo, atendendo à discussão que suscitam dado o seu carácter exploratório.

De acordo com os resultados obtidos sobre as características sociodemográficas dos terapeutas (sexo, idade e estado civil), podemos verificar que os terapeutas com mais de 40 anos de idade e casados parecem ser aqueles que mais contribuem para a Conexão Emocional, quando comparados com terapeutas com menos idade e solteiros.

Relativamente à variável idade o resultado da presente investigação vem, de certa forma, corroborar a literatura existente no sentido em que quando os clientes procuram um terapeuta como cuidador, isto é, como uma figura de autoridade ou modelo, os clientes adultos preferem um terapeuta que tenha idade superior a eles, especialmente, quando são confrontados com problemas difíceis, como por exemplo a perda do desejo sexual (Friedlander et al., 2009). Contudo, os adolescentes também tendem a concentrar-se na idade do terapeuta e os terapeutas jovens definitivamente jogam em vantagem com os adolescentes, que vêem os seus pais como desatualizados ou “demasiado velhos” (Friedlander et al., 2009). Alguma investigação em terapia familiar (Beck, 1988), sugere ainda que quando os terapeutas são muito mais jovens do que os clientes (10 anos ou mais) o resultado tem um impacto negativo. No entanto, o presente estudo não permite comparar a idade dos clientes com a idade dos terapeutas, mas parece ser indicador de que a idade do terapeuta é uma variável que influencia a forma como este contribui para a conexão emocional com os clientes.

Relativamente ao estado civil podemos constatar que os terapeutas casados parecem ser aqueles que mais contribuem para a Conexão Emocional. Uma possível justificação para este resultado pode estar relacionada com o facto dos terapeutas casados que teoricamente são mais velhos poderem sentir-se mais à vontade com os clientes, contribuindo assim para uma maior proximidade com estes, conectando-se mais com os clientes por terem, por exemplo, experiências de vida (relações amorosas), perspectivas ou valores semelhantes.

Ao nível do sexo dos terapeutas não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das dimensões da aliança. Desta forma, neste estudo em particular, podemos afirmar que não existem diferenças significativas nos contributos dos terapeutas de sexo feminino e masculino para a aliança terapêutica. Contudo, é necessário ter alguma cautela ao analisar este resultado, pois a amostra é maioritariamente constituída por terapeutas do sexo feminino.

Relativamente às características profissionais dos terapeutas, nomeadamente, o nível de formação e a experiência clínica podemos

constatar que os terapeutas com formação completa e/ou incompleta (com e em formação) e os terapeutas com uma experiência clínica maior parecem ser aqueles que mais contribuem para as dimensões Envolvimento e Conexão Emocional, quando comparados com terapeutas sem formação e terapeutas estagiários. O facto dos terapeutas com formação e em formação terem contribuído mais para estas duas dimensões (Envolvimento e Conexão Emocional) da aliança pode estar relacionado com o maior conhecimento teórico e uma maior aptidão clínica, decorrentes da formação e do desenvolvimento de competências clínicas, nomeadamente na capacidade de envolver os clientes no processo terapêutico e no estabelecimento de uma ligação positiva com os clientes. Os conhecimentos e competências adquiridos ao longo do processo de formação parecem assim preparar os terapeutas, no sentido destes favorecerem intervenções capazes de envolverem os clientes na terapia e de estabelecerem relações positivas.

Um estudo anteriormente desenvolvido (Miranda, 2011) sobre as características dos terapeutas e os resultados terapêuticos em terapia familiar revelou que, apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis dos terapeutas, foi possível concluir que os terapeutas com mais idade, com formação (SPTF) e com mais experiência clínica parecem contribuir para melhores resultados terapêuticos. Para além disso, quando as intervenções se realizam com a participação de co-terapeutas cujas idades, grau de formação e anos de experiência clínica são semelhantes foram encontrados resultados terapêuticos superiores, hipotetizando-se que uma maior homogeneidade entre terapeutas, contribui para a eficácia da intervenção (Miranda, 2011). Desta forma, verifica-se que os resultados deste estudo, apesar de avaliar as características dos terapeutas e os resultados terapêuticos, são coerentes com os resultados da presente investigação, pois os terapeutas com mais idade, com formação e com experiência clínica parecem ser também aqueles que mais contribuíram para a aliança. Assim podemos verificar que os resultados terapêuticos bem como os contributos dos terapeutas estão relacionados com a aliança terapêutica.

Relativamente à experiência clínica, os resultados obtidos podem estar associados a uma maior familiarização e compreensão dos aspetos integrantes do processo terapêutico por parte dos terapeutas “mais experientes ou com alguma experiência” às diferentes técnicas e modelos subjacentes à terapia familiar. Enquanto os terapeutas mais novos focam-se mais nas informações trazidas pelos clientes e, por isso, contribuem menos para o Envolvimento e para o estabelecimento de uma relação positiva com os clientes. Talvez a falta de experiência clínica e a procura da sua identidade enquanto terapeutas também possam justificar os resultados (MallincKrodt & Nelson, 1991).

Como podemos verificar na presente investigação, os dados parecem apontar que os terapeutas contribuem mais para as dimensões comuns (Envolvimento e Conexão Emocional) da aliança terapêutica e que o fazem de forma diferenciada, atendendo a algumas características particulares. Os resultados parecem indicar que a Conexão Emocional é uma das dimensões

da aliança mais sensíveis às características dos terapeutas, dado que, à exceção do sexo, todas as outras variáveis analisadas (idade, estado civil, formação, experiência clínica) revelaram ter um efeito na forma como o terapeuta contribui para a Conexão Emocional com os clientes.

Para além disso, os clientes tendem a sentir-se atraídos por terapeutas que revelam experiências da sua própria história pessoal, sobretudo quando estas são semelhantes às suas. Isto ocorre porque as semelhanças em si mesmas são uma forma de conexão e porque ao revelar algo de pessoal o terapeuta está a afirmar: “Eu também sou uma pessoa” (Friedlander et al., 2009). Este dado permite-nos também hipotetizar que os terapeutas mais experientes estão mais confiantes em revelar aspetos da sua vida pessoal, algo que à poderá ser mais difícil de fazer por parte dos terapeutas mais jovens. Assim, ter experiências de vida semelhantes às dos clientes, como por exemplo a morte de um pai, pode aumentar a ligação entre o terapeuta e os membros da família de todas as idades. Se um terapeuta não responde ao plano emocional, a terapia estará desprovida da humanidade necessária como pré-requisito para a mudança (Friedlander et al., 2009).

Relativamente às dimensões específicas das terapias conjuntas (Segurança e Sentimento de Partilha de Objetivos), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes terapeutas. O que nos leva a supor que as características pessoais e profissionais dos terapeutas não influenciam a forma como eles contribuem para estas dimensões.

Atendendo à validade e fiabilidade dos dados provenientes do instrumento utilizado, verificou-se que os valores obtidos para as quatro dimensões do SOFTA-o, apresentaram uma boa consciência interna uma vez que ultrapassa em larga medida o valor recomendado na literatura como aceitável, .80 (Pestana & Gageiro, 2005). Estes dados são particularmente importantes, porque abona favoravelmente à utilização do SOFTA-o enquanto instrumento que permite avaliar a, partir da identificação de comportamentos observáveis, a aliança terapêutica.

No mesmo sentido, são de destacar algumas considerações metodológicas que importa ressaltar. Antes de mais, o facto do procedimento de codificação ter sido conduzido por uma equipa de juízes, que não só se encontrava motivada no compromisso de avaliação dos processos, como partilhava a mesma orientação teórica (abordagem sistémica). Além disso, todos os juízes eram externos aos processos terapêuticos estudados, o que significa que nenhum investiu pessoalmente nas intervenções, o que se considera aumentar a não contaminação das avaliações.

Importa salientar que os juízes se dedicaram previamente ao estudo intensivo do SOFTA-o versão terapeuta, assim como ao treino de codificação, certificando-se, junto de uma das autoras da adaptação utilizada, que se encontravam familiarizados com o instrumento e preparados para proceder de forma rigorosa às avaliações. Dessa forma, considera-se que se

assegurou o rigor e qualidade devidas, no que respeita aos aspetos teóricos e práticos subjacentes ao instrumento.

VI - Conclusões

O reconhecimento da importância da aliança terapêutica em terapia familiar e a escassez de estudos sobre as contribuições dos terapeutas para a aliança, aliados à falta de conhecimentos a respeito das características dos terapeutas, motivaram o desenvolvimento deste estudo. Assim, recorrendo ao instrumento SOFTA-o para terapeutas foi possível perceber os contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica mediante as seguintes características: o sexo, a idade, o estado civil, a formação e a experiência clínica. Como resultado final foi possível verificar que os terapeutas com mais de 40 anos, casados, com ou em formação e com alguma ou muita experiência clínica contribuíram mais para a aliança terapêutica nas dimensões Envolvimento e Conexão Emocional. Relativamente às dimensões específicas das terapias conjuntas (Segurança e Partilha de Objetivos), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os diferentes terapeutas.

Do trabalho apresentado, parecem evidenciar-se algumas dificuldades e limitações inerentes ao presente trabalho. Em primeiro lugar, confirmou-se a dificuldade em encontrar referências bibliográficas e/ou suporte teórico sobre o impacto das características pessoais e profissionais dos terapeutas no âmbito da intervenção em Terapia Familiar. Em segundo lugar, apesar de a amostra ter permitido recolher dados sobre um conjunto razoável de terapeutas ($N=31$), o facto de ser pouco equilibrada na distribuição de algumas características, como por exemplo, o sexo e a idade, são uma limitação do estudo que importa assinalar. Em terceiro lugar, a utilização deste instrumento, SOFTA-o, também encerra algumas limitações, uma vez que restringe a análise dos comportamentos observáveis àqueles que se encontram abrangidos nas grelhas de codificação definidas pelos seus autores. Contudo, este instrumento parece possuir como grande vantagem ser capaz de treinar os terapeutas a reconhecerem indicadores comportamentais relativos à força e qualidade da aliança terapêutica (Carpenter, Escudero, & Rivett, 2008).

A administração da versão terapeuta do SOFTA-o a processos de terapia familiar portugueses deparou-se com uma questão particular, nomeadamente o facto de em Portugal se praticar co-terapia e o SOFTA-o ter sido originalmente desenvolvido assumindo a presença de apenas um terapeuta. Apesar de esta questão ter sido ultrapassada quando se decidiu considerar apenas os 31 terapeutas que estavam inseridos nos 40 processos de terapia familiar selecionados, não nos podemos esquecer que na realidade os processos foram sempre acompanhados por dois terapeutas, não tendo sido explorada uma análise que possa esclarecer quais os contributos do par de terapeutas.

Apresentados os principais pontos mais e menos fortes deste estudo

resta-nos acrescentar que é do nosso intuito que a presente investigação contribua para a crescente literatura sobre a aliança terapêutica em terapia familiar, principalmente sobre as características dos terapeutas.

Como se trata de um estudo exploratório, esta investigação dá-nos algumas indicações para futuras investigações. A primeira, prende-se com o facto de serem necessários estudos com um maior número de terapeutas de forma a ter uma representação mais equitativa das características dos terapeutas, bem como fornecer a possibilidade de enriquecer o estudo com um aumento das variáveis em análise.

Posteriormente, poderia ser vantajoso numa próxima investigação analisar também a 4ª sessão e verificar se há alguma alteração (aumento ou diminuição) dos contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica, comparativamente com 1ª sessão. Também poderia ser pertinente cruzar as características dos terapeutas com as características das famílias que compõem a amostra, isto é, as diferentes etapas do ciclo vital (e.g. etapa da formação do casal, etapa de família com filhos na escola ou etapa de família com filhos adultos) e a composição familiar.

Finalizar um estudo exploratório é apercebermo-nos da sua infinidade de ramificações potenciais e, retrospectivamente, da imensidão de opções que poderíamos ter tomado. Uma investigação de índole mais qualitativa acerca dos contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica é uma dessas ramificações que emerge justamente da ausência desse olhar qualitativo no objeto de estudo desta investigação. Contudo, o término de um projeto é sempre o início de um outro novo projeto. Recorrendo à terminologia de Gonçalves (2001), o “Adeus” implica sempre um novo “Olá”. Por isso mesmo é que “ser capaz de dizer Adeus é o que faz avançar a ciência e os cientistas, na contínua substituição dos nossos paradigmas e da nossa realidade” (pp. 161).

Por fim, conclui-se que seria bastante útil o investimento nesta área, pois um maior conhecimento poderia significar um acréscimo da eficácia da terapia familiar, pois as contribuições da *pessoa* do terapeuta e as suas competências interpessoais parecem ser de primordial importância para o desenvolvimento do processo terapêutico (Wampold, 2001).

Bibliografia

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 171–185.
- Ackerman, S., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1–33.
- Aponte, H. (1985). La persona del terapeuta: piedra angular de la terapia. *Sistemas familiares*, 1 (1), 7-13.
- Aponte, H., & Winter, J. (1988). La persona y la práctica del terapeuta. Tratamiento y entrenamiento. *Sistemas familiares*, 4 (2), 7–24.
- Barber, J. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19 (1), 1-12.
- Beck, D. F. (1988). *Counselor characteristics: How they affect outcomes*. Milwaukee, WI: Family Service Association of America.
- 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.
- Bischoff, R., & McBride, A. (1996). Client perceptions of couples and family therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 24, 117-128.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy*, 16, 252-269.
- Borges, M. (2006). *A construção de um psicoterapeuta: formação e habilidades*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Carpenter, J., Escudero, V., & Rivett, M. (2008). Training family therapy students in conceptual and observation skills relating to the therapeutic alliance: An evaluation. *Journal of Family Therapy*, 30, 411-424.

- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Grosse Holtforth, M. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go?. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(3), 271-279.
- Castro, M., Lamela, D., & Figueiredo, B. (2009). Aliança terapêutica pais-terapeuta como indicador da qualidade da relação terapêutica entre criança e terapeuta. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 1*, 53-60.
- Clemence, A. J., Hilsenroth, M. J., Ackerman, S. J., Strassle, C. J., & Handler, L. (2005). Facets of the therapeutic alliance and perceived progress in psychotherapy: Relationship between patient and therapist perspectives. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12*, 443-454.
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología, 19* (2), 205-221.
- Corbella, S., & Botella, L. (2004). *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Vision Net.
- Cordioli, A. V. (1998). *Psicoterapias – abordagens atuais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Diamond, G. M., Hogue, A., Liddle, H. A., & Dakof, G. A. (1999). Alliance building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy, 36* (4), 355-368.
- Dunkle, J. H., & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance. *Journal of Counseling Psychology, 43* (4), 456-460.
- Escudero, V., Friedlander, M. L., 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.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la terapia familiar. *Apuntes de Psicología, 27*, 247-259.
- Frank, J. (1977). *Salud y persuasión*. Buenos Aires: Editorial Troquel.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Gaston, L. (1990). The concept of the alliance and its role in psychotherapy: Theoretical and empirical considerations. *Psychotherapy*, 27 (2), 143-153.
- Gonçalves, O. F. (2001). *Olá...Mhm...Mhm...Adeus*. Coimbra: Quarteto.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (1996). Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (6), 1326-1336.
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990). Couple and family psychotherapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 299-306.
- Henry, W. P., & Strupp, H. S. (1994). The therapeutic alliance as interpersonal process. In Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (Eds.). *The working alliance, theory, research, and practice*. Florida: Irving B. Weiner.
- Hersoug, A. G., Hoglend, P., Monsen, J. T., & Havik, O. E. (2001). Quality of working alliance in psychotherapy: Therapist variables and patient/therapist similarity as predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10 (4), 205-216.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the working alliance inventory. *Journal of Consulting Psychology*, 36 (2), 223-233.
- Horvath, A., & Symonds, B. (1991). The relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Horvath, A. O. & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 561-573.
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy*, 38 (4), 365-372.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.

- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 258-263.
- Horvath, A., Del Re, C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.
- Jennings, L., & Skovholt, T. M. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of Counseling Psychology*, 46 (1), 3-11.
- Kuehl B. P., Newfield, N. A., & Joanning, H. P. (1990). A client-based description of family therapy. *Journal of Family Psychology*, 3, 310-312.
- Lambert, M. J., & Okiishi, J. C. (1997). The effects of the individual psychotherapist and implications for future research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 66-75.
- Ligiéro, D. P., & Gelso, C. J. (2002). Countertransference, attachment, and the working alliance: The therapist's contributions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39 (1), 3-11.
- Mallinckrodt, B., & Nelson, M. L. (1991). Counselor training level and the formation of the psychotherapeutic working alliance. *Journal of Counseling Psychology*, 38 (2), 133-138.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- Meyer, S., & Vermes, S. (2001). Relação terapêutica. In Rangé, Bernard (org), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais – Um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.
- Miranda, J. (2011). *A Terapia Familiar Sistémica com Clientes Voluntários e Involuntários: Estudo dos Resultados Terapêuticos*. Tese de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- 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 (2), 37-41.
- Nichols, M., & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia familiar: conceitos e*

- métodos* (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- 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.
- Piedrabuena, S. (2011). *Cualidades personales del terapeuta en opinión de los pacientes y en relación a la percepción de mejoría*. Tese de Doutoramento da Faculdade de Humanidades da Universidade de Belgrano, Argentina.
- Pinsof, W. B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications, en A. O. Horvath y L. S. Greenberg (comps.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. Nueva York: Wiley & Sons.
- Rait, D. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Psychotherapy in Practice*, 56, 211-224.
- Raytek, H. S., McCready, B. S., Epstein, E. E., & Hirsch, L. S. (1999). Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 24, 317-330.
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à prática com a família* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Safran, J. D., Muran, J. C. & Sanstag. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: a task analytic investigation. In Horvath, A. O. & Greenberg, L. S. (Eds.). *The working alliance, theory, research, and practice*. Florida: Irving B. Weiner.
- Santiago-Rivera, A. L., Arredondo, P., & Gallardo-Cooper, M. (2002). *Counseling Latinos and la família: A practical guide*. Thousand Oaks, CA, Sage.
- Saramago, P. (2008). *O sentir e o agir do psicoterapeuta: impactos da regulação emocional na atitude terapêutica*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Shinohara, H. (2000). Relação terapêutica: O que sabemos sobre ela? In R. Kerbauy (Eds.), *Sobre comportamento e cognição. Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. Santo André, SP: ARBytes Editora.
- Soares, M. (2007). *Parar, pensar e avaliar a psicoterapia – contribuição da investigação de díades de terapeutas e clientes portugueses*. Tese de Doutoramento da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto.
- Sotero, L., Portugal, A., Cunha, D., Vilaça, M., & Relvas, A. P. (2010). Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar (SOFTA-o) – Manual de Treino.
- Symonds, B. D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, 43, 443-455.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah NJ: Erlbaum.

Anexos

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

Errata

Página	Linha	Onde se lê	Deve ler-se
2	25	<i>therapeutic aliance</i>	<i>therapeutic alliance</i>
6	42	promove	promovem
7	14	reflete	reflita
7	25	pertencente	pertencesse
8	11	vêm	vêem
8	31	vêm	vêem
10	2	Safran, Muran e Samstag (1994)	Safran, Muran e Sanstag (1994)
10	16	(Friedlander et al, 2009)	(Friedlander et al., 2009)
10	45	(Hardham, 1998 citado por Friedlander et al, 2009)	(Hardham, 1998 citado por Friedlander et al., 2009)
11	7	os contributos para a aliança e determinadas	os contributos para a aliança de determinadas
13	12	comum	com um
14	3 e 4	(Sotero, Portugal, Cunha & Vilaça, 2010)	(Sotero, Portugal, Cunha, Vilaça & Relvas, 2010)
14	27	E	CE
14	29	CE	E
15	4	devem	deviam
15	20	Nos casos em que se verificaram a existência de discrepâncias	Nos casos em que se verificaram discrepâncias
21	3	três	quatro
21	14	experiência clinica	experiência clínica
22	Tabela 11	Nota: <i>n</i> estagiário e 1-3 anos=16	Nota: <i>n</i> estagiário e 1-3 anos=15
26	12	algo que à poderá ser mais difícil	algo que poderá ser mais difícil
26	26	consciência	consistência
31	Acrescentar: Griffin, J. E., & Honea-Boles, P. (2001). The court-mandated client: Does limiting confidentiality preclude a therapeutic encounter?. <i>TCA Journal</i> , 29, 149-160.		
33	Acrescentar: Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds). <i>Handbook of psychotherapy and behavior change</i> (pp. 311-381). New York: Wiley.		

Nota: Não se deve contar as linhas em branco nem os títulos.

Grata pela compreensão

Mafalda Sofia Soares Abreu