

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Maria Beatriz Vasconcelos Fernandes Tato

ESTUDO DE VALIDAÇÃO DA ESCALA DE DEVOLUÇÃO EM
TERAPIA FAMILIAR (EDEV)

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Psicoterapia Sistémica e Familiar orientada pela Professora Doutora Ana Paula Relvas e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Julho de 2019

Estudo de Validação da Escala de Devolução em Terapia familiar (EDEV)

Resumo

A devolução em terapia familiar é uma ferramenta terapêutica importante, dados os benefícios que traz à família, nomeadamente o pressuposto de se verificar uma mudança (Pereira, 2009; Relvas, 2000). De modo a contribuir para a compreensão da devolução em terapia familiar, a presente investigação tem como principal objetivo a criação da Escala de Devolução em Terapia Familiar (EDEV), a qual permita avaliar e medir a devolução em terapia familiar. Esta escala foi complementada por uma grelha de técnicas terapêuticas mais utilizadas nessa parte da sessão. Para se efetuarem os estudos psicométricos (Pestana & Gageiro, 2003) da escala foram seleccionados 26 casos de terapia familiar, dos quais 11 dizem respeito a famílias involuntárias e 15 a famílias voluntárias (Relvas & Sotero, 2014). A análise fatorial mostrou que se trata de uma escala unidirecional. Os resultados obtidos mostraram ainda que a escala evidenciou uma boa consistência interna (.84) (Pestana & Gageiro, 2003). As correlações efetuadas mostraram que a EDEV não se associa com a Goal Attainment Scaling (GAS), nem com a Escala de Co-construção de Objetivos (ECCO). Foi ainda possível verificar que não existem diferenças na forma como é efetuada a devolução com famílias voluntárias e involuntárias, nem entre casos de dropout e casos terminados. Com o presente estudo verificou-se que a EDEV é uma escala que pode ser aplicada para fins clínicos e de investigação. Este estudo tem como principais limitações (1) o facto desta escala ter sido validada a partir da análise das primeiras sessões de processos concluídos de terapia familiar e (2) a amostra revelar desequilíbrios nas características dos terapeutas.

Palavras-chave: Devolução; terapia familiar sistémica; processo terapêutico; escala observacional; estudos psicométricos.

Research of Validation of the Returning in Family Therapy (EDEV)

Abstract

The return in family therapy is an important therapeutic tool, given the benefits it brings to the family, namely the presumption of a change (Pereira, 2009; Relvas, 2000). In order to contribute to the understanding of the return in family therapy, the main objective of the present investigation is the creation of the Family Therapy Return Scale (EDEV), which allows to evaluate and measure the return in family therapy. This scale was complemented by a grid of therapeutic techniques most used in this part of the session. In order to carry out the psychometric studies (Pestana & Gageiro, 2003) of the scale, 26 cases of family therapy were selected, of which 11 are related to involuntary families and 15 to voluntary families (Relvas & Sotero, 2014). The factorial analysis showed that it is a unidirectional scale. The results also showed that the scale showed good internal consistency (.84). Correlations showed that EDEV is not associated with Goal Attainment Scaling (GAS) nor with the Objective Co-construction Scale (ECCO). It was also possible to verify that there are no differences in the way the return is done with voluntary and involuntary families, nor between dropout cases and finished cases. With the present study it was verified that EDEV is a scale that can be applied for clinical and research purposes. This study shows as main limitations: (1) this scale's validation being supported in two first family therapy session's of the selected cases; and (2) the unbalanced sample of therapist's characteristics.

Key Words: Devolution; systemic family therapy; therapeutic process; observational scale; psychometric studies

Agradecimentos

Em primeiro lugar quero agradecer à minha orientadora, Doutora Ana Paula Relvas, por ter acreditado em mim, sem nunca me ter largado a mão. Sem o apoio, dedicação, orientação e disponibilidade não teria sido possível.

À Doutora Luciana, pela dedicação, pela ajuda, e pelas palavras de estímulo nos momentos mais difíceis.

À minha parceira, amiga, Bárbara Fernandez, por ter estado sempre tão próxima, e ter contribuído para esta investigação. Obrigada a ti pelo teu companheirismo, pelas alegrias, e por me teres acompanhado ao longo do meu percurso académico.

Aos meus amigos, e colegas de turma, por todo o apoio e interajuda. Em especial às minhas amigas que Coimbra me deu, à Adriana pela amiga que é, à Daniela por ser o meu porto-seguro e por todas as chamadas de apoio e insentivo, à Joana pela amizade, pela paciência e por todas as experiências que temos partilhado. Obrigada a cada uma de vocês, por me fazerem acreditar que os amigos de faculdade são para a vida.

Ao meu pai, que ficaria cheio de orgulho ao ver-me a culminar uma das grandes etapas da minha vida. Foste o meu anjo da guarda nos momentos mais difíceis.

À minha família por todo o apoio incondicional, em particular à minha mãe por todo o carinho e por ter acreditado sempre em mim, e aos meus irmãos por nunca me terem deixado desistir e me terem encorajado a continuar esta viagem, e ao Mickey, o meu cão de estimação por me ter escutado, sem julgar, apenas falava com o olhar.

Ao meu namorado, melhor amigo, por todo o amor. Agradeço-te todo o teu apoio nos momentos árduos, por me fazeres acreditar que sou capaz, por todos os conselhos dados, e por toda a paciência para comigo.

Índice	
Introdução	1
I – Enquadramento conceptual	2
1.1. Terapia Familiar Sistémica.....	2
1.2. Importância da Escola de Milão.....	4
1.3. A devolução em terapia familiar.....	8
II - Objetivos	10
III - Metodologia	12
3.1. Desenvolvimento do instrumento.....	12
3.1.1. Construção dos itens e estudo piloto.....	12
3.2. Aplicação e cotação da EDEV.....	16
3.3. Amostra.....	16
3.3.1. Procedimentos de Seleção de Amostra.....	16
3.3.2. Caracterização da Amostra.....	18
3.3.2.1. Caracterização dos terapeutas.....	18
3.3.2.2. Caracterização das famílias.....	19
3.3.3. Procedimentos Estatísticos.....	23
IV - Resultados	24
4.1. Estudos descritivos.....	24
4.1.1. Características.....	24
4.2. Estudos de precisão.....	26
4.2.1. Consistência Interna da escala.....	26
4.2.2. Nível de Acordo Intercodificadores.....	27
4.3. Estudos de validade interna: Análise fatorial exploratória.....	27
4.4. Estudos de validade com grupos conhecidos.....	29
4.4.1. Grupo de famílias voluntárias e grupo de famílias involuntárias.....	29
4.4.2. Grupo de casos dropout e grupo de casos terminados por acordo cliente(s)-terapeuta.....	29
4.5. Correlações entre instrumentos.....	29

V – Discussão	30
5.1. Limitações e Sugestões para Estudos Futuros	33
VI - Conclusões	35
Bibliografia	36
Anexos	39
Anexo A - Escala de Devolução (EDEV).....	39
Anexo B - Guião de Aplicação.....	41

Introdução

Uma das características da terapia familiar é o seu processo terapêutico, que é constituído por cinco etapas: a pré-sessão, a sessão, o intervalo, a intervenção e a discussão/comentário final. Neste sentido, a devolução em terapia familiar é a parte integrante do processo terapêutico, que se desenrola após o intervalo até ao momento da conclusão da sessão.

Desta forma, a devolução em terapia familiar é uma ferramenta de grande importância, uma vez que permite à família refletir acerca do que foi abordado na sessão. É esperado que no momento da devolução a comunicação seja breve, clara e unidirecional, e não um período de diálogo, de forma a que família ouça e compreenda o que os terapeutas lhe estão a transmitir sobre o que foi discutido na sessão. Assim, o objetivo da devolução em terapia familiar é passar informação que provoque mudança no seio familiar (Pereira, 2014).

Neste sentido, a presente investigação teve como objetivo a criação de uma escala observacional, a escala da devolução em terapia familiar (EDEV) que permitisse avaliar e medir a devolução em terapia familiar. Desta forma, foram criados itens que dizem respeito as características da devolução, bem como um conjunto de técnicas que estão presentes na devolução.

Assim, este estudo teve como finalidade criar e validar a EDEV, de forma a que a escala possa ser utilizada no futuro como uma ferramenta de ajuda na devolução em terapia familiar.

I – Enquadramento conceptual

1.1. Terapia Familiar Sistémica

A Terapia Familiar surge nos Estados Unidos da América, na década de 1950, ficando sobretudo marcada pela mudança de um pensamento analítico para um pensamento sistémico. Este novo modelo reúne em si conceitos de diferentes áreas do saber, passando do estudo isolado de uma só disciplina para uma interdisciplinaridade (Relvas, 1999; Relvas, 2000; Boston, 2000). Por outro lado, passa-se a privilegiar as interações recíprocas que o indivíduo estabelece com o meio, deixando, progressivamente, de ser percecionado como uma entidade doente, mas sim como paciente identificado (Relvas, 1999; Relvas, 2000).

Este modelo psicoterapêutico é entendido como um resultado do contexto social vivido na época do pós-guerra, um período marcado por grandes mudanças sociais e psicossociais que, juntamente com as consequências da Revolução Industrial (como o crescente fenómeno da urbanização), acabam por culminar na morte daquele que era até ao momento o clã familiar, alterando toda a conceção de família (Relvas, 1999; Relvas, 2000). Assim, a tónica passa a ser colocada na família nuclear e nas suas crescentes transformações, aumentando a sua responsabilização, constituindo-se motivo de grande interesse para os estudos psicossociais e psicopatológicos (Relvas, 1999; Relvas, 2000).

Também o próprio contexto científico-clínico favoreceu a implementação desta nova abordagem, onde os estudos desenvolvidos com doentes esquizofrénicos contribuíram para uma mudança de paradigma na Psicologia, Psiquiatria e Psicopatologia (Relvas, 1999). Por fim, destaca-se o surgimento de outras formas de intervenção psicoterapêutica como as terapias de grupo e o psicodrama que, juntamente com o aparecimento do movimento antipsiquiatria, acabaram por precipitar o desenvolvimento das terapias familiares,

colocando a família como o conceito-chave da Terapia Familiar (Relvas, 1999).

A multidisciplinariedade característica desta corrente psicoterapêutica, para além de possibilitar a agregação de vários conceitos presentes nas diversas áreas do conhecimento para a psicologia e psiquiatria, acaba por, desta forma, edificar aqueles que são os fundamentos da Terapia Familiar, que, como sabemos, decorrem da articulação entre Teoria Geral dos Sistemas, Cibernética e Teorias da Comunicação Humana (Relvas, 1999). Às Teorias da Comunicação Humana, mais especificamente, a corrente pragmática ecossistémica, liderada por investigadores da Escola de Palo Alto e pela sua figura central Bateson, vai buscar uma grelha de análise que serve como orientação para a compreensão e intervenção no seio da família, bem como para as suas interações, ou seja, as relações recíprocas entre o sistema e a sociedade (Zordan, Dellatorre, & Wieczorek, 2012). Os trabalhos de Bateson foram, de facto, fundamentais para o desenvolvimento das noções sistémicas relativamente ao comportamento do indivíduo, no sentido em que, juntamente com Jackson, aplicou os seus estudos da comunicação à área da psicopatologia e psicoterapia da esquizofrenia, (Zordan et al., 2012).

Por sua vez, Ackerman publica o primeiro livro dedicado à terapia familiar, *The Psychodynamics of Family Life: diagnosis and treatment of family relationships* e funda, mais tarde em Nova Iorque, o *Institute for Family Therapy*. Minuchin, outro pioneiro, dedicou o seu trabalho ao estudo de delinquentes, tornando-se Diretor da *Philadelphia Child Guidance Clinic*, onde desenvolveu o seu modelo de Terapia Familiar Estrutural. Bowen foi o primeiro Presidente da Associação Americana da Terapia Familiar, tendo sido também considerado o mais cerebral dos terapeutas familiares, encaminhou o seu estudo para a elaboração de uma teoria familiar explicativa do funcionamento dos sistemas familiares, baseada numa perspetiva transgeracional, da qual se destacam as noções de diferenciação do *self*

e processo de transmissão multigeracional (Relvas, 1999).

Já em meados dos anos 60 assiste-se a uma rápida difusão da Terapia Familiar pela Europa, marcada pela pioneira Mara Selvini-Palazzoli com a criação, em 1967, do *Centro per lo Studio della Famiglia em Milão* (Benoit et al 1988; Relvas, 1999). A sua contribuição foi fundamental, desenvolvendo a sua investigação e trabalho terapêutico, e dedicando-se de modo particular à estruturação de uma praxis, de um modelo e técnicas de intervenção e, em particular, da sessão de terapia (Palazzoli, 1978; Relvas, 1999).

Finalmente, na década de 70, a Terapia Familiar surge em Portugal, com Pina Prata e a Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar que teve como finalidade promover a formação, e prática clínica (Relvas, 1999).

1.2. Importância da Escola de Milão

A Escola de Milão foi a primeira escola de psicoterapia sistémica na Europa, tendo sido criada por quatro psicanalistas: Mara Selvini-Palazzoli, Gianfranco Cecchin, Luigi Boscolo e Giuliana Prata (Barbetta & Milanese, 2016). Estes pioneiros, preocuparam-se, primeiramente, em criar uma equipa para o desenvolvimento de sessões familiares, isto é, sessões de terapia coletiva, com o intuito de estudar outros domínios da mente. Tal facto levou-os a abandonar uma perspetiva psicanalítica, substituindo-a por uma perspetiva sistémica, influenciada, sobretudo, pelo trabalho com famílias problemáticas (Baptiste, Bellingar, & Rachid, 2018). A par disto, outras questões eram alvo do seu interesse, como é o caso da esquizofrenia, tendo sido a psicoterapia com pacientes esquizofrénicos transformada em Terapia Familiar, por grande influência de Bateson e a Escola de Palo Alto (Barbetta & Milanese, 2016).

No entanto, um dos maiores contributos do Grupo de Milão foi no processo terapêutico, ao dividirem este em etapas. Neste sentido, o formato das sessões comporta cinco fases: a pré-sessão, a sessão, o

intervalo, a intervenção e a discussão pós-sessão (Barbetta & Milanese, 2016).

O processo inicia-se com (1) uma entrevista por telefone na qual se tenta compreender o funcionamento e a composição da família, bem como quem detém o papel referenciador (Carr, 2008). Antes da sessão inicial, a equipa reúne-se para formular hipóteses com base nas informações já recolhidas. É fundamental entender o papel da hipótese sistémica neste processo, uma vez que é um dos elementos fulcrais para a condução e evolução da terapia, pois pretende colocar em perspetiva aspetos relevantes como vínculos existentes entre os problemas apresentados, existência de padrões de interação de manutenção dos problemas e a compreensão do sistema de crenças familiares existente, de modo a ser comprovado posteriormente, e por conseguinte levar à mudança no sistema familiar (Carr, 2008). Na sessão propriamente dita (2), há uma subdivisão da equipa em duas. Uma das equipas fica incumbida de conduzir a sessão com a família em coterapia, enquanto a outra se encontra na sala, atrás de um espelho unidirecional a observar o decurso da sessão e a formular hipóteses terapêuticas (Relvas, 1996). Esta fase serve para ambas as equipas validarem as hipóteses colocadas anteriormente, utilizando o questionamento circular (Carr, 2008). Também nesta fase, a neutralidade (i.e. manter uma postura isenta de julgamentos, abstendo-se de qualquer juízo ou comportamento relativamente à família, bem como de tomar partido ou manter alguma aliança terapêutica com qualquer um dos membros da família) (Costa, 2010; Relvas, 1996) e a circularidade (i.e. capacidade que o terapeuta deve ter para conduzir a sessão com base nas relações circulares bidirecionais da família em resposta às informações que vai recolhendo sobre as diferenças e as transformações que vão ocorrendo nestas relações) do terapeuta são premissas obrigatórias (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980). O intervalo (3) é o período em que as equipas discutem o que foi abordado na sessão, criam novas hipóteses e pensam em possíveis intervenções terapêuticas para

devolver à família (Barbetta & Milanese, 2016). Na etapa da intervenção final (4) os terapeutas devolvem à família a informação discutida previamente em equipa, em forma de conotação positiva (i.e., uma mensagem positiva do terapeuta para a família em que o problema é visto como algo lógico e significativo para o seu contexto), e/ou em forma de ritual (i.e., o terapeuta propõe um determinado comportamento que a família tem que realizar em certos dias e determinados horários) (Barbetta & Milanese, 2016). Por último, a pós-sessão (5) marca a discussão entre equipas acerca da evolução do processo, da necessidade de criar novas hipóteses e planeiam a próxima sessão (Barbetta & Milanese, 2016), sendo que por vezes é benéfico um espaçamento longo entre sessões, uma que é necessário dar tempo à família para esta refletir acerca da informação que lhe foi devolvida (Nichols & Schwartz, 1998). Esta estruturação da sessão e a consideração desta fase final da sessão/intervenção-devolução é fulcral para o presente trabalho de investigação.

No seguimento da Escola de Milão, torna-se pertinente abordar o Modelo da Terapia da Curiosidade (TC, Relvas 2000), considerando que os terapeutas que realizaram as sessões que analisaremos no presente estudo empírico foram formados neste modelo. O modelo utiliza as mesmas etapas do processo terapêutico descritas anteriormente, embora ainda que com algumas alterações. Pode ser definido como uma integração de modelos já existentes, isto é, dos seus contributos mais importantes, aumentando a sua complexidade sem perder a coerência, sintetizando-os e direcionando-os de forma clara e consistente para uma prática eficaz (Nichols & Schwartz, 1998). Assim, a TC, na prática pode ser considerada como um meta-modelo, uma vez que articula, através de um conjunto de noções básicas, as ideias-chave selecionadas a partir das diferentes escolas de terapia familiar (Relvas, 2000).

Desta forma, é importante e necessário definir o conceito de curiosidade de Cecchin, descrito pelo autor como parte integrante do

conceito de neutralidade (Baptiste et al., 2018), tendo uma posição que permite que o terapeuta continue a questionar-se e continue em busca de diferentes explicações, mesmo quando não é possível imaginar outras possibilidades (Cecchin, 1987). O terapeuta necessita de adotar uma postura de *not knowing*, que permita investigar o funcionamento geral e individual do sistema, não se cingindo às primeiras impressões que retira do mesmo (Relvas, 1996).

Este modelo surge em Portugal, nos anos 80, pelo cunho de Ana Paula Relvas, tendo sido desenvolvido no ex-Núcleo de Seguimento Infantil de Ação Familiar (NUSIAF), alicerçado na interação com famílias-clientes (Relvas, 1996). O modelo adota numa postura de segunda ordem, isto é, uma postura de curiosidade e articulação de visões múltiplas, privilegiando a aprendizagem dos contextos em detrimento da aprendizagem dos comportamentos. Também privilegia os contributos de Bateson, no que diz respeito à posição de rigor e imaginação que o terapeuta deve utilizar, bem como reconhece a relevância dos modelos estrutural e estratégico e do grupo de Milão, do qual se serve para a adoção da metodologia e estratégia do processo terapêutico (Relvas, 2000).

Torna-se também relevante mencionar que a TC propõe o estabelecimento de um contrato terapêutico entre terapeutas e família, na primeira ou segunda sessão e que inclui desde logo a definição de objetivos, o número e espaçamento entre as sessões e as modalidades de pagamento. O contrato terapêutico é extremamente importante, pois possui um grande valor terapêutico, já que serve para redefinir questões de coparticipação, responsabilização, tendo que ser realizado de forma cuidadosa, de modo a não ser encarado de forma rígida ou como uma regra imutável (Relvas, 1996). Na fase de conclusão/devolução da sessão os terapeutas podem fazer um comentário final, retomar o diálogo ou fazer uma prescrição. Contudo, isto não é obrigatório, podendo, apenas, fazer-se uma reafirmação, dando continuidade ao processo e marcando somente uma nova sessão (Relvas, 1996).

Em síntese, a Escola de Milão e Terapia da Curiosidade assumem um especial relevo para este trabalho, pois fornecem os alicerces para uma compreensão aprofundada acerca do conceito de devolução. Neste sentido a Escola de Milão foi escola que se dedicou à construção das etapas da sessão terapêutica, tendo permitido compreender as etapas, nomeadamente a devolução em terapia familiar, e por fim, a Terapia da Curiosidade foi fulcral neste trabalho, uma vez que aborda, também, o processo terapêutico, as etapas das sessões, incluindo na devolução, uma postura de curiosidade por parte dos terapeutas.

1.3. A devolução em terapia familiar

A devolução é parte integrante do processo terapêutico, desenrolando-se depois do intervalo até à conclusão da sessão (Pereira, 2009) . Embora não seja posta em prática por todos os terapeutas familiares, é por muitos considerada a pedra angular deste processo (Pereira, 2009), já que é uma ferramenta terapêutica de grande importância e utilidade, uma vez que permite criar mudanças ao longo da sessão (Pereira, 2014). Esta técnica não se limita a fazer um resumo da sessão, mas a desenvolver variadas intervenções baseadas no que vai ocorrendo durante a mesma. Assim, é considerada o momento ideal para intervir, pois predispõe a família para a escuta ativa, abrindo um período de reflexão e comunicação sobre o que foi discutido e que deve durar até à sessão seguinte. Deste modo, a devolução deve ser dada à família de forma curta e precisa, de forma a que assimile o que foi dito até a próxima sessão (Pereira, 2014).

A devolução é uma ferramenta muito útil quando se pretende sublinhar os aspetos mais importantes da sessão e atribuir-lhes um determinado significado; quando se deseja comunicar à família as ideias discutidas previamente com a equipa de observação; quando se pretende que a família reflita acerca da informação devolvida durante o período entre sessões; e, por fim, para se fazerem pedidos explícitos de como devem atuar os diferentes membros da família (Pereira, 2009;

Pereira, 2014).

É um instrumento terapêutico que apresenta características muito próprias, nomeadamente a necessidade de se utilizar uma linguagem muito clara (Bénoit et al 1988); de comunicar de forma pausada a fim de assegurar que a família entende o que está a ser dito, repetindo se necessário; não se deve prolongar mais do que o necessário, de modo a que a sua mensagem não se dissipe e a atenção da família não se disperse; por fim, deve-se assegurar que todos os membros da família compreenderam o que foi devolvido (Pereira, 2009; Pereira, 2014).

Finalmente, na prática, a devolução recorre a métodos ou técnicas terapêuticas entre as quais podemos referir como mais frequentes (Pereira, 2009): 1) a conotação positiva, isto é, a atribuição de motivações positivas à família, evitando a utilização de juízos de valor, críticas e o confronto. Esta favorece o momento em que a família vai escutar os terapeutas, apaziguando-a, fazendo com que esta se sinta compreendida e apoiada por toda a equipa terapêutica. Se a conotação positiva não for introduzida no início da devolução, deverá ser incluída em qualquer outro momento desta; 2) a devolução por escrito ou por carta, é utilizada quando a informação a transmitir é demasiado complexa, quando não se insistiu o suficiente num determinado ponto crucial e de forma precisa, ou quando houve um erro em algum ponto-chave; 3) o reenquadramento, que tem como objetivo modificar a narrativa da família, dando-lhe um novo significado; 4) a devolução narrativa, isto é, transmitir a informação por via de uma história ou relato, utilizando metáforas relacionadas com a família, as suas relações e os seus protagonistas, quase como um guião cinematográfico real ou inventado; 5) as tarefas e prescrições, ou seja, orientações de conduta que a família deverá colocar em prática no intervalo entre as sessões; 6) prescrições paradoxais constitui um tipo particular de tarefa que pretende que os diferentes membros da família se comportem de determinada maneira; 7) os rituais, que são prescrições de grande

impacto, pois preveem que a família execute comportamentos em conjunto, altamente regrados e rígidos, com elevado valor simbólico relacionados com algum mito familiar (Pereira, 2009; Pereira, 2014); 8) por último, a equipa reflexiva, consiste numa equipa que está atrás do espelho unidirecional, observa a condução da sessão dos terapeutas e da família, e depois de invertido o sistema de luz e som, a equipa observacional é convidada a pronunciar-se sobre o que observou e escutou. A família e os terapeutas observam a discussão da equipa refletora, dando-se uma nova inversão do sistema, e por fim, o terapeuta convida a família a partilhar as ideias que acabaram de escutar (Anderson, 1987; Pereira, 2009; Pereira, 2014).

Assim, a devolução em terapia familiar é um processo fundamental no processo terapêutico, uma vez que permite à família um momento de reflexão e *feedback* sobre o que aconteceu na sessão, sendo, por isso, de extrema importância a forma como é efetuada a devolução em terapia familiar (Pereira, 2014).

II - Objetivos

Uma *rating scale* é uma escala de avaliação que pode ser considerada como uma escala de intervalo que tem por objetivo observar e avaliar um determinado comportamento (Tuckman & Harper, 2012). No presente estudo construiu-se uma escala para observar o comportamento dos terapeutas e da família no momento da devolução no final da sessão em terapia familiar, que designaremos futuramente como *Escala de Devolução em Terapia Familiar* (EDEV). Nesta escala registam-se as impressões dos observadores, fornecendo uma estimativa quantitativa dos comportamentos observados (Tuckman & Harper, 2012).

Neste sentido, esta investigação tem como principal objetivo a criação de uma escala observacional, uma *rating scale* que permita avaliar a devolução em terapia familiar sistémica e que será

complementada por uma grelha de técnicas terapêuticas mais utilizadas nessa parte da sessão.

Assim, nesta investigação foram considerados os seguintes objetivos específicos:

1. Formular os itens que caracterizem as características da devolução, bem como identificar as técnicas terapêuticas utilizadas nesse momento da sessão, elaborando um guião de aplicação com instruções, definições e exemplos;
2. Efetuar as análises descritivas para os itens da escala e as técnicas;
3. Analisar a consistência interna da EDEV;
4. Avaliar o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), de forma a calcular o nível de acordo entre os codificadores, com base na cotação independente dada por cada um;
5. Avaliar o coeficiente de concordância de *Kappa de Cohen* com o intuito de medir o nível de concordância entre os dois codificadores independentes na identificação das técnicas terapêuticas utilizadas (fiabilidade);
6. Executar uma análise fatorial exploratória, de forma a obter a estrutura da escala (validade de constructo);
7. Comparar os resultados de dois grupos independentes de clientes, voluntários e involuntários, com o intuito de se perceber se existem diferenças nos resultados da EDEV;
8. Comparar casos de *dropout* com casos concluídos por acordo entre clientes e terapeutas através dos resultados da EDEV;
9. Avaliar a correlação entre os resultados da EDEV e da *Goal Attainment Scaling (GAS)*, de forma a verificar se

- a devolução está relacionada com a obtenção de objetivos terapêuticos;
10. Avaliar a correlação entre a EDEV e a Escala de Co-construção de Objetivos em Terapia Familiar (ECCO), com o objetivo de perceber se existem associações entre as duas escalas, ao nível dos resultados totais e inter-itens;

III - Metodologia

O presente estudo resulta de um trabalho mais lato que procura estudar, medir e avaliar dois aspetos fulcrais no processo terapêutico em terapia familiar, a devolução no final da sessão e a co-construção de objetivos terapêuticos. Neste sentido, foi construída uma escala de avaliação da devolução, a EDEV, com a colaboração de Bárbara Fernandez.

Esta secção tem como objetivo descrever de forma pormenorizada e detalhada as etapas do processo de construção da escala na presente investigação. Assim, num primeiro momento procede-se à descrição do desenvolvimento da escala, nomeadamente uma descrição sobre o processo de construção dos itens e o estudo piloto. Em seguida, descreve-se o processo de aplicação e cotação da escala. Posteriormente, procede-se a uma descrição da caracterização da amostra, bem como os procedimentos da seleção da mesma. Finalmente, serão expostos os procedimentos de investigação e as análises estatísticas realizadas.

3.1. Desenvolvimento do instrumento

3.1.1. Construção dos itens e estudo piloto

O processo de construção da escala processou-se em cinco etapas distintas. A primeira etapa consistiu numa revisão da literatura que incidiu sobre a temática da Devolução em terapia familiar. Neste sentido, aquando da pesquisa sobre o conceito, “Devolução no Processo

Terapêutico”, os dois autores mais referenciados foram Pereira (2009), e Palozzoli (1978). Assim, a informação que foi extraída para a construção do instrumento baseou-se sobretudo no capítulo de Pereira (2014), intitulado “*Concluyendo la Entrevista*”, uma vez que foi a referência bibliográfica que nos pareceu mais útil para a construção dos itens, tanto para as características, como para as técnicas utilizadas na fase de devolução Devolução em terapia familiar.

Na segunda etapa construiu-se uma grelha de observação para as características da devolução composta por seis itens (e.g., “*Apoiou-se em aspetos referidos pela família, integrando ideias dos terapeutas*”; “*Foi utilizada uma linguagem clara*”) avaliados numa escala de *Likert* de três pontos, que varia de 1 “*Nunca*” a 3 “*Sempre*”, e uma grelha de observação para as técnicas terapêuticas, constituída por oito técnicas (e.g., conotação positiva; reenquadramento; devolução escrita; devolução narrativa (metáfora); tarefas terapêuticas; Prescrições/ Prescrições paradoxais; rituais; e equipa reflexiva) avaliadas através da identificação da técnica utilizada. Estas grelhas de análise, características e técnicas, inicialmente seriam cotadas pelos terapeutas após a conclusão da sessão. Neste seguimento, foi criado um guião de aplicação com definições e exemplos elucidativos para as características e técnicas, para que fosse perceptível para os terapeutas preencherem as grelhas.

Na terceira etapa, procedeu-se a uma discussão crítica com as terapeutas qualificadas, Doutoradas Ana Paula Relvas e Luciana Sotero, acerca dos itens sobre as características e técnicas da Devolução em terapia familiar. Neste sentido, foram realizadas alterações na grelha de observação das características, designadamente: 1) na estrutura dos itens (1 e 4), passando-se do item 1 “*Apoiou-se em aspetos referidos ou realizados pela família, integrando ideias dos terapeutas*”, para “*Embora integrando ideias dos terapeutas, apoiou-se em aspetos referidos pela família*”; e no item 4 modificou-se de “*Foi assegurado que a família entendeu o que se pretendeu expressar, repetindo se*

necessário”, para *“Foi assegurado que cada elemento da família entendeu o que se pretendeu expressar, repetindo e/ou questionando se necessário”*; 2) na tipologia de escala para avaliar os itens, tendo-se substituído uma escala de *likert* para uma escala analógica que varia de 1 *“nada/quase nada”* a 4 *“muito/completamente”*; e 3) na aplicação das grelhas, uma vez que se organizam para serem preenchidas por observadores do processo (passam a ser entendidas como medidas observacionais), embora também possam a vir ser preenchidas por terapeutas, equipa de observadores e clientes, depois de devidamente validadas.

Por outro lado, foi efetuada outra alteração no guião de aplicação, nomeadamente: 1) nas definições das técnicas (conotação positiva e devolução narrativa), passando-se da definição de conotação positiva *“Qualificação positiva dos comportamento e regras familiares sintomáticos ou patológicos”*, para *“Atribuição de motivações positivas ao paciente, evitando a crítica e a confrontação, pelo menos num primeiro momento, estendendo-a a todos os membros da família. Refere-se a toda a família, relativamente à sua união e disponibilidade”*, e na devolução narrativa modificou-se de *“Construção de uma narrativa metafórica a partir da informação trazida pelo sistema familiar e pelas ressonâncias emocionais dos terapeutas, abrindo novos caminhos que não foram explorados...”*, para *“Construção de uma narrativa metafórica a partir da informação trazida pelo sistema familiar e pelas ressonâncias emocionais dos terapeutas”*; 2) nos exemplos das características (e.g., o exemplo do item 1 passou de *“Nós achamos que isso merece vir para aqui, merece ser ouvido por nós e merece ser transformado em potencialidades porque vocês têm-nas e têm vontade de transformar muitas dessas dificuldades em potencialidades”* para *“Nós achamos que isso [o que disseram] merece ser conversado aqui e transformado em potencialidades”*) e das técnicas (e.g., o exemplo da devolução da narrativa passou de *“Querida J: Lamentamos que não possa ter*

comparecido à última sessão; assim, para que possa continuar envolvida na terapia com as mesmas condições que os outros membros da sua família gostaríamos de sintetizar o que foi falado na última sessão...”, para “*Estivemos a pensar e para não falhar nada do que vos queremos dizer vamos ler...*”); e 3) criou-se uma instrução geral para as características e técnicas. Estas retificações tiveram como objetivo colocar as grelhas e o guião de aplicação de forma perceptível e clara, para quem fosse ler e aplicar.

Na quarta etapa, foi realizado um estudo piloto, através da visualização de três sessões gravadas de terapia familiar, com o objetivo de averiguar quais os pontos fortes e fracos da grelha e do guião de aplicação, bem como, a viabilidade da aplicação da mesma no contexto terapêutico. Para o estudo piloto foram selecionados aleatoriamente três processos, que tivessem boas condições de audição e visualização. Após se ter realizado o estudo piloto, existiu um processo de reflexão e decisão com as terapeutas qualificadas, onde se redefiniu a grelha e o guião de aplicação, com o intuito de se afinarem itens e -exemplos. Neste seguimento, procedeu-se a modificações como: 1) na classificação da escala analógica, passando o 1 a representar “*pouco*” e o 4 “*muito*”, em vez de “*nada/quase nada*” e “*muito/completamente*”; 2) com a ajuda do professor de Estatística, Doutor José Tomás, definiu-se que esta grelha de análise e respetiva aplicação e cotação, assumia características de *rating scale* e como tal deveria ser desenvolvida e estudada; 3) na estrutura do item 1, ficando “*A devolução apoiou-se em aspetos referidos pela família, embora integrando ideias dos terapeutas*”; e por fim 4) foi acrescentado um item às características da devolução - “*Na devolução foi incluída explicitamente a opinião da equipa de observadores*”-, passando a escala a ser composta por sete itens.

Na última etapa do processo de construção da escala, obteve-se a versão final do instrumento, a *Escala de Devolução* em terapia familiar (EDEV). Ficou composta por sete itens referentes às

características da Devolução em terapia familiar, avaliados numa escala analógica que varia entre 1 “*pouco*” a 4 “*muito*”, e com uma grelha complementar composta por oito técnicas terapêuticas (cf. Anexo A). Por sua vez, o guião de aplicação é constituído com uma instrução geral para as características e técnicas, bem como com definições e exemplos elucidativos (cf. anexo B). No entanto, da versão final da escala, foi excluído o item 3, “*Foi utilizada uma linguagem clara*” em resultado dos estudos psicométricos (cf. com o ponto 4.2.1).

3.2. Aplicação e cotação da EDEV

O material necessário para aplicação da escala foi a versão da EDEV em formato papel e lápis. Neste sentido, num primeiro momento fez-se a leitura do processo da família, de forma a saber-se o motivo que a levou à terapia familiar ou de casal. Num segundo momento, observou-se atentamente a EDEV, nomeadamente os itens e as técnicas. De seguida, visualizou-se a sessão do início ao fim, sem ser codificada. Posteriormente, cada codificador registou e cotou de forma independente os itens da escala e assinalou as técnicas visualizadas, revendo sempre de novo o momento da devolução antes de cotar. Seguidamente, compararam-se os resultados obtidos pelos dois cotadores. Por fim, quando não houve acordo nas cotações dos codificadores, procedeu-se a uma gravação falada, onde estes justificavam a sua escolha e chegavam a um acordo, com o objetivo de se obter uma resposta única para as características e técnicas da devolução em terapia familiar. Para fins clínicos, utiliza-se o mesmo procedimento, com a exceção da obrigatoriedade de dois codificadores, bem como a etapa final, isto é, da discussão e da gravação falada.

3.3. Amostra

3.3.1. Procedimentos de Seleção de Amostra

Para a realização da presente investigação foram selecionados do arquivo morto, processos finalizados referentes a terapias familiares

e de casal, acompanhados no antigo Núcleo de Seguimento Infantil e Ação Familiar (NUSIAF), atual Centro de Prestação de Serviços à Comunidade – Consulta de Terapia de Casal e Familiar (CPSC- TF) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, e no Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (CEIFAC).

Na constituição da amostra supramencionada, assumiram-se como principais critérios de inclusão: a) processos em que a *Goal Attainment. Scaling* (GAS) tivesse sido aplicada; b) seleção de casos com gravações audíveis e com boas condições de visionamento; e c) casos com contrato terapêutico bem definido entre terapeutas e clientes, no qual se explicitavam os objetivos terapêuticos, o número de sessões necessárias de forma a atingi-los, e o espaçamento temporal entre as mesmas (Relvas, 1999).

Neste sentido, a amostra do presente estudo foi selecionada aleatoriamente a partir de uma amostra já existente no âmbito de um projeto de investigação mais alargado intitulado “Clientes involuntários vs. Voluntários. Intervenção familiar, resultados e processo” (PRO-CIV), que decorreu entre 2010 e 2015. Assim, a amostra é constituída por 26 processos. Destes, 15 correspondem a famílias na condição de voluntárias, isto é, famílias que estão na terapia por livre vontade, e têm vontade de participar e de se envolverem no processo terapêutico (Sotero & Relvas, 2012); e os 11 correspondem a famílias na condição de involuntárias, ou seja, são famílias que estão na terapia devido à pressão informal por parte dos membros da família, vizinhos ou colegas de trabalho (Rooney, 1992), uma vez que não reconhecem o valor da terapia (Sotero, Moura-Ramos, Escudero & Relvas, 2018). Para a presente amostra recorreu-se à visualização da primeira sessão, uma vez que esta é fulcral na relevância do processo.

3.3.2. Caracterização da Amostra

3.3.2.1. Caracterização dos terapeutas

Para a caracterização dos terapeutas foram tidas em conta quatro variáveis: sexo, idade, formação em Terapia Familiar e Intervenção Sistémica e anos de experiência clínica (TF). Neste sentido, às idades dos/as terapeutas representadas na amostra foram a referência para a organização em faixas etárias (cf. Tabela 1). No que concerne à variável formação, esta foi definida em três categorias: 1) com formação; 2) em formação; e 3) sem formação, dado se considerar pertinente fazer a distinção entre as referidas condições. Por fim, na variável anos de experiência clínica foi considerada a categoria “estagiários”, dado a sua representatividade na amostra, e foi estabelecido uma divisão de três em três anos em cinco categorias. Note-se que em ambas as instituições em que foi recolhida a amostra, CEIFAC e CPSC, decorrem anualmente estágios curriculares no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, com vista a promover a formação clínica dos alunos da subárea de Psicologia Clínica e da Saúde, Psicoterapia Sistémica e Familiar.

Tabela 1. Caracterização dos Terapeutas

Característica	<i>n</i>	%
Sexo		
Feminino	22	75.9
Masculino	7	24.1
Idade		
20-25 anos	8	27.6
26-30 anos	8	27.6
31-35 anos	3	10.3
36-40 anos	5	17.2
>40 anos	5	17.2
Formação em TF		
Com formação	11	37.9
Em formação	12	41.4
Sem formação	6	20.7
Experiência Clínica		
Estagiário	6	20.7
1-3 anos	8	27.6
4-6 anos	9	31.0
7-9 anos	2	6.9
>9 anos	4	13.8

A Tabela 1 permite verificar que a grande maioria dos terapeutas é do sexo feminino (75.9%), sendo 24.10% do sexo masculino ($n = 7$). Relativamente à idade, a faixa etária mais frequentemente encontrada situa-se nos intervalos 20-25 e 26-30, ambas com a mesma percentagem (27.6%), e a menos representada encontra-se no intervalo 31-35 (10.3%). No que se refere à formação dos/as terapeutas, 37.9% apresenta formação em TF, 41.4% está em formação enquanto 20.7% não tinham formação específica na área da terapia familiar. No que concerne aos anos de experiência clínica, a maioria dos/as terapeutas tinham formação entre 4 a 6 anos (31%), a categoria menos representada encontra-se entre os 7 a 9 anos de experiência.

Assim, pode-se concluir que a referida amostra é maioritariamente composta por terapeutas jovens, em formação e com experiência clínica entre 4 a 6 anos. Contudo, é de notar que, em todos os processos integrados na presente amostra, foi utilizado um par de coterapeutas, existindo pelo menos um coterapeuta certificado pela Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar, assegurando, assim, a qualidade das intervenções efetuadas.

3.3.2.2. Caracterização das famílias

Para a caracterizar a presente amostra foram tidas em consideração quatro variáveis: etapa do ciclo vital da família, composição familiar, características do processo, e a caracterização sociodemográfica. Seguindo a classificação proposta por Relvas (1996), o ciclo vital da família é constituído por cinco etapas: 1) formação do casal; 2) família com filhos pequenos; 3) família com filhos na escola; 4) família com filhos adolescentes; e 5) família com filhos adultos. Cada etapa é caracterizada por um conjunto de desafios e tarefas expectáveis, com consequentes alterações na organização e dinâmicas familiares.

Relativamente à composição familiar, segundo Alarcão (2006), esta pode ser classificada de acordo com os seguintes tipos de família:

1) família nuclear intata; 2) família monoparental; 3) família reconstituída; e 4) família adotiva. Os dados para a composição familiar foram recolhidos através de uma análise detalhada de cada processo terapêutico, nomeadamente através do genograma família.

Tabela 2. Características Familiares da Amostra de Famílias e do Processo (n = 26)

Características familiares	<i>n</i>	%
Etapa do ciclo vital familiar		
Família com filhos pequenos	2	7.7
Família com filhos na escola	12	46.2
Família com filhos adolescentes	6	23.1
Família com filhos adultos	6	23.1
Composição familiar		
Família nuclear intacta	13	50.0
Família monoparental	9	34.6
Família reconstituída	3	11.5
Família adotiva	1	3.8
Características do Processo		
Número de sessões		
1-3	8	30.8
4-6	7	26.9
7-9	6	23.1
≥10	5	19.2
Motivo do pedido		
Dificuldades no controlo parental	10	38.5
Sintomatologia dos filhos	8	30.8
Problemas no ajustamento a ruturas familiares	3	11.5
Problemas na fratria	3	11.5
Problemas conjugais	1	3.8
Problemas de violência	1	3.8

Tendo por base a Tabela 2, é possível observar que a etapa do ciclo vital mais representada é a família com filhos na escola (46.2%), sendo que a etapa menos representada é a etapa família com filhos pequenos (7.7%). Relativamente à composição familiar, a Família nuclear intacta é a mais frequente, sendo a Família adotiva a menos representada (3.8%). Relativamente às características do processo,

verifica-se que o número de sessões está dividido de forma uniforme, onde está representado o momento inicial do processo (1-3); o momento intermédio (4-6); e, por fim o momento final (7-9 e >10), tal como está dividido o processo terapêutico: com início da terapia, o meio da terapia e o fim. Neste sentido, o número de sessões mais frequentes nas 26 famílias situa-se entre a primeira e terceira sessão (30.8%). No que concerne ao motivo do pedido, a maior parte dos pedidos prende-se com as dificuldades de controlo parental (38.5%).

Na Tabela 3 é representada a caracterização sociodemográfica da amostra total da família. Neste sentido, foi tido em conta: o sexo; o estado civil; a idade; as habilitações literárias; a profissão; e o papel da família.

Tabela 3. Caracterização Sociodemográfica da Amostra

Características		<i>n</i>	%
Sexo	Feminino	47	54.7
	Masculino	39	45.3
Estado civil	Solteiro	43	50.0
	Casado	30	34.9
	Divorciado	9	10.5
	Viúvo	4	10.5
Idade	0-5anos	8	9.3
	6-13 anos	23	26.7
	14-20 anos	11	12.8
	13-20 anos	11	12.8
	21-30 anos	10	11.6
	31-50 anos	30	34.9
	>50	9	10.5
Habilitações literárias	Nenhuma	11	12.8
	1ºciclo	12	14.0
	2ºciclo	14	16.3
	3ºciclo	10	11.6
	Secundário	14	16.3
	Superior	14	16.3
	Sem informação	11	12.8
Profissão	Quadros Sup. Da Administração Pública,	2	2.3
	Dirigentes e Quadros Sup. De Empresa		
	Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	11	12.8
	Técnicos e Profissionais de Nível Intemédio	2	2.3
	Pessoal Administrativo e Similares	9	10.5
	Pessoal dos Serviços e Vendedores	10	11.6
	Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	3	3.5
	Trabalhador Não Qualificado	1	1.2
	Doméstica	2	2.3
	Desempregado	2	2.3
	Reformado	6	7.0
	Estudantes	33	38.4
	Sem informação	5	5.8
Papel na Família	Eposa	1	1.2
	Marido	1	1.2
	Mãe	24	27.9
	Pai	15	17.4
	Filho	22	25.6
	Filha	20	23.3
	Avô	1	1.2
	Namorada	2	2.3
Total		86	100

Através da Tabela 3 pode-se verificar que a amostra é constituída maioritariamente por elementos do sexo feminino (57.4%), sendo 45.3% do sexo masculino. Relativamente ao estado civil a maioria dos sujeitos são solteiros (50%) e uma minoria são viúvos (4.7%). No que concerne à idade, a maioria da amostra encontra-se entre os 31 e 50 anos (34.9%) e uma minoria entre os 0 e 5 anos. Quanto à variável habilitações literárias os níveis mais representados são o 2º ciclo, o secundário e o ensino superior com uma percentagem igualitária de 16.3%. Os restantes sujeitos dividem-se pelos outros respetivos níveis de escolaridade. No que diz respeito à profissão, a maioria dos sujeitos são estudantes (38.4%), e a minoria situa-se nos trabalhadores não qualificados (1.2%). Por fim, em relação ao papel da família, a amostra foi constituída por 1 esposa (1.2%) e 1 marido (1.2%), por 24 mães (27.9%), 15 pais (17.4%), 22 filhos (25.6%), 20 filhas (23.3%), 1 avô (1.2%) e 2 namoradas (2.3%).

3.3.3. Procedimentos Estatísticos

Para o tratamento estatístico dos dados da presente investigação recorreu-se à utilização do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão 22.0)*. Neste seguimento, foram concretizadas as seguintes análises:

1. Estatísticas descritivas (frequências e percentagens) para caracterizar a amostra dos terapeutas e das famílias;
2. Estatísticas descritivas (médias e desvio padrão) para analisar os itens da escala de avaliação;
3. Estatísticas descritivas (frequências e percentagens) para analisar caracterizar as técnicas terapêuticas que complementam a EDEV;
4. Cálculo do Alpha de Cronbach de forma a avaliar a consistência interna da escala;

5. Cálculo do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC), com o intuito de avaliar o nível de acordo entre os dois codificadores;
6. Cálculo do *Kappa de Cohen* para as técnicas, com o intuito de avaliar o nível de concordância entre os dois codificadores independentes;
7. Análise fatorial exploratória, de forma a perceber a estrutura da escala (validade de construto);
8. Uma vez que ocorrem violações dos pressupostos básicos necessários para a aplicação de um teste paramétrico, como o pressuposto da normalidade: recorreu-se ao teste não paramétrico de U de Mann-Whitney para comparar amostras independentes (grupo dos voluntários e involuntários), com o objetivo de avaliar as diferenças entre os resultados da EDEV nos dois grupos;
9. Teste não paramétrico de *Mann-Whitney* para comparar amostras independentes (casos de *dropout* e casos concluídos por acordo entre clientes e terapeutas);
10. Correlação de *Spearman* para avaliar a associação entre a EDEV e a *Goal Attainment Scaling* (GAS);
11. Correlação de *Spearman* para medir a associação entre a EDEV e a Escala de Co-construção de objetivos em terapia familiar (ECCO) (resultado total e inter-itens).

IV - Resultados

4.1. Estudos descritivos

4.1.1. Características

Através da Tabela 4 podem-se observar as estatísticas descritivas para os sete itens da escala, nomeadamente a média, desvio-padrão, moda, mínimo e máximo, assimetria e curtose. São ainda

apresentadas nesta tabela as primeiras análises de consistência interna dos itens, especificamente os valores das correlações item-total corrigida e o valor do alfa de *Cronbach* caso o item fosse eliminado.

Tabela 4. Estatísticas descritivas dos itens e consistência interna

Item	<i>M</i>	<i>DP</i>	Moda	Min-Máx	Assimetria	Curtose	Correlação Item-Total Corrigida	Alfa com Item Eliminado
1	3.35	.846	4	2-4	-.763	-1.159	.684	.730
2	2.81	1.13	4	1-4	-.309	-1.355	.738	.716
3	3.77	.430	4	3-4	-1.358	-.177	.121	.814
4	3.19	.801	3	1-4	-.880	.736	.304	.803
5	2.50	.949	2 ^a	1-4	.000	-.783	.543	.761
6	3.15	.675	3	2-4	-.190	-.650	.646	.745
7	3.46	.582	4	2-4	-.500	-.643	.654	.750

Tendo por base a Tabela 4 verifica-se que a média mais elevada se encontra no item 3: “*Foi utilizada uma linguagem clara*” ($M = 3.46$; $DP = .582$). Por sua vez, o item 5: “*Foi assegurado que cada elemento da família entendeu o que se pretendeu expressar, repetindo e/ou questionando, se necessário*” apresenta a média mais baixa ($M = 2.50$; $DP = .949$). Relativamente à moda, os valores variam entre 2 e 4, sendo o valor 4 o valor mais frequente. No que concerne ao mínimo e máximo, os itens 2, 3, e 4 pontuam entre 1 e 4, os itens 1, 5 e 6 pontuam entre 2 e 4, enquanto o item 3 é o único que pontua entre 3 e 4. Quanto à assimetria, observa-se que maioria dos itens apresenta valores negativos afastados do zero, exceto o item 5 cujo valor é positivo (.000). Em relação à curtose, em todos os itens encontram-se valores abaixo de 0, à exceção do item 4, como anteriormente referido.

4.1.2. Técnicas

Tabela 5. Estatísticas descritivas das técnicas EDEV

Técnicas	<i>n</i>	%
Conotação Positiva	4	15.4
Reenquadramento	3	11.5
Tarefa Terapêutica	1	3.8
Conotação Positiva + Reenquadramento	2	7.7
Conotação Positiva + Tarefa Terapêutica	1	3.8
Reenquadramento + Tarefa Terapêutica	2	7.7
Conotação + Reenquadramento + Tarefa	1	3.8
Não Aplicável	12	46.2
Total	26	100

Com base na Tabela 5 verifica-se que nas 26 primeiras sessões observadas existiram: 4 conotações positivas (15.4%), 3 reenquadramentos (11.5%), 1 tarefa terapêutica (3.8%), 2 conotações positivas conjuntamente com o reenquadramento (7.7%), 1 conotação positiva juntamente com a tarefa terapêutica (3.8%), 2 reenquadramentos cumulativamente com a tarefa terapêutica (7.7%), 1 conotação positiva juntamente com reenquadramento e tarefa (3.8%), e 12 não aplicáveis (46.2%). Contudo, não aplicar nenhuma técnica foi o mais frequente, sendo a tarefa terapêutica, a conotação positiva conjuntamente com a tarefa terapêutica, e a conotação juntamente com o reenquadramento e tarefa as menos frequentes.

4.2. Estudos de precisão

4.2.1. Consistência Interna da escala

A precisão (fiabilidade) da escala foi avaliada através do cálculo da consistência interna (alfa de *Cronbach*) para a escala total e para os fatores que a compõem. Primeiramente, a consistência interna foi analisada para um conjunto de sete itens, tendo-se obtido para a escala total um valor de .79. Segundo Pestana e Gageiro (2014), o valor do alfa obtido é classificado como um valor “razoável”. Neste sentido, foram analisadas as correlações item-total corrigidas e os valores do coeficiente do alfa caso o item fosse eliminado, de forma a perceber se

com a eliminação de qualquer um dos itens da escala viria a traduzir-se num aumento da consistência interna da mesma. Neste seguimento, o item 3: “*Foi utilizada uma linguagem clara*” foi excluído, dado o seu valor de correlação item-escala total (.121) ser abaixo do valor mínimo desejável de .20 (Kline, 1993). Assim, após o item 3 ser removido passou-se para uma escala unifatorial com um alfa total de .81, o que segundo Pestana e Gageiro (2014) é classificado como um valor “bom” para os efeitos da presente investigação.

4.2.2. Nível de Acordo Intercodificadores

O Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) foi realizado para medir o acordo entre codificadores independentes nas suas classificações atribuídas aos itens da escala, bem como a sua consistência interna. Assim, o nível de acordo entre os codificadores foi de .91, o que segundo Pestana e Gageiro (2014) se traduz numa consistência interna “muito boa”.

O coeficiente de concordância de *Kappa de Cohen* foi efetuado para avaliar a concordância entre codificadores independentes nas cotações atribuídas às técnicas que complementam a escala. Desta forma, o nível de concordância entre os codificadores foi de .79, o que segundo Pestana e Gageiro (2014) se traduz numa consistência interna “boa”.

4.3. Estudos de validade interna: Análise fatorial exploratória

Com o objetivo de determinar a estrutura fatorial da escala, os seis itens foram sujeitos a uma análise fatorial exploratória, através da análise de componentes principais, uma vez que análise de faturação do eixo principal obteve a mesma composição fatorial, mas com uma variância total menos explicada (46.87%). Deste modo, primeiramente procedeu-se à verificação dos pressupostos necessários, nomeadamente ao critério de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e ao teste de Esfericidade de

Bartlett (Pallant, 2005). Com base na matriz das correlações geradas, confirmou-se a adequação da amostra para a análise efetuada [KMO = .79; $\chi^2 = 54.51$; $\rho < .000$]. Para a extração dos fatores foi considerado o critério de Keiser, pelo que se escolhem os fatores cujos valores próprios tenham uma variância explicada superior a 1 (Pestana & Gageiro, 2014). Assim, a rotação Varimax revelou uma estrutura fatorial unidimensional, que explica 54.70% da variância total. Porém, recorreu-se a análise de *scree plot* de forma a perceber se seria pertinente proceder-se à extração de 2 fatores (cf. Figura 1), o que não se mostrou favorável.

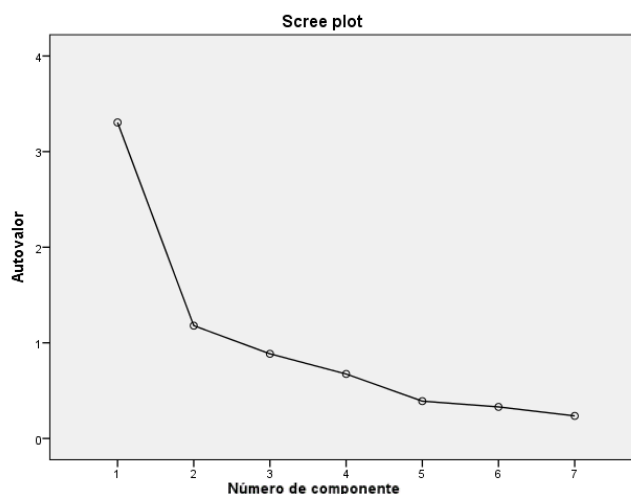


Figura 1. Gráfico de variâncias de *scree plot*

Assim, a escala é constituída por apenas um fator que explica 54.70% da variância total, com valores de saturações que oscilam entre .329 e .831 (cf. Tabela 6).

Tabela 6. Matriz rodada, comunalidades e alfa de Cronbach: Componente 1 EDEV (Rotação Varimax)

Componente 1 ($\alpha = .840$)	Saturação	h^2
1. A devolução apoiou-se...	.737	.544
2. Na devolução foi excluída831	.690
3. A informação foi transmitida pausadamente...	.329	.108
4. Foi assegurado que cada elemento da família...	.677	.459
5. A devolução foi breve...	.726	.527
6. A devolução foi dirigida a todos...	.696	.485

4.4. Estudos de validade com grupos conhecidos

4.4.1. Grupo de famílias voluntárias e grupo de famílias involuntárias

Procurou-se avaliar se existiam diferenças nos resultados da EDEV entre grupos de famílias voluntárias e famílias involuntárias. Para tal, recorreu-se ao teste *U de Mann-Witney* para amostras independentes. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as famílias voluntárias e involuntárias ($U= 74.5$; $\rho= .676$).

4.4.2. Grupo de casos dropout e grupo de casos terminados por acordo cliente(s)-terapeuta

Pretendeu-se analisar a existência de diferenças nos resultados da EDEV entre o grupo de casos *dropout* e o grupo de casos terminados com acordo. Neste sentido, foi utilizado o teste *U de Mann Witney* para amostras independentes. Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos- ($U= 41.5$; $\rho = .572$).

4.5. Correlações entre instrumentos

As correlações efetuadas entre instrumentos foram realizadas com base no coeficiente de correlação de Spearman, com o objetivo de se avaliar a intensidade da relação entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2003).

Neste sentido, foi calculado o coeficiente de correlação entre a os resultados da EDEV com os resultados da *Goal Attainment Scaling* (GAS) ($r_s = -0.2$; $\rho <.93$), tendo-se obtido, segundo Cohen (1988), associações de magnitude inexistente.

Outra das correlações efetuadas consistiu em avaliar a associação entre os resultados obtidos entre a EDEV e a ECCO. Assim, após a realização do cálculo do coeficiente de correlação ($r_s=.01$; $\rho <.975$), evidenciou-se, segundo Cohen (1988) uma correlação linear

inexistente.

Por fim, pretendeu-se avaliar a correlação entre os itens que compõe EDEV e os itens que compõe ECCO, não se tendo verificado correlação entre nenhum dos itens.

V – Discussão

A devolução em terapia familiar é uma ferramenta terapêutica de grande importância (Pereira, 2014). É fulcral para o processo terapêutico, dado que contribui para a mudança ao longo da sessão e para o envolvimento da família na terapia, uma vez que é um período de reflexão acerca do que foi dito na sessão (Benoit et al. 1988; Pereira, 2009). Neste sentido, a presente investigação teve como principal objetivo a criação de uma escala, a EDEV, que permitisse medir e avaliar a devolução em terapia familiar sistémica. Esta escala foi complementada por uma grelha de técnicas terapêuticas mais frequentemente usadas nesta parte da sessão.

De acordo com a revisão bibliográfica, elaborou-se um conjunto de itens que caracterizasse a devolução, bem como permitisse identificar um conjunto de técnicas que são frequentes durante a mesma.

Assim, através das análises efetuadas, especificamente através dos estudos descritivos, verificou-se que o item com a média mais elevada é o item 7: *“A devolução foi dirigida a todos e cada um dos membros da família, com uma média de 3.46, o que se pode compreender pelo facto de a devolução ser um período de reflexão onde o terapeuta deve dirigir-se a todos os membros da família presentes na sessão (Pereira, 2009). Em contrapartida, o item 5: “Foi assegurado que cada elemento da família entendeu o que se pretendeu expressar, repetindo e/ou questionando, se necessário.” apresenta a média mais baixa, o que pode significar que o terapeuta assumiu que estava claro o que estava a dizer à família, não achando necessário o seu questionamento. Relativamente às técnicas, observou-se que não*

aplicar nenhuma técnica é o que acontece frequentemente na devolução, sendo que esta situação pode ocorrer pelo facto de os terapeutas, na devolução das sessões iniciais, muitas vezes comunicarem à família: 1) que será feita uma nova sessão de avaliação, 2) a explicação do processo terapêutico, e 3) uma nova marcação da próxima sessão. As técnicas mais utilizadas são a conotação positiva (que é utilizada oito vezes) e o reenquadramento (que é utilizada sete vezes) isto se contabilizarmos todas as vezes que foram observadas, independentemente de serem utilizadas sozinhas ou em articulação com outras técnicas.

Atendendo aos estudos de precisão efetuados, nomeadamente através do cálculo da consistência interna, observa-se que a escala é aplicável e relativamente fiável, dado o alfa obtido .81 ser, segundo Pestana e Gageiro (2014), classificado como “bom”. Isto significa que existe uma boa correlação entre os itens, uma vez que ambos medem a mesma característica (Pestana & Gageiro 2014). Por outro lado, tendo, também, por base o nível de acordo intercodificadores, respetivamente o ICC que pretende medir a consistência interna das variáveis ordinais, os itens, através do acordo entre os dois codificadores independentes, e o *Kappa de Cohen* que tem como objetivo medir a concordância dos dois codificadores independentes relativamente às variáveis nominais, as técnicas, confirmámos que existe um bom acordo entre os dois codificadores. No ICC o nível de acordo foi .91, o que segundo Pestana e Gageiro (2014) é classificado como um acordo “muito bom”, o que significa que ambos os codificadores interpretam o esquema de codificação, ou seja, os itens, de forma idêntica, garantido, assim, a consistência interna da escala (Pestana & Gageiro, 2014). Por sua vez, no *Kappa de Cohen* o nível de concordância entre codificadores foi de .79, o que traduz uma “boa” concordância entre codificadores (Pestana & Gageiro, 2014), relativamente às técnicas. Assim, através dos resultados destes testes é possível afirmar que a escala EDEV é uma boa escala para ser aplicada.

Com base nos estudos da validade interna, mais especificamente

através da análise de componentes principais, verificou-se que a EDEV é uma escala unifatorial, onde os seis itens se encontram distribuídos no mesmo componente principal, o qual explica 54.70 da variância total.

Relativamente aos estudos de validade com grupos conhecidos, foram executadas duas comparações. Neste sentido, compararam-se dois grupos independentes de clientes, voluntários e involuntários, de forma a perceber-se se existiam diferenças nos resultados da EDEV. Por outro lado, outra comparação realizada permitiu comparar casos de *dropout* com casos concluídos por acordo entre clientes e terapeutas, com o objetivo de compreender se existiam diferenças nos resultados da EDEV.

Em relação à comparação de famílias voluntárias e famílias involuntárias não se verificaram diferenças estatisticamente significativas ($U = 74.5$; $\rho = .676$), isto é, a devolução em terapia familiar é efetuada de forma semelhante para famílias voluntárias e famílias involuntárias, o que já seria expectável, uma vez que o terapeuta em qualquer um dos casos deve trabalhar de forma igualitária, no sentido de envolver ambas as famílias na terapia (Jong & Berg, 2001; Snyder & Anderson, 2009; Relvas & Sotero 2014). Assim, segundo Snyder & Anderson (2009), o objetivo do terapeuta é contribuir para a passagem de um processo involuntário para voluntário, com o objetivo de estabelecer uma forte aliança terapêutica com a família, promovendo a mudança, sem aumentar a resistência da família.

No que concerne às diferenças entre grupos de casos com *dropout* e grupos de casos terminados por acordo entre terapeutas e clientes, também não se observaram diferenças estatisticamente significativas ($U = 41.5$; $\rho = .572$), ou seja, os resultados da EDEV mostram que a devolução em terapia familiar é realizada de forma semelhante para os casos de *dropout* e casos terminados. Perante este dado podemos notar que nem todos os *dropouts* são considerados como

uma falha no tratamento, uma vez que os clientes podem deixar a terapia, devido à sua auto-perceção no processo de mudança, razões financeiras, ou outras circunstâncias pessoais. Assim, a forma como é efetuada a devolução em terapia familiar pelo terapeuta não interfere nos casos de *droupout*, nem nos casos terminados, dado que o processo terapêutico irá depender maioritariamente da forma como a família esta envolvida no processo (Hamilton, Moore, Crane, & Payne, 2011).

No que diz respeito às correlações entre instrumentos, efetuaram-se duas correlações, nomeadamente a correlação da EDEV com a GAS, de forma a verificar se a devolução está relacionada com a obtenção de objetivos, e a correlação da EDEV com a ECCO com o intuito de se perceber se existem correlações entre as duas escalas ao nível dos resultados totais e inter-itens. Verificou-se que não existe uma correlação ($r_s = -0.2$; $\rho < .93$) entre a EDEV e a GAS, o que significa que a forma como é elaborada a devolução na nossa investigação não está correlacionada com a obtenção dos objetivos, uma vez que a GAS tem como intuito identificar os objetivos que se pretendem atingir, sendo que posteriormente se analisa em que medida os objetivos foram atingidos (Sotero & Relvas, 2014). Por sua vez, a correlação da EDEV com a ECCO, também se mostrou não significativa ($r_s = .01$; $\rho < .975$). Assim, pode-se concluir que o facto de não haver correlações significativas entre os resultados da EDEV com os resultados das outras escalas, GAS e ECCO, demonstra que a devolução em terapia familiar é um processo independente na terapia.

5.1. Limitações e Sugestões para Estudos Futuros

A EDEV é uma escala original, inovadora, fiável, e importante para o momento da devolução. Contudo, nesta investigação podemos apontar algumas limitações: 1) o n da amostra, uma vez que se trata de uma amostra pequena de apenas 26 famílias; 2) o material não adequado, no sentido em que as gravações das sessões estavam em mau-estado, o que dificultou o processo; 3) o facto de só existirem

medidas observacionais como a EDEV, GAS e ECCO; 4) a escassa literatura no que refere ao construto da devolução; e por fim 5) as características dos terapeutas, uma vez que o presente estudo tem uma amostra de terapeutas maioritariamente do sexo feminino, jovens e com poucos anos de formação.

Relativamente aos estudos futuros, sugere-se que a presente escala seja aplicada pelos terapeutas, clientes e equipa de observadores após o término da sessão; que a aplicação da EDEV decorra ao longo do processo terapêutico; e por fim pretende-se que a EDEV venha a possibilitar na formação dos terapeutas, na investigação do processo terapêutico e na utilização da prática clínica.

VI - Conclusões

Com a presente investigação pretendeu-se contribuir para uma compreensão mais aprofundada, acerca do que é a devolução em terapia familiar. Neste sentido, foi construída uma escala observacional, a EDEV, que tem como função ser uma mais valia para o processo terapêutico, através da sua utilização.

Através dos resultados obtidos, a escala mostrou-se fiável nos itens e nas características, através das suas qualidades psicométricas, nomeadamente na validade e fiabilidade. Por sua vez, o guião de aplicação construído também mostrou ser útil, uma vez que contribuiu para os codificadores cotarem a escala de forma idêntica, dado ter existido um bom acordo entre codificadores.

Também se verificou, através das correlações efetuadas que a EDEV é uma escala autónoma, o que demonstra que a devolução em terapia familiar é um processo independente na terapia.

Assim, pode-se concluir que a EDEV pode ser utilizada na prática clínica, bem como para fins de investigação.

Bibliografia

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares: uma visão sistémica* (3ªed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Anderson, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26, 415-428.
- Baptiste, D., Bellingar, K., & Rachid, I. (2018). Curiosity in Couple and Family Therapy. *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*, 1–4. doi:10.1007/978-3-319-15877-8_930-3
- Barbetta, P., & Milanese, C. (2016). Encyclopedia of Couple and Family Therapy. *Encyclopedia of Couple and Family Therapy*, 1–8. doi:10.1007/978-3-319-15877-8
- Benoit, J. C. et al (1988). *Dictionnaire Clinique des Thérapies Familiales Systémiques*. Paris: ESF.
- Boston, P. (2000). Systemic family therapy and the influence of post-modernism. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6(6), 450–457.
- Carr, A. (2008). *Family Therapy: Concepts, Process and Practice: Second Edition*. *Family Therapy: Concepts, Process and Practice: Second Edition*. doi:10.1002/9780470713051
- Cecchin, G. (1987). Hypothesizing, Circularity, and Neutrality Revisited. *Family Process : A Multidisciplinary Journal of Family Study Research and Treatment*, 26(4), 405–413.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates
- Costa, L. F. (2010). A Perspectiva Sistémica para a Clínica da Família The Systemic Perspective for Family Clinic. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26, 95–104. doi:10.1590/S0102-37722010000500008
- Hamilton, S., Moore, A. M., Crane, D. R., & Payne, S. H. (2011). Psychotherapy dropouts: Differences by modality, license, and DSM-IV diagnosis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 37(3), 333–343. doi: 10.1111/j.1752-0606.2010.00204

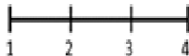
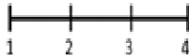
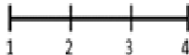
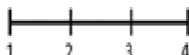
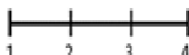
- Jong, P. De, & Berg, I. K. (2001). Co-Constructing Cooperation with Mandated Clients. *Social Work*, 46, 361-374.
- Kline, P. (1993). *The handbook of psychological testing*. London: Routledge.
- Nichols, M., Schwartz, R. C. (1998). *Family Therapy: Concepts and methods* (4^a ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Palazzoli, M. S. et al. (1978). *Paradoxe et Contre-Paradoxe*. Paris: ESF.
- Pallant, J. (2005). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows* (2^a ed.). Australia: Allen & Unwin.
- Pereira, R. (2009). La devolución en terapia familiar. *Revista Norte de Salud Mental*, Vol VIII(1-7), 1-19. Retrieved from <http://congresonacionaldepsicoterapia.es/wpcontent/uploads/2017/04/La-Devolución-en-T.F.-R.-Pereira-DEFINITIVO.pdf>
- Pereira, R. (2014). Concluyendo la Entrevista: La Devolución en Terapia Familiar Sistémica. In R. Medina, E. Laso, E. Hernández (Eds.). *Pensamento Sistémico: Nuevas Perspectivas y Contextos de Intervención* (pp. 231-249). México: Litteris Psicología.
- Pestana, M. H., & Gajreiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (3^a ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pestana, M. H., & Gajreiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6^a ed.). Lisboa: Sílabo.
- Relvas, A. P. (1996). A co-construção da hipótese sistémica em terapia familiar. *Análise Psicológica*, 4(14), 563-579.
- Relvas, A. P. (1999). *Conversas com famílias: Discursos e perspectivas em terapia familiar*. Porto: Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2000). *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Relvas, A. P., & Sotero, L. (2014). *Famílias obrigadas, terapeutas forzosos: La Alianza Terapéutica en Contextos Coercitivos*.

- Madrid: Ediciones Morata.
- Rooney, R. H. (1992). *Strategies for work with involuntary clients*. New York: Columbia University.
- Selvini, M. P., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing — Circularity — Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the Session. *Family Process*, 19(1), 3–12. doi: 10.1111/j.1545-5300.1980.00003
- Synder, C. M. J., & Anderson, S. A. (2009). An examination of mandated versus voluntary referral as a determinant of clinical outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(3), 278-292. doi: 10.1111/j.752-0606.2009.00118
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: Complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 24, 187–196. doi:10.1590/S0102-71822012000100021
- Sortero, L., & Relvas, A. P. (2014). Escala de objetivos atingidos (GAS). In A. P. Relvas & S. Major, (Eds.). *Avaliação familiar: funcionamento e intervenção* (pp. 177-200). Coimbra: Universidade de Coimbra.
- Sortero, L., Moura-Ramos, M., Escudero, V., Relvas, A. P. (2018). When the Family is Opposed to Coming to Therapy: A study on Outcomes and Therapeutic Alliance With Involuntary and Voluntary Clients. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 7(1), 47-61. doi: 10.1037/cfp0000099
- Tuckman, B. W., & Harper, B. E. (2012). *Conducting Educational Research* (6th ed.). Lanham, MD: Rowman & Littlefield Publishers.
- Zordan, E. P., Dellatorre, R., & Wieczorek, L. (2012). A entrevista na terapia familiar sistémica: pressupostos teóricos, modelos e técnicas de intervenção. *Perspectiva*, 36(136), 133–142.

Anexos

Anexo A – Escala de Devolução em Terapia Familiar (EDEV)

Instrução Geral: Na lista que se segue elencam-se alguns aspetos comumente encontrados na devolução feita pelos terapeutas à família no final de cada sessão. Na devolução que está a analisar e em relação a cada um dos aspetos listados, indique se foi **muito (4)** ou **pouco (1)** observado. Para tal rodeie o nível adequado com um círculo.

Características de Devolução	Escala analógica
1. A devolução apoiou-se em aspetos referidos pela família, embora integrando ideias dos terapeutas.	<p>Pouco Muito</p>  <p>1 2 3 4</p>
2. Na devolução foi incluída explicitamente a opinião da equipa de observadores.	<p>Pouco Muito</p>  <p>1 2 3 4</p>
3. A informação foi transmitida pausadamente, com o intuito de promover uma melhor compreensão por parte da família.	<p>Pouco Muito</p>  <p>1 2 3 4</p>
4. Foi assegurado que cada elemento da família entendeu o que se pretendeu expressar, repetindo e/ou questionando, se necessário.	<p>Pouco Muito</p>  <p>1 2 3 4</p>
5. A devolução foi breve, não se prologando mais do que o imprescindível para transmitir o que foi pretendido.	<p>Pouco Muito</p>  <p>1 2 3 4</p>

Anexo B – Guião de Aplicação

- **Escala de Devolução em Terapia Familiar: características**

1. Embora integrando ideias dos terapeutas, apoiou-se em aspetos referidos pela família.

Exemplo 1: *“Nós achamos que isso [o que disseram] merece ser conversado aqui e transformado em potencialidades”.*

Exemplo 2: *“Ficamos muito agradadas em perceber que o A[pai] tem pedidos muito claros, muito objetivos, e que está empenhado e interessado em trazer alguma mudança para aquilo que é a vossa vida familiar. E no fundo, vocês os dois, A[pai] e C [filho] tem um pedido em comum que é “reparem em mim”; dizem-no de diferentes formas, mas ambos pedem o mesmo”.*

2. Na devolução foi incluída explicitamente a opinião da equipa de observadores.

Exemplo 1: *Estivemos todos a pensar e os nossos colegas que estão lá trás entendem que ...”*

Exemplo 2: *“Os colegas que estão atrás gostariam que vos disséssemos que ...”*

3. Foi utilizada uma linguagem clara.

Exemplo 1: *“Vejo que todos se preocupam uns com outros, estão mais cautelosos, porque tem medo de se magoarem. Genuinamente”.*

Exemplo 2: *“Sabemos que é difícil estarem sempre a repetir a mesma história, porque ela traz sofrimento, dor, e por isso queríamos agradecer-vos terem-nos contado o que se passou”.*

4. A informação foi transmitida pausadamente, com o intuito de promover uma melhor compreensão por parte da família.

Exemplo 1: *“A partir do que pensamos [pausa], e sentimos sobre o que foram contando [pausa], a partir do que foram partilhando [hum!...] gostaríamos de na próxima sessão ficar um pouco a sós com T”.*

Exemplo 2: *“Gostámos de vos sentir cúmplices enquanto família, embora essa cumplicidade [pausa] às vezes [pausa], possa resvalar para mais do que cumplicidade [pausa]...”.*

5. Foi assegurado de cada elemento da família entendeu o que se pretendeu expressar, repetindo e/ou questionando, se necessário.

Exemplo 1: *“Jamais será convidado alguém para estas sessões com a ideia de criar mau estar ou animosidade, [pausa] propositada ou despropositadamente. Não é esse o objetivo, fui clara?”.*

Exemplo 2: *“[T1 dirigindo-se a F[pai]]: Até aqui é L [mãe] que tem cuidado de si; agora está na hora de o Sr. F deixar a sua zona de conforto e de passar a cuidar de si próprio. Isto é claro para vós? O que vos parece?”.*

6. A devolução foi breve, não se prolongando mais do que o imprescindível para transmitir o que foi pretendido.

Terapeuta: o discurso deve ser focado e preciso, isto é, não deve repetir-se; deve ter atenção na avaliação dos comportamentos não-verbais dos clientes; o momento da devolução não deve exceder os dez minutos.

7. A devolução foi dirigida a todos, e cada um dos membros da família.

Exemplo 1: *“Nós achamos que temos condições para vos ajudar. Se concordarem vamos definir todos alguns objetivos comuns que dizem respeito à família como grupo, mas também, individualmente, a T,M,L”.*

Exemplo 2: *“Propomos, então, trabalhar na terapia a relação que se estabelece entre todos os membros da vossa família. Do nosso ponto de vista tu sentes [para N (filha)] que a mãe não gosta de ti; Por sua vez, a S[mãe] sente que a N não gosta de si, e o pai parece estar “entalado”, no meio de vós, a fazer de mediador”.*

- **Escala de Devolução em Terapia Familiar: técnicas**

Conotação positiva: atribuição de motivações positivas ao paciente, evitando a crítica e a confrontação, pelo menos num primeiro momento, estendendo-a a todos os membros da família. Refere-se a toda a família, relativamente à sua união e disponibilidade.

Exemplo 1: *"Não conseguiram concordar em nada, e não cumpriram nenhuma das tarefas que vos pedimos para fazer, no entanto, continuam a mostrar um grande interesse em resolver os vossos problemas, e um sincero afeto uns pelos outros".*

Exemplo 2: *"Queríamos dizer-vos que apesar ter sido um transtorno, para todos vós, terem vindo hoje à sessão, todos o parecem ter feito em nome da família e porque desejam verdadeiramente prosseguir a terapia".*

Reenquadramento: técnica terapêutica que se apoia na construção de significações e leituras alternativas para os problemas, ideias ou crenças das pessoas.

Exemplo 1: *"Gostaríamos de realçar que são uma família que só falam uns com os outros no momento de discutir as tarefas domésticas, sendo este um ponto que apesar de vos preocupar é sobretudo aquilo que vos une".*

Exemplo 2: *"Diz-me que o seu filho M está atrasado nos estudos e que passa os dias a pintar nos cadernos. Porém, quando nos mostraram esses cadernos, ficámos estupefactos: o seu filho pinta maravilhosamente, é um artista!".*

Devolução escrita: é útil quando a informação a transmitir é complexa, e quando se pretende fazê-la circular de forma mais intensa. Neste sentido pode ser pertinente entregá-la por escrito, no mesmo momento, ou enviando-a por meio de uma carta.

Exemplo 1: *"Estivemos a pensar, e para não falhar nada do que vos queremos dizer, vamos ler o que escrevemos ...".*

Devolução narrativa: construção de uma narrativa metafórica a partir da informação trazida pelo sistema familiar e pelas ressonâncias emocionais dos terapeutas.

Exemplo 1: *"Gostaria de vos contar uma história, que poderá ser um pouco longa, e neste sentido vou dar-vos por escrito para que a possam ler com mais calma, é intitulada: (apresentação da história) ..."*.

Tarefas terapêuticas: pedido feito aos membros do sistema familiar, no seu todo ou em subgrupos, com o intuito de realizarem (ou não) uma determinada ação.

Exemplo 1: *"Gostava que respondessem a duas questões "o que é que me entusiasma na vida?" e "O que é que me traz alegria/felicidade?". A par disto, se quiserem anotar exemplos concretos/momentos que vão ocorrendo que ilustrem o pedido, podem fazê-lo. Caso deem autorização, o objetivo é que, na próxima sessão, cada um partilhe as suas respostas"*.

Exemplo 2: Como tarefa para casa, T1 sugere que individualmente, cada um dos elementos do casal responda à questão *"O que é que eu posso fazer para me sentir melhor na relação?"*.

Prescrições/ Prescrições paradoxais

Prescrições: numa tarefa/situação em particular, os terapeutas pedem aos membros da família que se comportem de uma determinada maneira.

Exemplo 1: *"Queremos pedir-lhe que se torne o nosso co-terapeuta e que mantenha isso em segredo..."*.

Prescrições paradoxais: são dadas tarefas à família com instruções do terapeuta. A prescrição paradoxal mais usada é a prescrição do sintoma: é pedido que o comportamento sintomático seja mantido, com o intuito de não existirem consequências graves.

Exemplo 2: *"B, sabe que se começasse agora a alimentar-se corretamente, e se ganhasse peso, toda a atenção iria para os problemas da sua família. Assim, gostaríamos de lhe pedir que continuasse a sacrificar-se pela família, ou seja, que continuasse com a sua dieta rigorosa. Caso contrário, a vossa família provavelmente enfrentará uma crise"*.

Rituais: comportamentos compartilhados, regulados, e com alto conteúdo simbólico. A origem do ritual por vezes é desconhecida, ou pode estar relacionada a um mito familiar. A prescrição de rituais terapêuticos procura usufruir desse impacto simbólico, pedindo ao sistema familiar que realize diversas tarefas prescritas, com um formato rígido, visando alterar ou manter as regras usais da interação familiar (rituais de mudança).

Exemplo 1: *"A morte da vossa filha, foi inesperada e repentina, deixou-vos com uma grande dor. Dentro de alguns dias é o aniversário da sua morte. Vou pedir-vos que nesse dia se reúnam todos no quarto dela, e cada um de vós escolha um objeto que vos faça recordar dela. Logo em seguida, dirijam-se para o jardim, e ao lado da árvore plantada no dia em que ela nasceu, vão cavar um buraco. Todos os membros da família devem utilizar a pá para o abrirem, começando o pai, e, em seguida, por ordem de idade, do mais velho para o mais novo. Depois do buraco estar aberto e seguindo a mesma ordem colocam os objetos para recordar M dentro do buraco, dizendo "Adeus M." Quando terminarem, devem cobrir com terra, na mesma ordem como cavaram o buraco".*

Exemplo 2: *"Disseram-nos que no próximo domingo é o aniversário de J [filho]. Queremos pedir-vos para celebrar este ano de uma maneira muito especial. Porque nos outros anos, só lhe davam os parabéns e existiram anos em que se esqueceram. Este ano, gostaríamos que organizassem uma festa de aniversário, onde M [mãe] ficará encarregue de fazer o bolo preferido de J [filho]. No mesmo devem colocar tantas velas como os anos de aniversário do J[filho], e no momento de apagá-las devem todos cantar "parabéns a você..."*

Equipa Reflexiva: Os terapeutas são apoiados por uma equipa de observadores, que se encontram por detrás de um espelho unidirecional. Seguindo regras muito bem definidas, os observadores conversam sobre as leituras e pontos de vista que fizeram a propósito de uma interação no sistema terapêutico que foram observando ao longo da sessão. Isto é feito perante e em interação com terapeutas e família.