



UC/FPCE_2015

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Avaliação da Aliança Terapêutica na Terapia Familiar: A
perspetiva observacional e de autorrelato**

Ana Filipa Simões Cunha
(e-mail: a_fsc@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, área de
especialização em Psicologia Clínica e Saúde, subárea de
especialização em Psicoterapia Sistémica e Familiar, sob a orientação
da Dra. Luciana Sotero e Dra. Gabriela Fonseca

Avaliação da Aliança Terapêutica na Terapia Familiar: A perspectiva observacional e de autorrelato

Resumo: A aliança terapêutica é considerada uma importante variável do processo terapêutico, dado que é um bom preditor dos resultados da terapia, independentemente das modalidades psicoterapêuticas utilizadas (Horvath & Bedi, 2002). A percepção dos clientes é aquela que mais se relaciona com os resultados obtidos (Horvath & Bedi, 2002). A presente investigação tem assim como principal objetivo compreender de que forma a perspectiva dos clientes acerca da aliança se correlaciona com os comportamentos observados. Para realização da investigação recorreu-se ao *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA, Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006), versão autorresposta e versão observacional, tendo por base a análise da 1ª sessão de terapia. A amostra é constituída por 35 sujeitos pertencentes a 14 casos arquivados de terapia familiar e de casal. Os resultados obtidos indicam que das quatro dimensões da aliança terapêutica, apenas a Conexão Emocional e o Sentimento de Partilha de Objetivos na família apresentam correlações significativas nas duas versões do SOFTA. Estes resultados são um contributo para a área da aliança nas terapias conjuntas, uma vez que permitiram conhecer a associação entre a perspectiva interna dos clientes e os comportamentos observados.

Palavras-chave: Terapia Familiar, Aliança Terapêutica, SOFTA, Perspetiva Observacional, Perspetiva de Autorresposta.

Therapeutic Alliance Assessment in Family Therapy: The perspective observational and self-report.

Abstract: The therapeutic alliance is an important variable of the therapeutic process, as it is a good predictor of therapy's results, independently of psychotherapeutic modalities used (Horvath & Bedi, 2002). The client's perception is the one that most closely relates to the results obtained, so this research aims to understand how their perspective of their alliance with the observed behavior. The research was carried out using the System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA- Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006), self-report version and observational version, based on the analysis of the first therapy session. The sample consisted of 35 subjects, belonging to 14 cold cases of family and couples therapy. The results indicate that, considering the four dimensions of the therapeutic alliance, only Emotional Connection and Shared Sense of Purpose within the client's family showed significant correlations. These results are a contribution to the area of conjoint therapies once enabled to know the association between the internal perspective of the clients and their behavior observed.

Keywords: Family Therapy; Therapeutic Alliance; Client's Perceptions; SOFTA; Observational Perspective; Self-report Perspective.

Agradecimentos

À Dra. Luciana, pela extraordinária profissional que é. Pelo seu empenho e dedicação, por me provocar curiosidade neste mundo tão aliciante da aliança terapêutica. Mas principalmente por me incentivar sempre a ser mais e melhor.

À Dra. Gabriela, por ter guiado e orientado, tão afincadamente, todo o percurso do início ao fim.

À Cláudia, minha colega *Softiana*, pela sua disponibilidade, entusiasmo e tranquilidade. À Andreia e à Lília pelo apoio e motivação constantes.

Aos meus pais, a quem devo tudo o que sou hoje. Agradeço com todo o meu amor pelo desmedido apoio, força e dedicação oferecidos ao longo de todos estes anos.

À minha Madrinha Joana, para quem as palavras nunca são suficientes! Por acreditar sempre em mim e me ajudar a focar no que é essencial, por ser incansável comigo e por conseguir sempre tornar tudo mais simples. Contigo aprendi que partir também simboliza ficar.

Às minhas colegas de casa, Mi e Cris, pela extraordinária paciência, por me ensinarem que a família não é só a de sangue e principalmente por conseguirem pintar cada final de dia cinzento com um arco-íris.

À Verónica pela sua amizade tão única, pelo sucesso que sempre me incentivou a alcançar e porque sem ela não sei o que seria de mim nos dias mais difíceis. À Mariana, pela amizade tão genuína, pelo amparo e pela presença constante nos nossos *Verdes Anos*. Ao grupo (Catarina, Andreia, Tânia, Cândido e Marina), pela amizade, companheirismo e partilha neste percurso árduo mas gratificante que foi o nosso curso, tornou-se bem mais belo na vossa presença.

À minha prima Mila pela imensa ajuda ao longo deste percurso e pelo seu apoio constante. À restante família pela infinita paciência, pela persistência e o enorme alento.

Índice

Introdução	1
I – Enquadramento Conceptual.....	2
1.1. Aliança Terapêutica.....	2
1.1.1. Definição/ões do Conceito de Aliança Terapêutica	2
1.1.2. Aliança Terapêutica nas Terapias Conjuntas	2
1.1.3. As Perspetivas Intra e Inter da Aliança Terapêutica	3
1.2 Avaliação da Aliança Terapêutica nas Terapias Conjuntas	5
1.3. Construção do SOFTA.....	5
1.3.1 SOFTA-o.....	7
1.3.2. SOFTA-s	7
II. Objetivos	7
III. Metodologia	8
3.1. Procedimentos de Recolha da Amostra	8
3.2. Caraterização da Amostra	8
3.3. Instrumentos.....	11
3.3.1. Questionário de Dados Sociodemográficos	11
3.3.2. SOFTA-o.....	11
3.3.3. SOFTA-s	12
3.4. Procedimentos de Investigação.....	13
3.4.1. Análises Estatísticas	13
IV. Resultados.....	14
4.1. Nível de Acordo Inter-Codificadores (SOFTA-o)	14
4.2. Consistência Interna (SOFTA-s).....	14
4.3. Análise das frequências dos descritores do SOFTA-o.....	15
4.4. Análise das médias dos itens do SOFTA-s	17
4.5. Correlação entre as dimensões do SOFTA-s e SOFTA-o.....	18
4.6. Correlação entre o total do SOFTA-s e SOFTA-o.....	19
V. Discussão	19
VI. Conclusões	23
Anexos	30

Tabelas

Tabela 1 – Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Tabela 2 - Características Familiares da Amostra

Tabela 3 – Nível de Acordo Inter-Codificadores (ICC)

Tabela 4 – *Alpha de Cronbach* para as dimensões e total do SOFTA-s

Tabela 5 – *Alpha de Cronbach* para os dois fatores da aliança do SOFTA-s

Tabela 6 – Frequências dos descritores do Envolvimento (SOFTA-o)

Tabela 7 – Frequências dos descritores da Conexão Emocional (SOFTA-o)

Tabela 8 - Frequências dos descritores da Segurança (SOFTA-o)

Tabela 9 - Frequências dos descritores do Sentimento de Partilha de Objetivos (SOFTA-o)

Tabela 10 – Médias dos itens do SOFTA-s

Tabela 11 – Correlação entre as dimensões do SOFTA-s e SOFTA-o

Tabela 12 – Correlação entre o total do SOFTA-s e as dimensões do SOFTA-o

Introdução

Ao longo de várias décadas de investigação, a aliança terapêutica tem demonstrado ser um bom preditor do sucesso da terapia, independentemente das modalidades psicoterapêuticas (Horvath & Bedi, 2002). Inicialmente os estudos sobre este constructo focaram-se no âmbito da terapia individual e, só mais tarde, no contexto da terapia familiar e de casal. A avaliação da aliança neste contexto tão complexo acarreta dificuldades acrescidas, visto que as alianças estabelecidas são múltiplas e mutuamente influenciadas (Friedlander et al., 2006).

Perante a predominância dos métodos de autorresposta para a avaliação da aliança terapêutica e a escassez de instrumentos que avaliassem os comportamentos observáveis que contribuem para uma aliança mais forte (Beck, Friedlander, & Escudero, 2006), foi desenvolvido o *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA; Friedlander et al., 2006). Este sistema visa avaliar a força da aliança entre clientes e terapeutas (Friedlander et al., 2006), através da identificação dos comportamentos verbais e não-verbais que contribuem de forma positiva ou negativa para a aliança terapêutica. É composto por várias ferramentas, incluindo dois instrumentos: o SOFTA-o (versão observacional) que permite avaliar os indicadores comportamentais observáveis e o SOFTA-s (versão autorresposta) que permite aceder à perceção interna e intrapessoal que o indivíduo faz da sua aliança com o terapeuta. Tanto o instrumento observacional, como o de autorresposta contemplam uma versão para clientes e outra para terapeutas (Friedlander et al., 2006).

Apesar de vários estudos terem incidido na avaliação da aliança terapêutica através do SOFTA, em ambas as versões (observacional e autorresposta), ainda existe pouca informação acerca da correlação entre os dois instrumentos supramencionados (Friedlander et al., 2006). Na presente investigação será analisada a correlação entre os dados observacionais (SOFTA-o) e os dados de autorresposta (SOFTA-s) na versão para clientes, tendo como amostra a primeira sessão de 14 processos terapêuticos. Deste modo, e procurando contribuir para os estudos de validação dos instrumentos, pretende-se averiguar se existe (ou não) uma associação entre a perspetiva interna, intrapessoal (fornecida pelo SOFTA-s) e a perspetiva externa, interpessoal (fornecida pelo SOFTA-o).

I – Enquadramento Conceptual

1.1. Aliança Terapêutica

1.1.1. Definição/ões do Conceito de Aliança Terapêutica

A aliança terapêutica tem sido um foco importante de investigação ao longo do tempo (Friedlander et al., 2006). Segundo Bordin (1979), a aliança é definida como a força e a qualidade da relação entre cliente e terapeuta, o vínculo estabelecido entre eles. Na sua perspetiva, o conceito abarca três dimensões: (1) concordância quanto aos objetivos da terapia entre clientes e terapeutas; (2) consonância quanto às tarefas necessárias para os atingir; e (3) ligação afetiva positiva entre terapeuta e cliente. O autor enfatizou o facto desta definição ser generalizável a várias modalidades terapêuticas. Horvath (1994) define-a como a qualidade da interação entre terapeutas e clientes no decorrer do processo terapêutico.

Segundo Escudero (2009), o termo “aliança terapêutica” foi, primeiramente, descrito por Freud, distinguindo este autor transferência de aliança. O primeiro constructo refere-se à transferência de sentimentos que ocorre entre terapeuta e cliente (Muran & Safran, 1998), o segundo relaciona-se com a confiança e o afeto do cliente em relação ao terapeuta (Muran & Safran, 1998). Para Freud, na sua visão psicanalítica, a aliança terapêutica é entendida como uma forma positiva de transferência relacionada com o afeto e a confiança que o paciente sente em relação ao terapeuta (Freud, 1912 citado por Escudero, 2009).

Assumindo a aliança terapêutica um papel fulcral no sucesso da terapia, a definição proposta por Bordin foi considerada aquela que mais impacto teve na psicoterapia individual (Escudero, 2009). Pinsof (1994) foi também um dos autores que teve uma importância crucial na investigação desta variável, destacando-se como pioneiro na conceptualização da aliança no contexto da terapia conjunta/familiar. Por último, torna-se ainda pertinente referir Kramer, o qual enfatizou que a aliança terapêutica deve ser trabalhada ao longo de todo o processo de terapia, de forma a conduzir a bons resultados terapêuticos (Kramer, Roten, Beretta, Michel & Despland 2009).

1.1.2. Aliança Terapêutica nas Terapias Conjuntas

As terapias conjuntas, ou terapias familiares como habitualmente são designadas, são um sistema complexo de influências recíprocas (Pinsof, 1994) que, comparativamente à terapia individual, comportam alguns riscos (Escudero, 2009).

O primeiro risco prende-se com o número de pessoas envolvidas e os múltiplos níveis de relação estabelecidos entre terapeutas e clientes (Escudero, 2009). O terapeuta necessita, assim, de estabelecer alianças individuais, bem como uma aliança com toda a família. De notar que, neste contexto de intervenção, existem também as alianças intrasistema, que se reportam às alianças estabelecidas no seio da família (entre os diversos

Avaliação da Aliança Terapêutica na Terapia Familiar: A perspetiva observacional e de autorrelato

Ana Filipa Simões Cunha (e-mail: a_fsc@hotmail.com) 2015

membros) e também as alianças do sistema do terapeuta (alianças no contexto profissional do terapeuta). Deste modo, existe uma grande complexidade na construção das alianças com os vários membros da família, cujas personalidades, competências e dificuldades clínicas serão certamente diferentes (Friedlander et al., 2006). É ainda de salientar que as divergências entre os membros da família quanto à sua atitude face ao processo terapêutico e ao terapeuta conduzem à existência das alianças divididas (*split alliances*), um fenómeno muito frequente nas terapias conjuntas e descrito pela primeira vez por Pinsof (1986).

A variedade de razões e de motivações para a terapia apresenta-se como um segundo risco (Escudero, 2009). A perspetiva que cada membro da família tem acerca da necessidade de terapia pode ser muito distinta. Por exemplo, um filho adolescente que vem para a sessão contrariado e obrigado pelos seus pais, terá certamente uma perspetiva muito diferente da dos pais acerca da necessidade de estar na terapia. Assim, o estabelecimento da aliança na terapia familiar torna-se um desafio para os terapeutas (Escudero, 2009).

Um terceiro risco relaciona-se com a existência de um clima emocional negativo e conflitos no seio da família (Escudero, 2009). Tudo o que é partilhado dentro da sessão terá impacto não só no indivíduo, como em toda a família, o que não acontece na terapia individual, uma vez que o sujeito está sozinho em sessão.

Os segredos familiares constituem um quarto risco. Segundo Escudero (2009), os segredos familiares têm uma grande influência no decorrer do processo terapêutico, inclusivamente na colaboração dos membros da família com o terapeuta. Enquanto na terapia individual é o cliente que escolhe acerca do que se fala na sessão, na terapia familiar tal não acontece. Cada membro da família é livre de partilhar informações ou experiências que ache relevantes, sem que haja controlo por parte dos restantes membros presentes (Escudero, 2009).

O terapeuta cumpre, assim, um papel muito importante no contexto da terapia familiar, que engloba diversos desafios: capacidade para construir e manter as múltiplas alianças estabelecidas com os clientes e se influenciam entre si; saber gerir as motivações, muitas vezes contrapostas, que cada membro da família traz para a sessão (Friedlander et al., 2006), e ainda garantir a segurança dentro do sistema terapêutico de forma a não comprometer a terapia, nem as relações familiares. Assim, a construção de uma boa aliança no contexto da terapia familiar, imprescindível para o sucesso da terapia, mostra-se um grande desafio para os terapeutas (Friedlander et al., 2006).

1.1.3. As Perspetivas Intra e Inter da Aliança Terapêutica

A aliança terapêutica, de acordo com Horvath (2006), pode ser dividida em duas dimensões: uma interpessoal e intrapessoal.

A dimensão interpessoal resulta da dinâmica de interação entre

clientes e terapeutas. Para Henry e Strupp (1994) a aliança é vista como uma aprendizagem de experiências, através de processos de identificação e imitação, importantes para estabelecer um bom relacionamento entre terapeuta e cliente. À luz das terapias psicodinâmicas, a aliança é entendida como uma colaboração mútua e o estabelecimento de laços afetivos entre terapeutas e clientes (Horvath, 2006). A ênfase dada por Bordin (1979) na colaboração entre clientes e terapeutas, quanto a metas e tarefas da terapia, é coerente com a perspectiva interpessoal da aliança.

Esta dimensão interpessoal pode ser avaliada através das seguintes medidas observacionais: *Penn Helping Alliance Scales* (Alexander & Luborsky, 1987 como citado por Friedlander et al., 2006) e *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VTAS-R; Diamond, Liddle, Hogue, & Dakof, 1999). Esta última escala foi adaptada ao contexto das terapias conjuntas a partir da versão original para a terapia individual. Estes instrumentos observacionais apresentam como principal vantagem a possibilidade da avaliação da aliança durante todo o processo terapêutico, permitindo realizar a comparação da mesma em momentos distintos do processo terapêutico (Escudero, Heatherington & Friedlander, 2010). Como principais limitações apontam-se a impossibilidade dos instrumentos acederem aos pensamentos e sentimentos dos clientes, ou seja, à sua perspectiva interna, e ainda o facto de serem instrumentos demasiado dispendiosos e exigentes em termos da sua aplicação.

A dimensão intrapessoal relaciona-se com as características intrapessoais de clientes e terapeutas. Rogers (1951 como citado por Friedlander et al., 2006) considerava que as características pessoais do terapeuta (e.g., empatia, genuinidade, congruência) eram suficientes para que ocorresse mudança nos clientes.

Também as terapias *Gestalt* focaram a importância da veracidade, sinceridade e a reciprocidade na aliança terapêutica (Friedlander et al., 2006)

Ao longo do tempo foram desenvolvidas várias medidas de autorrelato para avaliação da aliança (Horvath & Bedi, 2002), sendo as mais conhecidas: *Integrative Psychotherapy Alliance Scales* (Pinsof & Catherall, 1986) e *Working Alliance Inventory – Couples* (WAI-C; (Symonds, 1998 como citado por Friedlander et al., 2006; Symonds & Horvath, 2004). As medidas de autorrelato apresentam grandes vantagens, quer seja porque fornecem aos terapeutas um *feedback* acerca da perspectiva dos clientes, permitindo assim que estes se ajustem para melhorar a aliança, quer seja pela facilidade e brevidade com que os instrumentos são aplicados.

Existe uma superioridade dos dados de autorrelato na previsão dos resultados da terapia, comparativamente aos dados observacionais, visto que a perspectiva dos clientes é a mais relacionada com os resultados positivos da terapia (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, 2006), sendo a sua satisfação com a mesma fundamental para o seu envolvimento e participação ativa (Horvath & Bedi, 2002).

1.2 Avaliação da Aliança Terapêutica nas Terapias Conjuntas

Ao longo dos anos têm sido desenvolvidos diversos instrumentos psicométricos capazes de avaliar a aliança terapêutica, quer na perspetiva do terapeuta quer na perspetiva do cliente (Pinsof & Catherall, 1986). Pinsof e Catherall (1986) desenvolveram os primeiros questionários de autorresposta, para avaliar a aliança nas terapias conjuntas: *Couple Therapy Alliance Scale* (CTAS) e o *Family Therapy Alliance Scale* (FTAS). Em ambos os questionários é pedido aos clientes para avaliarem a sua própria relação com o terapeuta em termos de metas, tarefas e vínculo com o terapeuta. É também pedido que avaliem as alianças que os outros membros da família estabelecem com os terapeutas (Peña, Friedlander & Escudero, 2009). As versões revistas das escalas (CTAS-R e FTAS-R; Pinsof, 1999; Pinsof, Zinbarg, & Knobloch-Fedders, 2008) incluem uma nova dimensão: a aliança intrassistema, ou seja, a aliança estabelecida entre os diversos membros da família.

Além destes instrumentos existe ainda a *Working Alliance Inventory Perspective Couples* (Symonds, 1999 como citado por Symonds & Horvath, 2004), desenvolvida a partir da conceptualização tripartida da aliança de Bordin (Symonds & Horvath, 2004). Este instrumento também é uma medida de autorrelato e avalia a perspetiva dos clientes quanto ao acordo sobre as metas e tarefas de terapia (Friedlander et al., 2006). Os estudos realizados com ambas as escalas, e ainda com outros métodos (Beck et al., 2006; Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2004; Robbins et al., 2006; Robbins et al., 2008; Symonds & Horvath, 2004), sugerem que existe uma relação consistente entre a autoperceção da aliança terapêutica e o sucesso terapêutico (Peña et al., 2009), tal como foi afirmado anteriormente.

A avaliação da terapia conjunta possui dificuldades acrescidas, devido ao número de pessoas envolvidas no processo terapêutico e à necessidade de criação de diversas alianças terapêuticas (Escudero, 2009). Assim, a maioria do trabalho empírico desenvolvido tem-se focado no contexto da terapia individual. Acresce ainda o facto de os instrumentos criados para avaliar a aliança terapêutica serem apenas medidas de autorrelato (Beck et al., 2006). Neste contexto estava criada a necessidade de medidas mais objetivas, que permitam informar quais os comportamentos observáveis de clientes e terapeutas que contribuem para o estabelecimento da aliança terapêutica (Friedlander et al., 2006).

1.2. Construção do SOFTA

Friedlander e colaboradores (2006) desenvolveram, então, um instrumento capaz de avaliar a força da aliança terapêutica, durante as sessões de terapia, o *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA; Friedlander et al., 2006). A construção do SOFTA tem por base

uma revisão de literatura, da qual resultou a identificação de um conjunto de descritores comportamentais dos clientes que refletem alianças positivas e negativas (Friedlander et al., 2006). De forma a afinar este inventário de descritores, procedeu-se à análise de 12 sessões de terapia familiar. Desta revisão resultaram 44 descritores agrupados em quatro constructos subjacentes. Posteriormente, com os descritores ordenados aleatoriamente, um grupo de investigadores dos Estados Unidos da América e de Espanha, comparando e integrando as definições, realizou uma avaliação de forma a agrupar cada um deles na dimensão subjacente (Sotero, Portugal, Cunha, Vilaça, & Relvas, 2010).

No contexto das terapias conjuntas, o SOFTA surgiu com base num modelo transteórico e multidimensional da aliança, permitindo avaliá-la em quatro dimensões: (1) "Envolvimento no processo terapêutico" (ENV), (2) "Conexão emocional com o terapeuta" (CE), (3) "Segurança dentro do sistema terapêutico" (SEG) e (4) "Sentimento de partilha de objetivos na família" (SPO) (Friedlander et al., 2006). A primeira dimensão retrata a colaboração na definição dos objetivos e das metas da terapia entre terapeutas e clientes. O cliente sente que a terapia lhe faz sentido e colabora com o terapeuta. A segunda dimensão descreve os vínculos estabelecidos entre os terapeutas e cada um dos clientes, o modo como cada cliente vê o terapeuta. As duas últimas dimensões são específicas da terapia conjunta. A terceira dimensão reflete os comportamentos relativos à segurança sentida pelos clientes no sistema terapêutico. Esta segurança é fundamental para que ocorra a abertura emocional de cada membro da família. Por último, a quarta dimensão refere-se ao conceito de intra-aliança, ou seja, a aliança dentro do próprio sistema familiar. Não se refere apenas à consistência nas metas da terapia e à sua vivência por parte dos diversos membros da família, mas também à sua coesão como uma unidade familiar. Diz respeito ao sentimento de união na resolução dos problemas e à colaboração de cada membro para melhorar a relação familiar (Friedlander et al., 2006).

Conforme já foi referido, o SOFTA é um sistema composto por um conjunto de ferramentas, onde se inclui o SOFTA-o (versão observacional), o SOFTA-s (versão autorresposta) e ainda um *software* informático (*e-SOFTA*). Através deste *software* informático, os avaliadores têm a possibilidade de reproduzir o vídeo de cada sessão, podendo parar no tempo exato em que cada descritor ocorre, podendo corrigir ou comparar a cotação (Sotero et al., 2010). Este sistema de avaliação da aliança apresenta diversas potencialidades: (1) a melhoria da prática clínica, uma vez que constitui um instrumento útil para o treino dos terapeutas familiares (Friedlander et al., 2006), (2) a avaliação da aliança durante todo o processo terapêutico, sendo assim possível realizar a comparação da mesma em momentos distintos do processo terapêutico (e.g., comparação da aliança na primeira e na última sessão); e, por fim, (3) permite monitorizar as possíveis oscilações na construção da aliança e relacioná-las com as intervenções, tanto de terapeutas como de clientes (e.g., é possível rever a sessão, tendo especial

atenção a alguns comportamentos verbais e não verbais, positivos ou negativos tanto de clientes como de terapeutas) (Friedlander et al., 2006).

1.3.1 SOFTA-o

A versão observacional do SOFTA permite avaliar a força da aliança através dos comportamentos observáveis de clientes (versão clientes) e de terapeutas (versão terapeutas). Inclui uma grelha de observação onde os avaliadores externos realizam a codificação dos comportamentos observáveis durante a sessão, identificando assim em cada uma das quatro dimensões os descritores comportamentais específicos que refletem os sentimentos, pensamentos e atitudes dos clientes (ou dos terapeutas) acerca do processo terapêutico e do terapeuta (Friedlander et al., 2006). Seguem-se alguns exemplos de descritores para cada uma das quatro dimensões: (1) “O cliente manifesta o seu acordo com as metas que o terapeuta propõe” (ENV); (2) “O cliente afirma que se sente compreendido pelo terapeuta” (CE); (3) “O cliente expressa que a terapia é um lugar seguro e partilha as suas dificuldades e sentimentos dolorosos” (SEG) e (4) “Os membros da família validam mutuamente os seus pontos de vista” (SPO).

1.3.2. SOFTA-s

Tal como a versão observacional, a versão de autorresposta é composta por duas versões, uma para clientes e outra para terapeutas, e avalia a perspetiva individual de cada sujeito isoladamente (Friedlander et al., 2006). Esta versão, desenvolvida a partir do SOFTA-o, teve como intuito criar questionários breves que fossem utilizados também no contexto da investigação. Teve ainda como objetivo analisar se existe uma associação entre os sentimentos e pensamentos descritos pelos clientes e terapeutas e os comportamentos observados (Friedlander et al., 2006).

II. Objetivos

O principal objetivo deste trabalho é analisar a associação entre a perspetiva interna dos clientes (medida pelo SOFTA-s) e a perspetiva externa de avaliadores (medida pelo SOFTA-o) acerca da força da aliança, numa primeira sessão de terapia familiar. Para tal será avaliada a correlação entre os dados observacionais e os dados de autorresposta. Mais concretamente, esta investigação tem como finalidade:

- a) Avaliar o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), para estimar o nível de acordo entre os avaliadores que utilizaram o SOFTA-o;
- b) Avaliar a consistência interna do SOFTA-s, tanto para o total da escala como por dimensão;
- c) Analisar a frequência dos descritores comportamentais do SOFTA-o para cada uma das dimensões;
- d) Analisar as médias e desvio padrão dos itens do SOFTA-s;

- e) Avaliar a correlação entre as dimensões do SOFTA-s e as dimensões do SOFTA-o;
- f) Avaliar a correlação entre o total do SOFTA-s e as dimensões do SOFTA-o;

III. Metodologia

Com vista a esclarecer a metodologia utilizada na presente investigação, esta secção descreverá detalhadamente as etapas seguidas. Num primeiro momento faz-se a descrição do processo de recolha da amostra, bem como a sua caracterização. De seguida, é apresentada a descrição dos instrumentos utilizados na investigação. Por último, serão apresentados os procedimentos de investigação e as análises estatísticas efetuadas.

3.1. Procedimentos de Recolha da Amostra

A amostra deste estudo foi recolhida aleatoriamente a partir de uma amostra pré-existente, no âmbito de um projeto de investigação mais alargado intitulado "Clientes Involuntários vs. Voluntários. Intervenção familiar, resultados e processo" (PRO-CIV), que decorreu de 2010 a 2015. Os critérios de inclusão na presente amostra são os seguintes: tratar-se de uma primeira sessão de terapia com, pelo menos, dois clientes em sessão; SOFTA-s e Questionário Sociodemográfico preenchidos; acesso à gravação da sessão. Nesse sentido, entre outubro de 2014 e abril de 2015, dos processos da investigação anteriormente referidos, tendo em conta os critérios de inclusão, foram selecionados aleatoriamente 14 processos finalizados e arquivados. Os processos selecionados foram acompanhados no *Centro de Prestação de Serviços à Comunidade (CPSC)* da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e no *Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (CEIFAC)* e dizem respeito a famílias, ou a casais, que realizaram um pedido de consulta ou foram encaminhados para terapia por parte de uma entidade.

As sessões de terapia têm aproximadamente a duração de 1h45m., tendo, por norma, 10 minutos de intervalo e desenvolvem-se num *setting* clássico de terapia familiar (co-terapia, espelho unidirecional, equipa de observadores, gravação vídeo das sessões). O convite às famílias para a participação no estudo foi realizado através de contacto telefónico, antes da 1ª sessão. No final da sessão os clientes preencheram o SOFTA-s, depois de terem facultado no início da sessão o seu consentimento informado, no qual continha a garantia do anonimato da informação e assegurava a utilização dos dados somente para fins de investigação.

3.2. Caracterização da Amostra

A amostra analisada é constituída por 14 famílias, que perfazem um total de 35 sujeitos, pertencendo 51,4% ao sexo masculino ($n=18$) e 48,6%

ao sexo feminino ($n=17$). Quanto à distribuição por níveis etários podemos observar na tabela 1 que 22,9% são adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos e os restantes 77,1% são adultos, com idade superior a 18 anos. Relativamente ao local de residência, a maioria dos participantes provem de áreas moderadamente urbanas (AMU) ($n=17$, 48.6%) e predominantemente urbanas (APU) ($n=16$, 45.7%).

No que diz respeito à escolaridade, os níveis mais representados são o 3º Ciclo do Ensino Básico, 40% dos sujeitos, e a Licenciatura, 25,7% dos sujeitos. Os restantes sujeitos dividem-se pelos outros níveis de escolaridade, conforme a tabela 1 apresenta.

Em relação à profissão, seis dos sujeitos estão no desemprego (17.1%). Dos sujeitos empregados, as profissões subdividem-se em: especialistas das profissões intelectuais e científicas ($n=6$, 17.1%), técnicos e profissionais de nível intermédio ($n=8$, 22.9%), assistente operacional ($n=2$, 5.7%), mediador imobiliário ($n=1$, 2.9%), pessoal de serviços e vendedores ($n=1$, 2.9%) e outros serviços (e.g., operários, empregada de limpeza) ($n=2$, 5.8%). Os restantes nove sujeitos são estudantes (25.7%).

Relativamente ao nível socioeconómico (NSE) dos participantes profissionalmente ativos, segundo Simões (1994), verifica-se que 31,4% dos sujeitos apresenta um NSE médio ($n=11$). De referir também que para 45,7% este item foi não aplicável.

Da análise da tabela 2, podemos verificar que 12 processos correspondem a terapia familiar (88.6%) e dois a terapia de casal (11.4%). Quanto à etapa do ciclo vital da família, segundo a classificação de Relvas (1996), existem duas famílias na etapa da formação de casal (11.4%); uma família na etapa da família com filhos pequenos (5.7%); uma família na etapa da família com filhos na escola (5.7%), seis famílias na etapa da família com filhos adolescentes (48.6 %), e quatro famílias na etapa da família com filhos adultos (28.6 %).

Dos 14 processos analisados, dois são pedidos voluntários e os restantes (12) pedidos foram encaminhados por diversas entidades ou profissionais, nomeadamente: Tribunal de Família e Menores (dois casos); Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (CPCJ – três casos), e sete casos por parte de outros profissionais (e.g., Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Assistente Social, Psicóloga do Centro de Saúde, Psicóloga Escolar).

Tabela 1.
Caraterização Sociodemográfica da Amostra

Caraterísticas sociodemográficas	n	%
Sexo		
Feminino	17	48.6
Masculino	18	51.4
Idade		
12 – 18 anos	8	22.9
19 – 35 anos	5	14.2
36 – 50 anos	18	51.5
51 – 60 anos	4	11.4
Área de Residência		
Predominantemente Urbana	16	45.7
Moderadamente Urbana	17	48.6
Predominantemente Rural	2	5.7
Escolaridade		
1º ciclo	1	2.9
2º ciclo	1	2.9
3º ciclo	14	40.0
Ensino Secundário	3	8.6
Ensino Profissional	4	11.3
Licenciatura	9	25.7
Mestrado	2	5.7
Doutoramento	1	2.9
Profissão		
Desempregados	6	17.1
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	6	17.1
Técnicos e profissionais de nível intermédio	8	22.9
Mediador imobiliário	1	2.9
Assistente operacional	2	5.7
Estudantes	9	25.7
Pessoal de serviços e vendedores	1	2.9
Outros	2	5.80
Nível Socioeconómico		
Baixo	4	11.4
Médio	11	31.4
Alto	4	11.4
Não Aplicável	16	45.7

Tabela 2.
Caraterísticas Familiares da Amostra

Caraterísticas familiares	n	%
Etapa do Ciclo Vital		
Formação do casal	2	11.4
Família com filhos pequenos	1	5.7
Família com filhos na escola	1	5.7
Família com filhos adolescentes	6	48.6
Família com filhos adultos	4	28.6

3.3. Instrumentos

3.3.1. Questionário de Dados Sociodemográficos

O Questionário de Dados Sociodemográficos é um questionário de autorresposta, com o objetivo de identificar as caraterísticas dos participantes (e.g., sexo, idade, profissão, estado civil), bem como caraterísticas familiares (e.g., etapa do ciclo vital). De forma a atender às especificidades dos clientes, aplicaram-se duas versões do questionário sociodemográfico: versão pais (cf. Anexo A) e versão filhos (cf. Anexo B).

As duas versões distinguem-se apenas em dois tópicos: na escolaridade e nas caraterísticas familiares. Para a escolaridade a versão filhos identifica o ano letivo que o sujeito frequenta. Nas caraterísticas familiares, a versão filhos pretende identificar o número de irmãos do sujeito (idade e sexo), enquanto a versão pais identifica o número de filhos (idade e sexo).

3.3.2. SOFTA-o

A versão observacional do SOFTA (cf. Anexo C) é composta por 44 indicadores comportamentais, verbais e não-verbais, positivos e negativos, divididos por quatro dimensões. A dimensão ENV é composta por 11 indicadores, por exemplo “O cliente mostra indiferença acerca das tarefas ou do processo de terapia” (indicador negativo) e “O cliente aceita fazer as tarefas para casa que lhe são sugeridas” (indicador positivo); a dimensão relativa à CE é constituída por 10 indicadores, em que o descritor “O cliente partilha um momento de humor ou brincadeira com o terapeuta” é considerado positivo e, pelo contrário, o descritor “O cliente evita o contacto visual com o terapeuta” representa um indicador negativo; a dimensão SEG apresenta 12 indicadores, podendo destacar-se como indicador positivo “O cliente incentiva outro membro da família a abrir-se ou a dizer a verdade” e negativo “O cliente protege-se de forma não-verbal”; por fim, a dimensão SPO é constituído por 11 indicadores, em que o descritor “Os membros da família oferecem um acordo para um compromisso” equivale a um comportamento positivo e “Os membros da família culpam-se uns aos outros” a um negativo.

A codificação do SOFTA-o é realizada através da visualização da sessão (em vídeo ou diretamente) e do preenchimento da grelha de cotação (Friedlander et al., 2006; versão traduzida e adaptada por Sotero et al., 2010). Ao longo da visualização sempre que é observado algum dos descritores comportamentais é preenchida a grelha de cotação, no espaço em branco reservado para o efeito, registando o momento temporal em que se verificou e o elemento familiar que o demonstrou. No final da visualização os avaliadores cotam as dimensões para cada membro da família, com exceção da dimensão SPO, à qual é atribuída uma pontuação única para a família (Friedlander et al., 2006).

Consoante o tipo, frequência e intensidade dos indicadores, a pontuação oscila entre -3 e +3, sendo que valores de -3 a -1 indicam alianças fracas e valores de +1 a +3 indicam alianças fortes. A pontuação 0 ocorre em duas situações: os indicadores positivos e negativos compensam-se ou não se regista a presença de nenhum indicador na dimensão em questão (Sotero et al., 2010). A pontuação -3 traduz uma aliança “muito problemática” e aplica-se quando só existem indicadores negativos nessa dimensão, o outro extremo, a pontuação +3, traduz uma aliança “muito forte” e aplica-se quando há apenas indicadores positivos na dimensão (Friedlander et al., 2006).

De forma a avaliar a fiabilidade do instrumento realizaram-se estudos psicométricos para a população Portuguesa, tendo-se obtido os seguintes resultados: ENV (.90), CE (.91), SEG (.93) e SPO (.91), os quais indicam uma boa fiabilidade interobservadores (Vilaça, Sotero, Silva, & Relvas, 2014). Estes resultados estão próximos dos valores obtidos pelos autores do SOFTA-o (desde .72 a .95; Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006).

3.3.3. SOFTA-s

A versão autorresposta do SOFTA (cf. Anexo D) é composta por 16 itens divididos pelas quatro dimensões: ENV (itens 1, 5, 9, 13), CE (itens 2, 6, 10, 14), SEG (itens 3, 7, 11, 15) e SPO (itens 4, 8, 12, 16).

O seu preenchimento é realizado no final das sessões de terapia, tendo uma duração aproximada de 10 minutos. Esta versão é aplicada a todos os membros da família, com idade igual ou superior a 12 anos.

As respostas são do tipo *Likert* até 5 pontos (*1=Nada* a *5=Muito*). A sua cotação é feita através da soma dos itens positivos e dos itens negativos invertidos. A pontuação total varia entre 16 e 80 pontos, sendo que os resultados elevados correspondem a alianças fortes e resultados baixos correspondem a alianças fracas (Friedlander et al., 2006).

Para a avaliação da fiabilidade do SOFTA-s realizaram-se estudos psicométricos nos Estados Unidos e em Espanha e obtiveram-se os seguintes resultados para a versão clientes: .87 (para a versão inglesa) e .83 (para a versão espanhola), revelando assim uma boa consistência interna (Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006). Na versão Portuguesa o valor obtido para a escala total foi .78 (Vilaça, et al., 2014), o qual traduz um nível de fidelidade razoável (Pestana & Gageiro, 2008).

Relativamente aos estudos de validação do instrumento para a validação do instrumento para a população Portuguesa, embora a estrutura fatorial seja semelhante à versão original (i.e., solução de quatro fatores explicativos), não existe uma correspondência estatística e teórica, sendo que se verificou maior saturação de dois dos fatores explicativos da aliança terapêutica (Vilaça et al., 2014). O fator 1 corresponde às *Forças da Aliança* e o fator 2 às *Dificuldades da Aliança* (Vilaça et al., 2014). As *Forças da Aliança* são compostas por 11 itens (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13 e 16), enquanto as *Dificuldades da Aliança* são, apenas, compostas por 5 itens (5, 11, 12, 14 e 15).

3.4. Procedimentos de Investigação

A presente investigação teve início em outubro de 2014 e passou por diversas fases descritas de seguida:

- a) Formação teórica às duas mestrandas da subárea de especialização em Psicoterapia Sistémica e Familiar, para aprendizagem da codificação do SOFTA-o, versão portuguesa (Sotero et al., 2010);
- b) Estudo exaustivo do Manual de Treino do SOFTA (Sotero et al., 2010) e codificação, em conjunto, de uma sessão de terapia para treino;
- c) Codificação, de modo independente, de quatro sessões de terapia (cerca de 25% dos casos) para avaliação do nível de acordo inter-codificadores por parte das duas mestrandas;
- d) Codificação dos restantes processos da amostra (cada visualização e codificação tem a duração aproximada de duas horas);
- e) Comparação das codificações de dois avaliadores. No caso de existirem discrepâncias superiores a 1 ponto, as avaliadoras visualizaram novamente a sessão e discutiram as pontuações tentando chegar a um acordo;
- f) Construção de uma base de dados para inserção da informação recolhida com o SOFTA-o e o SOFTA-s.

3.4.1. Análises Estatísticas

Para o tratamento estatístico dos dados desta investigação recorreu-se à utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 20.0), realizando-se as seguintes análises:

- a) Cálculo do *Coefficiente de Correlação Intraclasse* (ICC), de forma a avaliar o nível de acordo entre os dois codificadores;
- b) Cálculo da consistência interna através do *Alpha de Cronbach* para a escala total, para as dimensões teóricas do SOFTA-s e para as duas dimensões encontradas no estudo de validação realizado por Vilaça e colaboradores (2014);
- c) Estatísticas descritivas (frequências e percentagens) dos descritores do SOFTA-o por dimensão;

Avaliação da Aliança Terapêutica na Terapia Familiar: A perspetiva observacional e de autorrelato

- d) Estatísticas descritivas (médias e desvio padrão) para os itens do SOFTA-s;
- e) *Correlação de Spearman* para avaliar a associação das quatro dimensões da aliança entre a versão observacional e a versão autorresposta;
- f) *Correlação de Spearman* para verificar a associação entre o total do SOFTA-s e as dimensões do SOFTA-o.

IV. Resultados

A apresentação dos resultados inicia-se com os estudos de fiabilidade, nomeadamente o cálculo do ICC para o SOFTA-o e a análise da consistência interna do SOFTA-s. De seguida, procede-se à análise das frequências dos descritores comportamentais dos clientes para cada dimensão do SOFTA-o. Posteriormente realiza-se a análise das estatísticas descritivas, através do cálculo das médias e desvios padrão dos itens do SOFTA-s. Por fim, analisam-se os resultados do *Coefficiente de Spearman*, acerca da correlação entre as duas versões do instrumento.

4.1. Nível de Acordo Inter-Codificadores (SOFTA-o)

O ICC permite verificar a igualdade das classificações atribuídas por sujeitos diferentes (Pestana & Gageiro, 2005). Os valores obtidos pelo cálculo do ICC (cf. Tabela 3) são superiores a .80 nas quatro dimensões.

Tabela 3.
Nível de Acordo Inter-Codificadores (ICC)

Dimensões SOFTA	ICC
Envolvimento	.82
Conexão Emocional	.81
Segurança	.87
Sentimento de Partilha de Objetivos	.89

4.2. Consistência Interna (SOFTA-s)

Como indicador da consistência interna do SOFTA-s foi considerado o *Alpha de Cronbach* (α), quer para o total dos itens, quer para cada uma das quatro dimensões do instrumento.

Tabela 4.
Alpha de Cronbach para as dimensões e total do SOFTA-s

Dimensões SOFTA	α
Envolvimento	.43
Conexão Emocional	.49
Segurança	.25
Sentimento de Partilha de Objetivos	.53
Total	.70

O valor encontrado para os 16 itens foi de .70. Os valores para cada uma das dimensões são inferiores, como se pode observar na tabela 4. Apenas a dimensão SPO apresenta um valor ligeiramente superior (.53).

Foi ainda calculada a consistência interna das duas dimensões encontradas nos estudos de validação da versão portuguesa do SOFTA-s (Vilaça et al., 2014). Conforme é possível verificar na tabela 5, o valor obtido para a dimensão *Forças da Aliança* foi de .82, próximo ao encontrado no estudo de validação (.84) (Vilaça et al., 2014). Para a dimensão *Dificuldades da Aliança* o valor obtido foi de .62, ligeiramente inferior ao encontrado no estudo de validação (.70) (Vilaça et al., 2014).

Tabela 5.
Alpha de Cronbach para os dois fatores da aliança do SOFTA-s

Fatores da Aliança	α
Forças da Aliança	.82
Dificuldades da Aliança	.62

4.3. Análise das frequências dos descritores do SOFTA-o

Realizou-se a análise das frequências dos descritores de cada uma das dimensões do SOFTA-o, a fim de perceber quais os descritores mais e menos frequentes ao longo das sessões.

Verifica-se que dos 11 descritores da dimensão ENV (cf. Tabela 6) os mais frequentes são: a aceitação, por parte dos clientes, das tarefas de casa prescritas pelos terapeutas ($f=11$); a descrição de um plano para melhorar situação ($f=9$) e a introdução de um problema para ser discutido ($f=8$). No que diz respeito aos descritores menos frequentes encontra-se o descritor comportamental “Inclina-se para a frente” ($f=2$) e ainda dois descritores negativos, como sentir-se preso ou bloqueado ou considerar a terapia pouco útil e mostrar indiferença em relação ao processo terapêutico.

Importa, ainda, salientar que há quatro descritores da dimensão ENV que não foram registados.

Tabela 6.
Frequências dos descritores do Envolvimento (SOFTA-o)

Nesta sessão, o cliente...	f	%
Manifesta o seu acordo com as metas propostas	6	3.53
Descreve ou discute planos para melhorar a situação	9	5.30
Introduz um problema para ser discutido	8	4.70
Aceita fazer as tarefas para casa que lhe são sugeridas	11	6.48
Indica que fez uma tarefa ou considera-a como útil	0	0
Expressa otimismo ou indica que houve uma mudança positiva	0	0
Aceita os pedidos do terapeuta para discutir ou representar alguma interação diante dele	0	0
Inclina-se para a frente (postura corporal)	2	1.18
Menciona o tratamento, o processo de terapia, ou uma sessão em concreto	0	0
Expressa sentir-se “preso/ bloqueado” ou afirma que a terapia não foi ou não é útil	2	1.18

Mostra indiferença acerca das tarefas ou do processo de terapia	2	1.18
---	---	------

Para a dimensão CE (cf. Tabela 7), dos 10 descritores que a compõem destacam-se como mais frequentes a expressão de confiança que sentem no terapeuta ($f=7$) e os momentos de humor partilhados com o mesmo ($f=29$). Como descritores menos frequentes ($f=1$), o evitamento do contacto visual com o terapeuta e a expressão de afeto pelo mesmo. Relativamente, aos descritores que não foram registados podemos verificar que tanto são positivos, como a expressão de interesse na vida pessoal do terapeuta, como negativos, interação hostil com o mesmo e comentários sobre a sua incompetência.

Tabela 7.

Frequências dos descritores da Conexão Emocional (SOFTA-o)

Nesta sessão, o cliente...	<i>f</i>	%
Partilha um momento de humor ou uma brincadeira com o terapeuta	29	17.09
Verbaliza a sua confiança no terapeuta	7	4.13
Expressa interesse por aspetos da vida pessoal do terapeuta	0	0
Indica que se sente entendido ou aceite pelo terapeuta	0	0
Expressa fisicamente ou verbaliza o seu afeto pelo terapeuta	1	.58
Imita, reproduz, a postura corporal do terapeuta	2	1.16
Evita o contacto visual com o terapeuta	1	.58
Está relutante ou recusa-se a responder ao terapeuta	3	1.77
Interage de forma hostil ou sarcástica com o terapeuta	0	0
Faz comentários sobre a incompetência ou inadequação do terapeuta	0	0

Na dimensão SEG (cf. Tabela 8), conclui-se que os descritores mais frequentes são: a variação do tom emocional ($f=16$) e a partilha de sentimentos dolorosos durante as sessões de terapia ($f=16$). Os descritores menos frequentes ($f=1$) dividem-se em descritores positivos como assumir uma postura corporal aberta, e negativos como a relutância em responder a outro membro da família e mostrar-se ansioso/incomodado relativamente à câmara, aos observadores, ou à supervisão. De notar que três dos descritores da dimensão SEG não foram registados, conforme é possível verificar na tabela 8.

Tabela 8.

Frequências dos descritores da Segurança (SOFTA-o)

Nesta sessão, o cliente...	<i>f</i>	%
Indica ou afirma que a terapia é um lugar seguro, um lugar em que ele confia	4	2.35
“Abre” a sua intimidade (p.e., comenta sentimentos dolorosos, partilha intimidades, chora...)	16	9.40
Varia o seu tom emocional durante a sessão	16	9.40
Tem uma postura corporal aberta	1	.58
Revela um segredo ou algo que nenhum membro da família sabe	0	0
Incentiva outro membro da família a abrir-se ou a dizer a verdade	4	2.35

Pede diretamente a outro/s membro/s da família que opinem sobre si como pessoa ou sobre os seus comportamentos	2	1.16
Expressa ansiedade de forma não verbal	0	0
Protege-se de forma não verbal	0	0
Recusa-se ou está relutante em responder quando outro membro da família lhe fala	1	.58
Responde defensivamente a outro membro da família	2	1.16
Menciona de forma ansiosa/incómoda a câmara, os observadores, a supervisão, ou os procedimentos da investigação	1	.58

Atendendo aos 11 descritores do SPO (cf. Tabela 9) conclui-se que os descritores mais frequentes são a partilha de momentos de humor entre os elementos da família ($f = 16$) e a culpabilização de outros membros da família ($f = 11$). Como descritores negativos menos frequentes ($f = 1$) destacam-se a desvalorização da perspetiva dos outros membros da família e o desacordo quanto à terapia (e.g., metas e tarefas). Como descritor positivo menos frequente surge apenas o questionamento dos pontos de vista de cada um.

Quanto aos descritores que não foram registados destacam-se como descritores negativos o evitamento do contacto visual entre os membros da família e a tentativa de que o terapeuta se posicione a seu favor. Como descritor positivo apenas é identificado a reflexão em espelho das posturas dos outros membros da família.

Tabela 9.

Frequências dos descritores do Sentimento de Partilha de Objetivos (SOFTA-o)

Nesta sessão, os membros da família...	<i>f</i>	%
Oferecem um acordo para um compromisso	2	5.7
Partilham entre si uma piada ou um momento engraçado	16	45.7
Perguntam uns aos outros os pontos de vista de cada um	1	2.9
Validam mutuamente os seus pontos de vista	2	5.7
Refletem em espelho as posturas corporais de cada um	0	0
Evitam o contacto visual entre eles	0	0
Culpam-se uns aos outros	11	31.4
Desvalorizam a opinião ou perspetiva dos outros	1	2.9
Tentam aliar-se ao terapeuta contra outros membros da família	0	0
Fazem comentários hostis ou sarcásticos a outros membros da família	6	17.1
Não estão de acordo entre si sobre o valor, o propósito, as metas, ou as tarefas da terapia, ou sobre quem deve ser incluído nas sessões	1	2.9

4.4. Análise das médias dos itens do SOFTA-s

Após a análise das médias (cf. Tabela 10) conclui-se que os itens com maior média são o reconhecimento do empenho do terapeuta (CE), a união familiar com vista à resolução dos problemas (SPO) e a valorização do esforço dos diversos membros da família (SPO). Os itens com menor média dizem respeito ao receio de abordar alguns temas em sessão (SEG), ao

considerar o terapeuta uma pessoa significativa na sua vida (CE) e à comodidade e relaxamento durante as sessões (SEG).

Tabela 10.
Médias dos itens SOFTA-s

Itens do SOFTA-s	M	DP
1. O que acontece na terapia pode solucionar os nossos problemas (ENV)	3.94	.67
2. O terapeuta compreende-me (CE)	4.03	.72
3. As sessões de terapia ajudam-me a abrir (SEG)	3.70	.70
4. Todos os membros da minha família que vêm à terapia querem o melhor para a nossa família e querem resolver os nossos problemas (SPO)	4.44	.70
5. Para mim é difícil discutir com o terapeuta o que devemos trabalhar na terapia (ENV)	3.76	.92
6. O terapeuta está a fazer tudo o que é possível para me ajudar (CE)	4.47	.56
7. Sinto-me cómodo e relaxado nas sessões (SEG)	3.68	.64
8. Todos nós que vimos à terapia valorizamos o esforço e o tempo investido por todos (SPO)	4.18	.72
9. O terapeuta e eu trabalhamos juntos como uma equipa (ENV)	3.79	.69
10. O terapeuta tornou-se uma pessoa importante na minha vida (CE)	3.26	.67
11. Há alguns temas que receio abordar na terapia (SEG)	3.53	1.10
12. Alguns membros da família não concordam com outros sobre os objetivos da terapia (SPO)	3.76	1.13
13. Eu entendo o que está a ser feito na terapia (ENV)	4.15	.61
14. Faltam conhecimentos e capacidades ao terapeuta para me ajudar (CE)	3.70	.70
15. Por vezes sinto-me à defesa nas sessões (SEG)	3.71	1.12
16. Na família cada um de nós ajuda os outros a conseguirem o que querem da terapia (SPO)	3.71	1.00

4.5. Correlação entre as dimensões do SOFTA-s e SOFTA-o

De seguida são apresentados os resultados da correlação entre as dimensões da versão autorresposta e as dimensões da versão observacional.

Após a análise da tabela 11, é possível verificar que apenas a dimensão SPO obteve uma correlação moderada e significativa (.59) nas duas versões do instrumento (Cohen, 1988). A dimensão CE apesar de apresentar uma associação baixa (.33), quase alcançou a significância estatística. As restantes dimensões, ENV (.13) e SEG (.04), apresentam associações muito baixas (Cohen, 1988) entre ambas as versões.

Tabela 11.
Correlação entre as dimensões do SOFTA-s e SOFTA-o

Dimensões do SOFTA	Correlação de Spearman	p
Envolvimento	.13	.477
Conexão Emocional	.33	.060
Segurança	.04	.835
Sentimento de Partilha de Objetivos	.59**	.000

**p<.01 ; *p<.05

Avaliação da Aliança Terapêutica na Terapia Familiar: A perspetiva observacional e de autorrelato

Ana Filipa Simões Cunha (e-mail: a_fsc@hotmail.com) 2015

4.6. Correlação entre o total do SOFTA-s e as dimensões do SOFTA-o

Da análise da tabela 12 é possível aferir que o resultado total SOFTA-s apresenta uma correlação moderada com as dimensões CE e SPO do SOFTA-o. Analisando os valores dos coeficientes das quatro dimensões é assim possível concluir que a dimensão que alcançou o coeficiente mais elevado foi a CE (.48) que, tal como o SPO (.43), indica uma correlação moderada e significativa entre o total do SOFTA-s e as dimensões do SOFTA-o (Cohen, 1988). As restantes dimensões revelaram associações muito baixas (Cohen, 1988), sendo a SEG a dimensão que revelou uma menor associação entre o resultado total da versão autorresposta e a versão observacional.

Tabela 12.

Correlação entre o total do SOFTA-s e o SOFTA-o

Dimensões do SOFTA	Correlação de Spearman	p
Envolvimento	.11	.533
Conexão Emocional	.48**	.004
Segurança	.05	.801
Sentimento de Partilha de Objetivos	.43*	.011

**p<.01 ; *p<.05

V. Discussão

A aliança terapêutica assume um papel decisivo para o sucesso da terapia (Friedlander et al., 2011), sendo uma relação mútua dependente dos contributos dos terapeutas e clientes (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Corbella & Botella, 2003).

Ao longo do tempo têm sido vários os estudos realizados acerca da perspectiva dos clientes sobre a aliança terapêutica (e.g., Bachelor, 1995; Bedi, 2006; Bedi, Davis, & Arvay, 2005; Bedi, Davis, & Williams, 2005; Bedi & Duff, 2008, 2009; Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka, & Park, 2006). De acordo com esses estudos podemos concluir que: (1) os clientes e os terapeutas interpretam a qualidade e a força da aliança de forma distinta (Bacharel, 1995; Bedi, 2006); (2) as perspectivas dos clientes sobre a aliança tendem a ser preditores mais fortes de um resultado positivo do que as perspectivas dos terapeutas (Horvath & Bedi, 2002; Horvath e Symonds, 1991); (3) as perspectivas dos clientes são independentes das modalidades de terapia que os terapeutas utilizam. Contrariamente, a perspectiva dos terapeutas acerca da aliança está dependente da sua orientação teórica (Horvath & Bedi, 2002).

No âmbito da aliança terapêutica na terapia individual, parece existir assim alguma investigação que se tem debruçado sobre a comparação da perspectiva de clientes e terapeutas, escasseando contudo os estudos que comparem a perspectiva dos clientes com a de observadores externos.

Avaliação da Aliança Terapêutica na Terapia Familiar: A perspectiva observacional e de autorrelato

Ana Filipa Simões Cunha (e-mail: a_fsc@hotmail.com) 2015

Neste sentido, pareceu-nos pertinente estudar de que forma a perspectiva que os clientes têm acerca da aliança terapêutica coincide com a perspectiva de observadores externos. Deste modo, no contexto da terapia familiar, a presente investigação tem como objetivo principal comparar a perspectiva dos clientes, avaliada pela versão autorresposta do SOFTA, com a perspectiva de observadores externos, avaliada pela versão observacional do SOFTA. Da análise da correlação de cada uma das dimensões, concluiu-se que apenas a dimensão SPO obteve uma correlação moderada e significativa (Cohen, 1988), o que significa que a dimensão relativa à aliança intrafamiliar parece estar associada nas duas versões do instrumento. Relativamente à análise da correlação do resultado total da versão autorresposta com as quatro dimensões da versão observacional, obteve-se uma correlação significativa para o SPO e para a CE (Cohen, 1988). Este resultado revelou então que as dimensões SPO e CE do SOFTA-o estão correlacionadas com o total do SOFTA-s.

Conforme já foi referido, o SPO retrata o sentimento de unidade da família e o seu trabalho conjunto no sentido de alcançarem as metas terapêuticas propostas. Esta dimensão demonstrou ter um papel fulcral na construção da aliança terapêutica (D'Hoore, 2010). Desta forma, a união da família e a motivação de cada um dos membros influenciam a mudança terapêutica de toda a família (Symonds & Horvath, 2004).

Num estudo realizado no Canadá com casais numa primeira sessão de terapia foi avaliada a associação entre a perceção dos clientes sobre a aliança, medida através do WAI-Co (Symonds, 1999), e os dados observacionais do SOFTA. O estudo concluiu que as perceções dos clientes estavam significativamente correlacionadas com os comportamentos observados na dimensão SPO (Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006). Este resultado corrobora os dados encontrados na presente investigação, uma vez que a perceção que os clientes têm da aliança terapêutica parece estar associada aos comportamentos observados na dimensão SPO.

O resultado total do SOFTA-s apresenta uma correlação moderada e significativa no que respeita à dimensão CE do SOFTA-o, indicando assim que a perspectiva geral dos clientes sobre a aliança está associada à perspectiva dos observadores externos sobre a CE. Fitzpatrick e colaboradores (2006) consideram que, na perspectiva dos clientes, a confiança no terapeuta, a sua aceitação e validação, é crucial para o estabelecimento da aliança (Fitzpatrick, et al., 2006). Um estudo com 38 adolescentes e 29 mães revelou associações significativas entre as pontuações totais do questionário de autorresposta e as dimensões CE e ENV do SOFTA observacional, as quais refletem aspetos genéricos da terapia. A dimensão CE surgiu significativamente correlacionada tanto para as mães como para adolescentes (Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006).

No presente estudo não foram então encontradas correlações significativas ao nível das dimensões ENV e SEG. Na correlação entre as dimensões, a SEG (.04) e o ENV (.13) apresentaram associações muito baixas (Cohen, 1988) entre ambas as versões do SOFTA, e o mesmo se

verifica na correlação entre o total da versão autorresposta e a versão observacional, a SEG (.05) e o ENV (.11).

A segurança traduz a confiança dos clientes no sistema terapêutico e é uma dimensão fulcral para evitar o abandono da terapia (Friedlander et al., 2006). A baixa correlação obtida entre os dados de autorresposta e observacionais indica-nos que, nesta dimensão, a perspetiva que os clientes têm da aliança não se correlacionou com a perspetiva dos avaliadores externos (dados observacionais). Sendo uma primeira sessão de terapia, um primeiro contacto com os terapeutas parece justificar alguma apreensão por parte dos clientes. Embora a grande maioria dos dados observacionais revelem a existência de segurança por parte dos clientes na terapia (e.g., abertura de intimidade e variação do tom emocional), os dados de autorresposta indicaram que os clientes sentem ainda receio em abordar alguns temas na terapia e, por vezes, sentem-se à defesa nas sessões de terapia.

Também Escudero e colaboradores (2008) investigaram a correlação entre o comportamento observado, avaliado pelo SOFTA-o, e as perceções da aliança, avaliadas pelo HAQ-II. Para a dimensão SEG, os resultados demonstraram que a correlação entre os comportamentos e as perceções dos clientes aumenta ao longo do tempo, alcançando correlações mais robustas no final da terapia. Este resultado parece fazer supor que as baixas correlações encontradas na dimensão SEG se fiquem a dever ao facto de se tratar de uma primeira sessão. Um outro estudo realizado nos Estados Unidos com 22 famílias, com o objetivo de avaliar a correlação entre a perspetiva dos clientes e dos observadores, concluiu também que a SEG apenas alcançou uma associação significativa em momentos avançados da terapia, mais concretamente na sexta e nona sessões (Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006). Segundo Beck et al. (2006), a baixa associação pode ser justificada por se tratar de uma primeira sessão e também pela presença de outros elementos da família na mesma, visto que nalguns casos isso representa uma ameaça à segurança dentro do sistema terapêutico (Beck et al., 2006).

O envolvimento na terapia reflete a colaboração dos clientes com as tarefas e os objetivos terapêuticos e está relacionado com a clareza e a adequação com que o terapeuta os explica (Friedlander et al., 2006). Na presente amostra esta dimensão obteve também uma baixa correlação entre as duas versões do SOFTA. De acordo com os dados obtidos na versão observacional, os clientes referem compreender o que se faz ao longo da sessão e, no decorrer da mesma, descrevem planos para melhorar a sua situação, introduzem problemas que gostariam de resolver em terapia e aceitam as tarefas prescritas pelo terapeuta. No entanto, assumem ter alguma dificuldade em discutir com os terapeutas o que se deve trabalhar na sessão.

A baixa correlação na dimensão ENV foi também verificada no estudo que Friedlander e colaboradores (2006) realizaram, cujo objetivo era avaliar a perceção da aliança terapêutica por parte dos clientes ao longo do processo terapêutico e compará-la com os dados observacionais. Os resultados

indicaram que o ENV apresentou correlações significativas em sessões avançadas da terapia (e.g., 3ª sessão e 9ª sessão) (Friedlander et al., 2006).

Atendendo aos resultados das frequências dos descritores comportamentais do SOFTA-o e das médias dos itens do SOFTA-s, é possível concluir que a dimensão CE foi a mais frequente nos dados observacionais e a dimensão com maior média nos dados autorresposta. Nos dados observacionais, o descritor mais codificado foi a partilha de momentos de humor com o terapeuta e nos dados de autorresposta o item com maior média foi o reconhecimento de que o terapeuta faz tudo o que pode para ajudar a família.

Relativamente aos descritores menos frequentes e aos itens com menor média, verificou-se também uma coincidência quanto para dimensão SEG. Foi encontrada uma média baixa para o item referente à comodidade e relaxamento nas sessões (dados autorrelatados), um dado corroborado pelo descritor pouco frequente da postura corporal aberta por parte dos clientes (dados observados).

Depois de analisados os resultados gerais, importa ainda referir os estudos de fiabilidade realizados para as duas versões do SOFTA. Relativamente ao SOFTA-o, os valores obtidos no ICC são superiores a .80, pelo que se conclui a existência de um alto nível de concordância entre os avaliadores (Pestana & Gageiro, 2005).

Os resultados da consistência interna do total do SOFTA-s, .70, indicam-nos um nível de fiabilidade razoável (Pestana & Gageiro, 2008). No entanto, as dimensões ENV, CE e SEG apresentam uma consistência abaixo do que é considerado aceitável (Pestana & Gageiro, 2008). Apenas a dimensão SPO, com um valor de .53, apresenta uma maior consistência interna, mas ainda assim considerada fraca. Deste modo, tornou-se conveniente analisar as correlações ao nível das dimensões da versão autorresposta com as dimensões da versão observacional, tal como ao nível do total da versão autorresposta com as dimensões do observacional.

Relativamente às implicações práticas do presente estudo destaca-se: a oportunidade de compreender de que forma a perspetiva que os clientes têm acerca da aliança terapêutica se correlaciona com aquilo que os observadores externos percecionam. Ou seja, o presente estudo exploratório indica-nos quais das quatro dimensões da aliança – ENV, CE, SEG e SPO – parecem estar associadas em ambas as perspetivas numa primeira sessão de terapia familiar.

Uma vez que a perspetiva que os clientes têm acerca da aliança tende a ser mais preditiva do resultado da terapia (Horvath & Bedi, 2002), os dados de autorresposta são fulcrais para dar conhecimento acerca da forma como os clientes percecionam a aliança terapêutica com os terapeutas. Por sua vez, a análise dos comportamentos observados permite conhecer de modo objetivo e verificável quais os comportamentos mais e menos frequentes durante uma sessão de terapia. O presente estudo revelou que comportamentos como a validação dos pontos de vista de cada membro da família entre si e o questionamento acerca dos seus pontos de vista foram

pouco frequentes. Sendo estes comportamentos indicadores positivos da aliança intrafamiliar, os terapeutas podem estimular a sua ocorrência ao longo das sessões. Relativamente aos comportamentos negativos, tais como a culpabilização entre os membros da família, estes permitem chamar a atenção para a necessidade de treinar os terapeutas familiares no sentido de diminuir a sua ocorrência. Este estudo ressalva, ainda, a importância dos momentos de humor ao longo da sessão. Na presente amostra os clientes partilharam vários momentos de humor tanto com o terapeuta como com os restantes membros da família. Segundo Friedlander e colaboradores (2006), o humor é uma forma de abordar questões tensas ao aliviar a tensão e facilitar a partilha, devendo ser tomado em conta por parte dos terapeutas.

VI. Conclusões

A aliança terapêutica tem-se revelado um preditor significativo de sucesso no processo terapêutico (Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008; Horvath, 2001; Horvath & Bedi, 2002; Luborsky, 1994; Robbins et al., 2006), sendo dependente dos contributos de clientes e terapeutas. No âmbito das terapias conjuntas, a presente investigação contribuiu para o estudo da aliança terapêutica, tendo em conta a perceção dos clientes e observadores.

A investigação acerca da aliança terapêutica tem-se centrado nos contributos que os clientes podem ter para a sua construção (e.g., Ackerman & Hilsenroth, 2003; Duff & Bedi, 2010), bem como na perspectiva que estes têm da mesma (e.g., Bachelor, 1995; Bedi, 2006; Bedi, et al., 2005; Bedi, Davis, & Williams, 2005; Bedi & Duff, 2009; Fitzpatrick, et al., 2006). No entanto, o estudo entre a associação da perspectiva do cliente e os seus comportamentos observados é ainda escasso. Assim, a presente investigação apresenta-se como uma mais-valia nesta área. A literatura sugere que a perspectiva dos clientes é aquela que mais se relaciona com o resultado da terapia (Waddington, 2002), uma vez que são eles a fonte mais viável para relatar a sua própria experiência da terapia (Elliott & James, 1989), e os principais agentes da mudança (Duff & Bedi, 2010).

À semelhança do que se verificou na investigação de Friedlander e colaboradores (2006), também neste estudo os dados de autorresposta e os dados observacionais parecem estar significativamente correlacionados na dimensão SPO. A correlação significativa entre o total da versão autorresposta e a versão observacional na CE permite concluir que as perspectivas de observadores e dos clientes estão associadas para esta dimensão.

Como qualquer estudo, este também apresenta limitações. Uma dessas limitações reporta-se ao tamanho reduzido da amostra ($n=35$) e, como tal, ao recurso a testes não paramétricos, menos sensíveis às diferenças estatisticamente significativas em amostras pequenas (Maroco, 2007). Desta forma não se poderá fazer uma generalização dos resultados obtidos, apesar

disso os principais resultados encontrados parecem ser corroborados por estudos efetuados com amostras de maior dimensão.

Sendo este um estudo exploratório ficam algumas indicações para futuras investigações. A primeira seria conseguir uma amostra com maior número de clientes, no sentido de a tornar mais representativa. A segunda avaliar a correlação dos instrumentos em momentos mais avançados do processo terapêutico, para desta forma perceber se a perspectiva dos clientes em momentos mais avançados da terapia se associa, ou não, à versão observacional, e em que dimensões.

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. doi:10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Ackerman, S., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23, 1, 1–33.
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 323-337.
- 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.
- Bedi, R.P., Davis, M.D., & Williams, M. (2005). Critical Incidents in the Formation of the Therapeutic Alliance from the Client's Perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (3), 311–323. doi: 10.1037/0033-3204.42.3.311
- Bedi, R. P. (2006). Concept mapping the client's perspective on counseling alliance formation. *Journal of Counseling Psychology*, 53(1), 26-35. doi: 10.1037/0022-0167.53.1.26
- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Arvay, M. J. (2005). The client's perspective on forming a counselling alliance and implications for research on counsellor training. *Canadian Journal of Counselling*, 39(2), 71-85.

- Bedi, R. P., & Duff, C. T. (2009). Prevalence of counselling alliance type preferences across two samples. *Canadian Journal of Counselling, 43*(3), 151-164.
- 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
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología, 19*(2), 205-221.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Hogue, A. and Dakof, G. A. (1999). Alliance building interventions with adolescents in family therapy: a process study. *Psychotherapy, 36*: 355–368.
- Duff, C., Bedi, R. P. (2010). Counsellor behaviours that predict therapeutic alliance: From the client's perspective. *Counselling Psychology Quarterly, 23*(1), 91-110. doi:10.1080/09515071003688165
- 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.
- Escudero, V., Heatherington L., & Friedlander, M. L. (2010). Therapeutic alliances and alliance building in family therapy. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance. An evidenced-based guide to practice* (pp. 240-262). New York: Guilford.
- Fitzpatrick, M. R., Janzen, J., Chamodraka, M. & Park, J. (2006). Client critical incidents in the process of early alliance development: A positive emotion-exploration spiral. *Psychotherapy Research, 16* (4): 486-498. doi: 10.1080/10503300500485391

- Friedlander, M., 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., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy, 48*(1), 25 – 33.
- 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. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2009). *La alianza terapéutica en la terapia familiar y de pareja*. Barcelona: Paidós.
- Friedlander, M., & Tuason, M. (2000). Process and outcome in couples and family therapy. In S. Brown & R. Lent (Eds.) *Handbook of counseling psychology* (pp.797-824). New York: Wiley.
- 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.
- 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
- Horvath, A. O. (1994). Empirical Validation of Bordin's Pantheoretical Model of the Alliance: The Working Alliance Inventory Perspective. In A. O. Horvath y L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 109-128). New York: Wiley.
- Horvath, A. O. (2001). Therapeutic alliance: Theory, concepts, and training. *Australian Psychologist, 36*(2),170-176.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In Norcross, J. C. (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist*

- contributions and responsiveness to patients* (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., O., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16.
- Kramer U., De Roten, Y., Beretta V., Michel, L., & Despland J. (2009). Alliance patterns over the course of short dynamic psychotherapy: The shape of productive relationships. *Psychotherapy Research*, 19(6), 699-706.
- Knobloch-Fedders, L., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process*, 43(4), 425-42.
- Maroco, M. (2007). *Análise estatística: com utilização do SPSS*. (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Muran, J.C. & Safran, J.D. (1998). Negotiating the therapeutic alliance in brief psychotherapy: An introduction. In J.D. Safran & J.C. Muran, (Eds.), *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (pp.3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Peña, C., Friedlander, M.L. & Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances: How observable are they? *Psychotherapy Research*, 19, 133-142.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinsof, W. M. (1999). *Family Therapy Alliance Scale-Revised*. Evanston, IL: The Family Institute.
- Pinsof, W.M. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In A.O. Horvath y L.S. Greenberg. *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173-195). Nueva York: Wiley & Sons.

- Pinsof, W.B. & Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151.
- Pinsof, W. M., Zinbarg, R., & Knobloch-Fedders, L. M. (2008). Factorial and construct validity of the Revised Short Form Integrative. *Psychotherapy Alliance Scales for family, couple, and individual therapy. Family Process*, 47, 281-301.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Robbins, M. S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F., & Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional family therapy. *Journal of Family Psychology*, 20, 108-116.
- Robbins, M. S., Mayorga, C. C., Mitrani, V. B., Szapocznik, J., Turner, C. W., & Alexander, J. F. (2008). Adolescent and parent alliances with therapists in brief strategic family therapy with drug-using hispanic adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34 (3), 316-28.
- Simões, M. M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do teste das matrizes progressivas coloridas de Raven*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- 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, D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couples therapy. *Family Process*, 43, 443-455.
- Vilaça, M., Sotero, L., Silva J., & Relvas, A. P. (2014). Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar – Versão Auto-Resposta (SOFTA-s). In A. P. Relvas e S. Major (Coord.), *Instrumentos de Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção* (Vol. I), Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Waddington, L. (2002). The Therapy Relationship in Cognitive Therapy: A Review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(2), 179-191.

Anexos

Anexo A: Questionário de Dados Sociodemográficos, versão pais

Anexo B: Questionário de Dados Sociodemográficos, versão filhos

Anexo C: Grelha de codificação da versão cliente do SOFTA-o

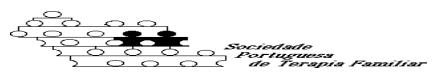
Anexo D: SOFTA-s, versão do cliente

Anexo A

Questionário de Dados Sociodemográficos, versão pais

Obrigado por participar neste estudo!
Responda às seguintes questões de forma honesta e clara.
Iniciaremos com algumas questões bastante simples.

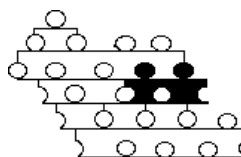
D1	Código do caso (a preencher pelo serviço):	Código: PT / ___ ___ / ___ ___ / _____ (Código Local) (Nº Família) (Elemento da Família)	
D2	Sexo (coloque um X à frente da resposta correcta)	Feminino	
		Masculino	
D3	Qual o seu estado civil e desde quando?	(exemplo: casado desde 2001)	
D4	Qual a sua nacionalidade?		
D5	Qual o seu local de residência?		
D6	Qual a sua idade?	_____ Anos	
D7	Qual a escolaridade que concluiu? (coloque um X à frente da resposta correcta)	Nenhuma	
		Escola Primária	
		Secundário Incompleto	
		Secundário Completo	
		Curso Profissional	
		Licenciatura	
		Mestrado	
		Doutoramento	
D8	Qual a sua profissão?		
D9	Tem filhos? Se sim, indique o sexo e a idade	(exemplo: sim, 1 menina de 10 anos e 1 menino de 6 anos)	
D10	Qual o sua posição no seu agregado familiar?	Mãe	
		Madrasta	
		Pai	
		Padrasto	
		Filha	
		Filho	
		Outra:	
D11	Quais os elementos do seu agregado familiar? (por ex.: mãe, padrasto, filho de 12 anos, filha de 15 anos, etc).		
D12	Foi encaminhado por alguém ou algum serviço? Se sim, quem encaminhou?		
	Já alguma vez recebeu algum tipo de ajuda psicológica?	Não	
		Sim (Em caso de resposta afirmativa, por favor preencha abaixo:)	
		a) Qual o motivo do pedido?	
	b) Tipo de intervenção realizada (terap. familiar, terap. de casal, terap. individual)?		
	c) Resultados obtidos?		
D13	A preencher pelo serviço ou pelo terapeuta:	Nome do(s) terapeuta(s):	
		T1:	
		T2:	
D14	A preencher pela equipa de investigação:	Etapa do Ciclo Vital:	
D15		Nível Sócio-económico:	



Anexo B
Questionário de Dados Sociodemográficos, versão filhos

Obrigado por participares neste estudo!
Responde às seguintes questões de forma honesta e clara.
Iniciaremos com algumas questões bastante simples.

D1	Código do caso (a preencher pelo serviço):	Código: PT / ____ / ____ / ____ (Código Local) (Nº Família) (Elemento da Família)	
D2	Sexo (coloca um X à frente da resposta correcta)	Feminino	
		Masculino	
D3	Qual a tua nacionalidade?		
D4	Qual o teu local de residência?		
D5	Qual a tua idade?	_____ Anos	
D6	Se estudas, qual o ano escolar que frequentas?		
	Se não estudas, qual é a tua escolaridade completa?		
D7	Tens irmãos? Se sim indica o sexo e a idade.	(exemplo: 1 rapaz de 12 anos)	
D7	Com quem vives? (por ex.: mãe, padrasto, avó, irmã de 12 anos, etc).		
D8	Já alguma vez recebeste algum tipo de ajuda psicológica?	Não	
		Sim (Em caso de resposta afirmativa, por favor preenche abaixo:)	
		a) Qual o motivo do pedido?	
		b) Tipo de intervenção realizada (terap. familiar, terap. de casal, terap. individual)?	
		c) Resultados obtidos?	
D9	A preencher pelo serviço ou pelo terapeuta:	Nome do(s) terapeuta(s): T1: T2:	D12
D10	A preencher pela equipa de investigação:	Etapa do Ciclo Vital:	D13
D11		Nível Sócio-económico:	D14



Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar

Anexo C

Grelha de codificação da versão cliente do SOFTA-o

Grelha de Cotação SOFTA-o (Cliente)*

Caso: Sessão: Data: .../.../ Terapeutas:

Envolvimento no Processo Terapêutico			Conexão Emocional com o Terapeuta		
Nesta sessão, o cliente...	Quem	Tempos	Nesta sessão, o cliente....	Quem	Tempos
1. manifesta o seu acordo com as metas propostas pelo terapeuta			1. partilha um momento de humor ou uma brincadeira com o terapeuta		
2. descreve ou discute um plano para melhorar a situação			2. verbaliza a sua confiança no terapeuta		
3. introduz um problema para ser discutido			3. expressa interesse por aspetos da vida pessoal do terapeuta		
4. aceita fazer as tarefas para casa que lhe são sugeridas			4. indica que se sente entendido ou aceite pelo terapeuta		
5. indica que fez uma tarefa ou considera-a como útil			5. expressa fisicamente ou verbaliza o seu afeto pelo terapeuta		
6. expressa otimismo ou indica que houve uma mudança positiva			6. imita, reproduz, a postura corporal do terapeuta		
7. aceita os pedidos do terapeuta para discutir ou representar alguma interação diante dele			7. evita o contato visual com o terapeuta		
8. inclina-se para a frente (postura corporal)			8. está relutante ou recusa-se a responder ao terapeuta		
9. menciona o tratamento, o processo de terapia, ou uma sessão em concreto			9. interage de forma hostil ou sarcástica com o terapeuta		
10. expressa sentir-se "preso/ bloqueado" ou afirma que a terapia não foi ou não é útil			10. faz comentários sobre a incompetência ou inadequação do terapeuta		
11. mostra indiferença acerca das tarefas ou do processo de terapia					
Pontuação Envolvimento/ Elemento da família (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3)			Pontuação Conexão Emocional/ Elemento da família (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3)		
Comentários/ Observações:			Comentários/ Observações:		

Grelha de Cotação SOFTA-o (Cliente)

Segurança dentro do Sistema Terapêutico			Sentimento de Partilha de Objetivos na Família		
Nesta sessão, o cliente...	Quem	Tempos	Nesta sessão, os membros da família...	Quem	Tempos
1. indica ou afirma que a terapia é um lugar seguro , um lugar em que ele confia			1. oferecem um acordo para um compromisso		
2. varia o seu tom emocional durante a sessão (p. ex., ri ou chora)			2. partilham entre si uma piada ou um momento engraçado		
3. "abre" a sua intimidade (p. ex., comenta sentimentos dolorosos, partilha intimidades, chora...)			3. perguntam uns aos outros os pontos de vista de cada um		
4. tem uma postura corporal aberta (relaxada; deve ser observado fundamentalmente na parte superior do corpo: tronco e braços)			4. validam mutuamente os seus pontos de vista		
5. revela um segredo ou algo que nenhum membro da família sabe			5. refletem em espelho as posturas corporais de cada um		
6. incentiva outro membro da família a abrir-se ou a dizer a verdade			6. evitam o contato visual entre eles		
7. pede diretamente a outro/s membro/s da família que opinem sobre si como pessoa ou sobre os seus comportamentos			7. culpam-se uns aos outros		
8. expressa ansiedade de forma não verbal (p. ex. <i>tamborila com os dedos, bate com os pés, esfrega as mãos, agita-se, move-se</i>)			8. desvalorizam a opinião ou perspectiva dos outros		
9. protege-se de forma não verbal (p. ex., <i>cruza os braços sobre o peito, não tira o casaco ou a mala, senta-se distante do grupo, etc.</i>)			9. tentam aliar-se ao terapeuta contra outros membros da família		
10. recusa-se ou está relutante em responder quando outro membro da família lhe fala			10. fazem comentários hostis ou sarcásticos a outros membros da família		
11. responde defensivamente a outro membro da família			11. não estão de acordo entre si sobre o valor, o propósito, as metas, ou as tarefas da terapia, ou sobre quem deve ser incluído nas sessões		
12. menciona de forma ansiosa/incómoda a câmara, os observadores, a supervisão, ou os procedimentos da investigação			Pontuação Sentimento de Partilha/ Família (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3)		
Pontuação Segurança/ Elemento da família (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3)					
Comentários/ Observações:			Comentários/ Observações:		

Anexo D

SOFTA-s, versão do cliente

Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar

SOFTA_s_Cliente

(M. L. Friedlander, V. Escudero, 2002)

Traduzido por L. Sotero, A. P. Relvas, A. Portugal, D. Cunha, M. Vilaça, 2010

Tome atenção às seguintes afirmações e rodeie com um círculo o número apropriado. Caso tenham estado presentes na sessão dois terapeutas, responda referindo-se a ambos conjuntamente:

	Nada	Pouco	Modera damente	Bastante	Muito
1. O que fazemos na terapia pode solucionar os nossos problemas.	1	2	3	4	5
2. O terapeuta compreende-me.	1	2	3	4	5
3. As sessões de terapia ajudem-me a abrir (por ex.: expressar sentimentos ou experimentar coisas novas).	1	2	3	4	5
4. Todos os membros da minha família que vêm à terapia querem o melhor para a nossa família e querem resolver os nossos problemas.	1	2	3	4	5
5. É difícil para mim discutir com o terapeuta o que devemos trabalhar na terapia.	1	2	3	4	5
6. O terapeuta está a fazer tudo o que é possível para me ajudar.	1	2	3	4	5
7. Sinto-me cómodo/a e relaxado/a nas sessões.	1	2	3	4	5
8. Todos nós que vimos à terapia valorizamos o esforço e o tempo investido por todos.	1	2	3	4	5
9. O terapeuta e eu trabalhamos juntos como uma equipa.	1	2	3	4	5
10. O terapeuta tornou-se numa pessoa importante na minha vida.	1	2	3	4	5
11. Existem alguns temas sobre os quais eu tenho medo de falar na terapia.	1	2	3	4	5
12. Alguns membros da família não concordam com outros sobre os objectivos da terapia.	1	2	3	4	5
13. Eu entendo o que está sendo feito na terapia.	1	2	3	4	5
14. Faltam conhecimentos e capacidades ao terapeuta para me ajudar.	1	2	3	4	5
15. Às vezes sinto-me à defensiva nas sessões.	1	2	3	4	5
16. Cada um de nós na família ajuda os outros a conseguirem o que querem da terapia.	1	2	3	4	5