



Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

UC/FPCE_2011

**A Aliança Terapêutica na Terapia Familiar Sistémica
com Clientes Voluntários e Involuntários**

Carolina Sílvia Gonçalves Monteiro de Sá (e-mail:
carolinagm.sa@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subárea de
especialização em Sistémica, Saúde e Família sob a orientação de
Mestre Sofia Major.

A Aliança Terapêutica na Terapia Familiar Sistémica com Clientes Voluntários e Involuntários

Resumo: O presente estudo tem como principal finalidade comparar clientes involuntários com clientes voluntários ao nível do estabelecimento da aliança terapêutica em contexto de terapia familiar e de casal. A prossecução desse objectivo geral foi operacionalizada através da utilização do *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA - Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006), aplicado a uma amostra portuguesa constituída por vinte famílias involuntárias e vinte famílias voluntárias. Os resultados revelam que os pacientes que procuraram voluntariamente a terapia constroem alianças mais fortes do que os clientes involuntários, sendo que as diferenças ao nível da força da aliança se mantêm no decorrer do processo terapêutico. No entanto, desde o momento inicial até à fase intermédia/final do processo, a aliança evolui negativamente nos dois tipos de clientes (nomeadamente no que respeita às dimensões Segurança e Partilha de Objectivos avaliadas pelo SOFTA). Os resultados são discutidos do ponto de vista das especificidades da condição de cliente involuntário e mandatado, assim como do significado das oscilações da aliança em termos da intervenção para cada tipo de cliente.

Palavras-chave: Aliança Terapêutica; Clientes Involuntários; Clientes Voluntários; SOFTA; Segurança; Partilha de Objectivos

Therapeutic Alliance in Family Therapy and Systemic Practice with Voluntary and Unwilling Clients

Abstract: This study mainly aims to compare involuntary clients with voluntary clients at the establishment of therapeutic alliance in the context of couple and family therapy. The achievement of this overall objective was operationalized using the *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA - Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006), applied to a Portuguese sample of twenty involuntary families and twenty voluntary families. The results show that patients who sought therapy voluntarily build stronger alliances than involuntary clients, being that the differences in the strength of the alliance remain throughout the therapeutic process. However, from the initial phase until the middle/end of the process, the alliance evolves negatively in both types of clients (particularly regarding the dimensions Safety and Shared Sense of Purpose, evaluated with SOFTA). The results are discussed from the viewpoint of the condition specificities of involuntary and mandated client, as well as from the meaning of the oscillations of the alliance in terms of intervention for each client type.

Keywords: Therapeutic Alliance; Involuntary Clients; Voluntary Clients; SOFTA; Safety; Shared Sense of Purpose

Agradecimentos

Ao meu avô, que sempre se entusiasmou com a minha “fúria de viver”, que está lá em cima quão anjo-da-guarda a dar-me alento nos momentos duros e a piscar-me o olho nos momentos felizes.

Aos meus pais, por me fazerem quem sou, por me darem a mão quando necessito, por me soltarem quando preciso de voar. À minha mãe, pela grande mulher que é, pela resistência e força que me transmite a cada dia. Ao meu pai, por ser agora e sempre o melhor homem que conheço, por me lembrar quem sou quando olha para mim.

À minha irmã por ser um modelo das minhas experiências, por ser a minha confidente de eleição, por ter aberto caminho para a minha existência plena.

À minha querida avó, por me dar a mim o melhor dela própria, por me incentivar a ser forte e a lutar pelo que quero.

À Joana e à Mariana, que me transformam e me fazem querer ser mais e melhor todos os dias.

À Telma, pelo exemplo de companheirismo, cumplicidade e suporte que tem representado para mim nos últimos tempos.

À Susana e à Raquel, pelos sorrisos, as lágrimas, as gargalhadas patilhadas durante tantos anos.

À Mónica, por me fazer rir sempre, por se conservar num cantinho bom do meu coração.

À Martha e ao seu rebento, estrelas-guia do meu caminho, símbolos do amor perfeito.

À Luciana, que me iluminou carinhosamente neste longo trabalho, e que inegavelmente compreensiva, permitiu que conseguisse chegar ao fim.

À Dr^a Sofia Major, que com o seu rigor e exigência subtis me fez suavemente ir realizando as diferentes tarefas com me deparei.

Às professoras Ana Paula Relvas, Madalena Alarcão, Madalena Carvalho e Isabel Alberto, que me iniciaram no pensamento sistémico e me fizeram querer compreender o mundo de forma mais rica.

Ao professor Joaquim Pires Valentim, que me marcou no percurso académico, e ao professor Alberto, o velho professor de Latim com quem tanto aprendi.

*“E afinal, tudo isso quanto vale? Vale o nada que é tudo
Sempre que damos de nós o que, sendo acto amor, ganha voz
E se torna eterno por ser único e total.”*

José Jorge Letria

Índice

Introdução	1
I. Enquadramento Conceptual	2
1.1. Clientes Involuntários	2
1.2. Aliança Terapêutica	3
1.3. Questões Éticas	6
1.4. Intervenção com Clientes Involuntários	7
II. Objectivos	10
III. Metodologia	10
3.1. Amostra	10
3.1.1. Selecção da Amostra	10
3.1.2. Métodos de Recolha da Amostra	11
3.1.3. Caracterização da Amostra	12
3.2. Instrumentos	16
3.3. Procedimentos de Investigação	17
3.4. Procedimentos Estatísticos	18
IV. Resultados	19
4.1. Nível de Acordo Inter-Codificadores	19
4.2. Comparação entre Clientes Involuntários e Voluntários: Força da Aliança Terapêutica	19
4.3. Evolução da Força da Aliança Terapêutica da Sessão 1 para a Sessão 4	21
V. Discussão	23
VI. Conclusões	28
Bibliografia	30
Anexos	33

Introdução

Contrariamente ao que se passava há algumas décadas atrás, actualmente sabemos que a maioria dos clientes que recebemos em contexto terapêutico foi, de algum modo, pressionada ou mesmo coagida a iniciar um acompanhamento. Neste sentido, torna-se fulcral estudar de forma mais aprofundada as especificidades deste tipo de clientes, apelidados por diferentes autores de “involuntários”.

O próprio conceito de cliente involuntário suscita ainda algumas dúvidas, pelo que diferentes autores o definem de formas distintas e atendendo a critérios diferentes, que desenvolveremos no presente trabalho.

Para além da definição complexa, a intervenção realizada junto deste tipo de clientes representa também para os técnicos inúmeros desafios, sobretudo quando se trata de uma terapia familiar. Neste sentido, importa ainda atender a algumas estratégias propostas por diferentes autores para intervir junto destes clientes.

O trabalho com pessoas que são, de certa forma, “obrigadas” a estar em terapia, pode levantar aos técnicos uma série de dilemas éticos, pelo que alguns autores se debruçaram sobre formas de minimizar as eventuais dificuldades.

Por outro lado, reconhece-se que a aliança terapêutica estabelecida entre terapeutas e clientes contribui significativamente para melhores resultados no final das intervenções. Efectivamente, se na terapia individual, a relação estabelecida entre terapeuta e cliente deve ser pautada por aceitação mútua (Rogers, 1957), confiança e genuinidade (Griffin & Honea-Boles, 2001), no contexto da terapia familiar, a aliança torna-se ainda mais exigente, na medida em que este tipo de relação tem que ser estabelecido com cada um dos elementos familiares presentes nas sessões.

Assim, utilizando o *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA- Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006) pretende-se, no presente trabalho, estudar as diferenças entre os clientes involuntários e voluntários ao nível da aliança terapêutica, assim como perceber se é possível construir uma aliança forte com pacientes que *a priori* não querem estar na terapia (clientes involuntários).

I - Enquadramento Conceptual

1.1. Clientes Involuntários

As definições de cliente mandatado e cliente involuntário, bem como a distinção entre os dois conceitos têm-se revelado complexas, uma vez que autores diferentes defendem perspectivas distintas (Cingolani, 1984). Segundo Rooney (1992) a ideia mais geral de cliente involuntário pode assumir duas tipologias: cliente mandatado, definido como aquele que, por ordem judicial ou devido a um mandato, se vê obrigado a trabalhar com os técnicos; e cliente não voluntário, correspondente ao indivíduo que, por causa de uma pressão externa não judicial, recorre à terapia.

Por outro lado, Thibault e Kelley (1959, citados por Sotero & Relvas, 2009) definem a relação não voluntária entre cliente e terapeuta com base em três aspectos: a) o indivíduo é coagido psicológica ou legalmente a permanecer na relação, b) a escolha de permanecer na relação deve-se ao facto de o custo de abandonar essa mesma relação ser excessivamente alto, e c) a pessoa considera estar em desvantagem na relação porque acredita que existem alternativas melhores.

Outros autores (De Jong & Berg, 1998; De Shazer, 1988) defendem a existência de três tipos de clientes: a) os visitantes, encarados como aqueles que não reconhecem o problema e que não estão dispostos a definir, em conjunto com o terapeuta, os objectivos da terapia; b) os queixosos que correspondem aos indivíduos que, apesar de reconhecerem o problema, acreditam que a solução não depende deles mas sim de outros que terão de mudar para que haja melhorias; e c) os clientes, considerados aqueles que estão dispostos a definir conjuntamente com o terapeuta o problema e os objectivos terapêuticos.

Por sua vez, Friedlander, Escudero e Heatherington (2006), sugerem um tipo específico de relação terapêutica, denominada de “relacionamento refém” relativo àqueles indivíduos que, para além de não reconhecerem a existência de um problema, consideram injusto o contexto da terapia, como acontece frequentemente nos casos mandatados.

Face à complexidade na definição da condição de cliente involuntário e voluntário, dois critérios essenciais parecem emergir: a referenciação por uma terceira parte com carácter institucional (Centros de Saúde, Escolas, Tribunais) e a vontade do cliente em estabelecer e permanecer na relação com o técnico (Sotero & Relvas, *in press*).

Segundo De Jong e Berg (2001), o próprio termo “cliente mandatado” pode causar reacções negativas por parte dos técnicos, na medida em que estes podem associar a condição do cliente a uma certa resistência e falta de cooperação, pelo que pode ser importante desenvolver o que alguns autores denominam de “congruência motivacional” entre os clientes e os técnicos (Ivanoff, Blythe & Tripodi, 1994; Rooney 1992). A congruência motivacional é entendida, pelos referidos autores, como o “encaixe” entre a motivação do cliente para a terapia e os serviços que os técnicos tentam e conseguem efectivamente prestar.

A noção de resistência tem um papel de destaque na forma como os profissionais se posicionam face aos clientes involuntários: se por um lado,

alguns autores consideram a resistência como uma das maiores dificuldades no trabalho com este tipo de clientes (Cingolani, 1984; Riordan & Martin, 1993; Ritchie, 1986; Rooney, 1992), também encontramos na literatura uma perspectiva que encara a resistência como um desacordo entre o terapeuta e o cliente relativamente aos objectivos terapêuticos, dando relevo à noção de colaboração entre as duas partes (Miller & Rollnick, 2002; Osborn, 1999).

Numa perspectiva diferente, Ritchie (1986) apela à necessidade de distinguir relutância de resistência, uma vez que um cliente relutante diz respeito a um indivíduo que, se pudesse escolher, não recorreria ao espaço terapêutico e não falaria sobre si e sobre as suas dificuldades, dado que frequentemente inicia a intervenção devido a um mandato ou referência feita por uma terceira parte. Já o cliente resistente é aquele que não está disponível para mudar e esta indisponibilidade para a mudança pode ocorrer, em qualquer momento do processo e em qualquer tipo de paciente, visto que o processo de mudança pode ser moroso.

Para além da resistência do cliente, segundo Chui e Ho (2006) pode também existir resistência por parte do terapeuta, podendo esta dever-se a aspectos como a focalização nas características dos clientes em vez de na relação, a descrição dos clientes como incompetentes e com fraco *insight* ou ainda ao desconhecimento, por parte do terapeuta, das características da condição involuntária do paciente.

Ausloos (2003) vai mais longe e sugere que se abandone a noção de resistência, assumindo que existem sim terapeutas impacientes e não clientes resistentes.

1.2. Aliança Terapêutica

Como referido por Escudero (2009), o conceito de aliança foi primeiramente implementado por Freud, correspondendo então, na linguagem psicanalítica, a um tipo de transferência positiva relacionado com a confiança sentida pelo cliente relativamente ao terapeuta.

Segundo Rogers (1957), uma relação terapêutica na qual o terapeuta é genuíno, tem uma atitude empática e de aceitação positiva do cliente e em que, por sua vez, o paciente se sente entendido e aceite pelo terapeuta, promove a ocorrência de mudança terapêutica.

Também para Griffin e Honea-Boles (2001), a criação da aliança terapêutica baseia-se numa relação de confiança, abertura, genuinidade e congruência estabelecida entre o paciente e o técnico.

Orlinsky e Howard (1986) descrevem a ligação terapeuta-cliente como sendo baseada em três aspectos essenciais: por um lado, investimento de energia, tanto da parte do paciente, como do técnico, por outro, “ressonância empática” caracterizada pela confiança e conforto mútuos e pela atitude não defensiva e, por último, a afirmação mútua, compreendida como o respeito pela autonomia e independência da outra parte.

Segundo Bordin (1979) a aliança envolve três componentes: a) acordo entre o cliente e o terapeuta acerca das metas do tratamento, b) acordo sobre as tarefas necessárias para conseguir atingir os objectivos terapêuticos, e c) ligação afectiva estabelecida entre os dois elementos do sistema terapêutico necessária à realização do trabalho terapêutico. Para o

referido autor, a força da aliança terapêutica é o maior impulso para a mudança.

No âmbito da terapia familiar, a construção da aliança torna-se mais exigente, uma vez que esta tem de ser feita com cada um dos membros da família e, para tal, é necessário que o técnico esteja aberto, empenhado e atento às necessidades da família e de cada um dentro dela (Griffin & Honea-Boles, 2001).

No mesmo sentido, relativamente ao contexto da terapia familiar, Escudero (2009) considera que a construção da aliança terapêutica constitui um desafio ainda maior devido ao número de pessoas envolvidas e, conseqüentemente, à variedade de expectativas que podem existir face à terapia. O mesmo autor defende que há dois aspectos principais que podem afectar o estabelecimento da aliança na e com a família: a) a estrutura do poder na família (que pode representar papéis mais fortes de uns e mais fracos de outros, por exemplo das crianças e mulheres), e b) a “crise do conflito” (o que faz com que as famílias recorram ao espaço terapêutico ou sejam encaminhadas para este em situações em que as dificuldades se agudizam).

Na terapia familiar, quando o cliente recorre à intervenção acompanhado das pessoas que ajudam a manter o conflito, o que acontece na sessão é determinado pelo próprio conflito mas tem igualmente conseqüências na vida quotidiana da família (Friedlander et al., 2006).

Pinsolf (1994) deu um contributo significativo para o estudo da aliança terapêutica no contexto da terapia familiar e de casal de orientação sistémica. A este autor se deve a compreensão de que existe uma “causalidade recíproca” nas relações estabelecidas em terapia familiar, uma vez que a aliança de cada membro da família com o terapeuta, a aliança do terapeuta com cada subsistema, assim como a aliança total do técnico com toda a família se influenciam mutuamente.

Por sua vez, Escudero (2009) descreve um fenómeno específico da terapia familiar, dando-lhe o nome de “aliança dividida”. Segundo o autor, este tipo de aliança ocorre “quando um dos membros da família se sente muito mais vinculado emocionalmente ao terapeuta do que outro” (p. 250).

Pinsolf (1994) refere-se ainda a uma nova dimensão da relação terapêutica no trabalho com famílias, denominada de “aliança intra-sistema”, correspondente às alianças verificadas dentro da família, entre os diferentes elementos e subsistemas, e/ou às alianças existentes dentro da equipa terapêutica.

No que concerne ao estabelecimento da relação terapêutica e construção da aliança com clientes involuntários, existem algumas particularidades. Cingolani (1984) considera que a relação terapêutica estabelecida em contexto de coacção é um processo mais político do que terapêutico, uma vez que existem papéis de dominância e submissão que desumanizam os técnicos.

Friedlander e colaboradores (2006) entendem que, quando a obrigação de estar em terapia é reconhecida por todos os intervenientes do processo, o terapeuta pode munir-se de estratégias mais acuradas para fomentar a aliança, tais como: na primeira sessão, conversar sobre o

mandato com o intuito de negociar os objectivos terapêuticos, ser claro sobre os contactos que mantém com a entidade que referenciou o cliente e tentar estabelecer um ambiente de verdade e transparência.

Na intervenção com uma família com clientes involuntários é essencial que todos os elementos familiares sintam que as suas perspectivas são compreendidas e respeitadas, o que pressupõe um certo nível de comprometimento com a terapia e com os objectivos definidos conjuntamente para esta. Neste sentido, o terapeuta encarregar-se-á de negociar com a família cada finalidade da intervenção, assim como fomentar o compromisso de respeitarem mutuamente os pontos de vista. Considera-se prioritário que os terapeutas percebam os pontos de vista, os contextos de coacção e as circunstâncias de vida dos clientes mandatados, para que consigam adoptar uma atitude compreensiva perante as possíveis desconfianças dos pacientes face ao contexto terapêutico (Friedlander et al., 2006).

Partindo do princípio de que a segurança sentida no espaço terapêutico é essencial ao estabelecimento da aliança terapêutica, importa ter especial atenção na intervenção com crianças e adolescentes. Segundo Friedlander e colaboradores (2006), para que as crianças confiem no terapeuta é necessário que sintam que os pais também confiam, o que nos casos de clientes involuntários nem sempre se verifica. Por outro lado, no acompanhamento de adolescentes, a relação terapêutica poderá ser facilitada pelo contexto de confidencialidade inerente à terapia, assim como pela espontaneidade e sinceridade do terapeuta no contacto com os jovens.

Uma vez que a temática da aliança terapêutica é um tema pouco abordado nas terapias familiares, Friedlander e colaboradores (2006) desenvolveram o *System for Observing Family Therapy Alliances* - SOFTA que, tendo por base um modelo conceptual, transteórico e multidimensional da aliança terapêutica, permite avaliar a força da aliança, estabelecida através de comportamentos observáveis, bem como identificar a qualidade das interacções entre os membros da família e as interacções de cada membro com o terapeuta.

Como refere Escudero (2009), através do processo empírico de desenvolvimento e validação do instrumento, resultou um modelo de quatro dimensões que compõem a aliança terapêutica: a) Envolvimento no Processo Terapêutico, b) Conexão Emocional com o Terapeuta, c) Segurança dentro do Sistema Terapêutico, e d) Sentimento de Partilha de Objectivos na Família.

Importa ainda referir que, segundo Friedlander e colaboradores (2006), na intervenção com clientes involuntários, os sinais mais notórios de relutância poderão verificar-se na dimensão da Segurança e da Partilha de Objectivos.

1.3. Questões Éticas

Segundo O'Hare (1996; Kirakofe & Wells, 2007) importa ter em atenção algumas questões éticas que surgem no trabalho dos técnicos com clientes involuntários e, nomeadamente, com clientes mandatados. Estes dois últimos autores definem explicitamente quatro aspectos que se colocam no trabalho com este tipo de clientes. O primeiro diz respeito à necessidade de identificar quais os interesses (e de quem) que estão a ser servidos pelo processo terapêutico, isto é, se o cliente não reconhece e não aceita a relevância da terapia, o tratamento torna-se uma resposta às necessidades da instituição, logo é a instituição que se constitui como cliente e não o indivíduo.

O segundo aspecto refere-se ao consentimento informado, importante no processo terapêutico, pressupõe uma voluntariedade por parte do cliente que nestes casos é natural que não esteja presente (Kirakofe & Wells, 2007). De acordo com Regehr e Antle (1997), três obstáculos se colocam ao consentimento informado quando o cliente é mandatado pelo tribunal: a) o técnico não pode fornecer a informação desejável e necessária ao consentimento; b) o desequilíbrio entre o poder do técnico (nestes casos) e a situação vulnerável em que se encontra o cliente impede que este último seja livre de consentir ou não consentir o acompanhamento; e c) a aliança estabelecida no sistema terapêutico pode não servir os interesses do cliente, dado que existe uma terceira parte a quem o terapeuta deve dar informações.

Para os referidos autores, uma forma de os técnicos contornarem estes obstáculos é explicarem, desde logo, o seu papel e identificarem as limitações do mesmo junto das partes envolvidas no processo (cliente e tribunal), assim como informar o cliente de que a confidencialidade está limitada.

O terceiro ponto prende-se com o facto de um processo terapêutico involuntário, como forma de dar resposta a um comportamento disruptivo, poder originar outros dilemas, na medida em que o cliente pode continuar a agir de forma mal adaptativa noutros contextos, ainda que esteja a ter os comportamentos esperáveis relativamente aos objectivos terapêuticos estabelecidos (Kiracofe & Wells, 2007).

O último aspecto indicado por Kiracofe e Wells (2007) diz respeito à expectativa de que na intervenção mandatada sejam enviados relatórios acerca do processo terapêutico à entidade referenciadora, o que pode minar a confidencialidade. A este propósito, Griffin e Honea-Boles (2001) defendem que muitos clientes involuntários poderiam envolver-se mais no processo terapêutico se a única informação partilhada entre os terapeutas e a entidade referenciadora estivesse relacionada com a frequência das sessões.

1.4. Intervenção com Clientes Involuntários

Segundo Sotero e Relvas (*in press*), é comumente aceite que o psicólogo deve ter para com o cliente uma atitude empática e de escuta activa que fomente a cooperação e a confiança mútuas. É igualmente aceite que os indivíduos são autónomos e livres de recorrer à terapia, pelo que naturalmente estão motivados a compreender as suas dificuldades de forma a poderem resolvê-las. Contudo, no trabalho com clientes involuntários podem, por um lado, não estar presentes as condições desejáveis de motivação e envolvimento no processo, e por outro, como anteriormente referido, o terapeuta pode confrontar-se com a sua própria “resistência” ao contactar com clientes que são forçados a estar no espaço terapêutico.

Cingolani (1984), afirma que o trabalho com clientes involuntários necessita de um modelo de intervenção diferente e descreve, no âmbito da teoria do Conflito Social, os diferentes papéis que o técnico pode assumir quando contacta com estes pacientes. A autora distingue o papel de “forçador”, caracterizado pelo uso do poder institucional para provocar a cooperação do cliente, renegando os desejos e interesses do mesmo, que constitui a posição mais desconfortável para o técnico; o papel de “negociador”, no qual o técnico reconhece os direitos do cliente e a sua capacidade para tomar decisões, assume a relação mantida com a entidade referenciadora, mas respeita (idealmente) quer os interesses da sociedade, quer os do indivíduo; o papel de “mediador”, no qual o técnico reconhece os direitos das duas partes e busca áreas de consenso e bases para uma reconciliação, e finalmente o papel de “advogado” ou “treinador”, em que o técnico se identifica e protege claramente os interesses do cliente, tentando diminuir o impacto do controlo da instituição referenciadora na vida do paciente. Esta última posição, na medida em que o terapeuta tenta promover as capacidades do cliente para lidar com as dificuldades e ganhar a sua confiança, aproxima-se mais de uma relação terapêutica.

Apesar de a referida autora explorar as diferentes posições que os técnicos podem adoptar, não fornece indicações práticas para o trabalho com clientes involuntários. Contudo, Rooney (1992) e Ivanoff e colaboradores (1994) propõem estratégias específicas, que visam dar resposta a dois objectivos principais: maximizar o sentimento de controlo e capacidade de escolha do cliente e clarificar os aspectos não negociáveis relacionados com o mandato judicial. Assim, aceitar sem julgamento a perspectiva do cliente acerca do problema, de modo a reduzir a reactividade, reenquadrar para aumentar o encaixe entre a motivação do indivíduo e as pressões externas, incentivar com o intuito de fomentar a concordância com aspectos não negociáveis, explorar o objectivo do cliente “livrar-se” das pressões externas como forma de aumentar a motivação, bem como informar o sujeito de que tem o direito de escolher não atender às consequências possíveis, de modo a promover a motivação para o cumprimento dos requisitos mínimos, constituem as principais estratégias sugeridas pelos autores acima indicados.

Também Griffin e Honea-Boles (2001) propõem algumas orientações para a prática clínica com clientes involuntários, no contexto particular do Sistema de Protecção de Menores: a) os contactos do terapeuta com a entidade referenciadora devem ser mínimos e os limites entre os

técnicos têm que ser bem definidos, de modo a promover o desenvolvimento da relação terapêutica e a resguardar a confidencialidade; b) o Sistema de Protecção de Menores deve utilizar outras fontes para a investigação que não estejam envolvidas no acompanhamento das pessoas em questão; c) os objectivos da terapia devem ser negociados entre o terapeuta e o cliente, em vez de estipulados *a priori* pela entidade que emitiu o mandato; d) o cliente deve ter mais “voz” na terapia, o que implica o respeito pela sua auto-determinação e o direito ao consentimento informado; e) a investigação tem que ser independente do processo terapêutico, excluindo-se o terapeuta da batalha legal; f) como pré-requisito para a terapia está o reconhecimento, por parte do cliente, de que tem um problema; e g) em vez do pessoal administrativo (habitualmente distante dos serviços prestados), deve ser a equipa terapêutica a envolver-se no desenvolvimento dos protocolos com as fontes referenciadoras.

Por sua vez, O’Hare (1996) alega que o objectivo primário no trabalho com indivíduos na condição de involuntários é transformá-los em verdadeiros clientes, o que pode ser feito através da aceitação da sua relutância inicial, do evitamento de confronto precoce, da clarificação do papel duplo do terapeuta que serve não apenas o cliente, mas também a instituição que o referenciou e do fomento do sentimento de controlo e capacidade de escolha na identificação dos objectivos e métodos para a terapia. O mesmo autor refere que também pode ser importante para o técnico antecipar obstáculos que se podem colocar ao cumprimento do processo terapêutico, fazer um “contrato comportamental” com o cliente, envolver outros significativos sempre que possível e fomentar a motivação ao longo de todo o processo.

Ritchie (1986) realça a importância de algumas das estratégias acima referidas e enumera, de igual modo, certas técnicas destinadas ao trabalho com clientes que apelida de “relutantes”. Sugere a utilização de técnicas paradoxais nos casos em que o paciente resiste a fazer o que lhe é dito que deve ser feito, propondo aos terapeutas que encorajem o cliente a continuar a agir do mesmo modo mesmo que tal não esteja a produzir efeitos. Através da paradoxalidade, segundo o autor, o técnico pode motivar o cliente a tentar fazer algo diferente do que tem feito até ao momento, no sentido de alcançar o resultado esperado.

De acordo com De Jong e Berg (2001), uma perspectiva Centrada nas Soluções parece indicada no trabalho com clientes involuntários, na medida em que o modelo tem como pressuposto a exploração e respeito pela visão do cliente, enquanto proclama a co-construção daquilo que o cliente deseja e do que é efectivamente importante para ele. Este modelo terapêutico defende que o cliente deve desempenhar o papel de perito, no sentido de ser aquele que melhor conhece a sua própria vida, as suas experiências e percepções. Já o terapeuta deve adoptar uma atitude não confrontativa e não dar conselhos, assumindo sim uma postura “*not-knowing*”. Com uma postura de curiosidade, o terapeuta deve formular questões que colocam o cliente na posição de dar informações sobre ele próprio. Isto revela-se particularmente útil no envolvimento de clientes mandatados na terapia, uma vez que lhes é solicitado que assumam o controlo da descrição que fazem

deles mesmos e das condições do mandato (De Jong & Berg, 2001).

A afirmação das potencialidades e “sucessos” do paciente apresenta-se como outra das técnicas do modelo, mas pressupõe que os profissionais reconheçam que os clientes têm competências e soluções para as suas dificuldades, soluções estas que vão emergir ao longo do processo terapêutico. Esta ideia constitui uma novidade e é também uma forma de envolver aqueles clientes que foram forçados a participar na intervenção e que esperam um “julgamento” por parte do terapeuta (De Jong & Berg, 2001).

Na terapia centrada nas soluções, o objectivo não é transformar clientes resistentes em clientes colaborantes, é sim construir uma forma de cooperar com eles, questionando-os sobre as circunstâncias do mandato, relacionando a situação actual com as suas esperanças para o futuro. Deste modo, podem surgir novas possibilidades de fazer algo diferente e criar-se condições para a cooperação mútua (De Jong & Berg, 2001).

No âmbito do modelo centrado nas soluções, Rosenberg (2000) oferece uma nova versão da questão milagre¹, desenhada especificamente para clientes mandatados. A justificação para a variação da questão milagre apresentada pelo autor, prende-se com o facto de este considerar que a versão original poder amplificar a divergência entre os objectivos da família e os objectivos da entidade referenciadora e conseqüentemente, aumentar a sensação de falta de controlo dos clientes sobre as suas vidas.

Como sugere de Shazer (1988), a questão milagre serve para ajudar os clientes a estabelecer objectivos para aquilo que querem que seja diferente nas suas vidas, permitindo identificar excepções e debater eventuais soluções.

A questão formulada de modo tradicional pode, todavia, nem sempre ajustar-se à visão do cliente, sobretudo quando este é forçado a permanecer em terapia e se sente vulnerável face ao processo. A versão modificada da questão permite ao cliente imaginar-se numa posição de poder, na qual tem mais controlo sobre a sua situação, passando de não interessado no processo terapêutico a empenhado na terapia com vista ao término do processo. O cliente encara assim a discussão sobre os objectivos como uma forma de deixar de ter a fonte referenciadora a interferir na sua vida, enquanto o terapeuta forma com ele uma aliança no sentido de alcançarem um propósito definido conjuntamente (Rosenberg, 2000).

¹ “*Suppose that one night, while the (referring agency or person) was asleep, a miracle happened in your life and (the referring agency) recognized that you never had to go back to see them again. The next day this person says that he or she could not believe it, but you never have to come back again. The case was closed. What would that person notice that is different in your lives that would allow he or she to say that?*” (Rosenberg, 2000, p. 94)

II - Objectivos

Aceitando que a aliança terapêutica constitui um preditor significativo do sucesso da intervenção, sobretudo quando medida no início do processo terapêutico (Horvath & Bedi, 2002) e que, no que respeita à Terapia Familiar, ainda pouco se sabe sobre que comportamentos observáveis podem contribuir para o estabelecimento de uma forte ou fraca aliança no sistema terapêutico, pretendemos, no presente trabalho, estudar, avaliar e comparar a aliança terapêutica estabelecida com famílias com clientes voluntários e com famílias com clientes involuntários.

Neste sentido, o presente estudo tem por objectivo geral verificar se existem diferenças significativas na força da aliança estabelecida com os dois tipos de clientes, recorrendo à utilização do SOFTA.

Os objectivos específicos deste trabalho são:

- a) Analisar a evolução da força da aliança terapêutica da 1ª sessão para a 4ª sessão terapêutica, nos clientes voluntários e involuntários;
- b) Perceber se existem diferenças na aliança intra-sistema desenvolvida pelas famílias voluntárias e pelas famílias involuntárias;
- c) Identificar diferenças e semelhanças em quatro dimensões da aliança terapêutica com clientes voluntários e involuntários.

III - Metodologia

Com vista a explicitar a metodologia utilizada no presente trabalho, descrever-se-á primeiramente a amostra, assim como o processo de selecção desta e os métodos de recolha dos dados. De seguida, apresentar-se-á o instrumento utilizado no estudo, finalizando esta secção com a descrição detalhada dos procedimentos levados a cabo para a concretização da investigação.

3.1. Amostra

3.1.1. Selecção da Amostra²

Para a realização do estudo foram seleccionados aleatoriamente 40 processos terapêuticos finalizados, dos quais 20 referentes a famílias/casais voluntários e 20 a famílias/casais involuntários, seguidos no Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (CEIFAC) e antigo Núcleo de Seguimento Infantil e Acção Familiar (NUSIAF), actual Centro de Prestação de Serviços à Comunidade (consulta de Terapia Familiar e de Casal) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

² O processo de selecção da amostra foi efectuado no âmbito de um projecto de Doutoramento (SFRH/BD/65773/2009), previamente ao início dos trabalhos desenvolvidos para a presente tese de Mestrado Integrado.

3.1.2. Métodos de Recolha da Amostra

Numa primeira fase, foram identificados todos os processos clínicos com clientes involuntários existentes nos arquivos, tendo como critério de inclusão na amostra a referenciação do caso para terapia por uma terceira parte com carácter institucional (e.g., Comissões de Protecção de Crianças e Jovens, Escolas, Centros de Saúde, Tribunal).

Posteriormente, foi feita uma aleatorização dos 20 casos que constituem a amostra, a partir de uma análise detalhada no que respeita ao motivo do pedido e aos registos escritos constantes do processo. Esta análise pormenorizada dos processos clínicos teve como principal objectivo verificar se os casos respeitavam um segundo critério de inclusão na amostra de sujeitos involuntários: pelo menos um dos elementos familiares manifestar, a determinada altura do processo, não querer, não precisar e/ou não acreditar na utilidade da terapia.

A selecção da sub-amostra dos clientes voluntários respeitou também duas fases. Primeiramente, foram identificados todos os processos terapêuticos com clientes voluntários existentes nos arquivos, assumindo como critério de inclusão o carácter espontâneo dos pedidos destes clientes, que procuraram voluntariamente a terapia. Em seguida, foram também seleccionados aleatoriamente 20 processos clínicos, procedendo-se depois à análise detalhada dos pedidos, bem como dos registos escritos dos processos, com o objectivo de incluir na amostra apenas os casos que respeitassem um segundo critério de inclusão nesta sub-amostra: mais de metade dos elementos da família manifestar querer, precisar e/ou acreditar na utilidade da terapia.

Os dados foram recolhidos a partir da consulta dos arquivos do CEIFAC e do NUSIAF sob a forma de registos escritos, áudio e vídeo das sessões.

Na amostra foram considerados todos os casos centrados em questões familiares, independentemente da problemática em causa e com o envolvimento de pelo menos dois elementos familiares no processo terapêutico.

Todos os dados recolhidos referem-se a intervenções sistémicas, com dois co-terapeutas e uma equipa de observação atrás do espelho unidireccional, adoptando um modelo integrativo, de terapia breve (6-7 sessões espaçadas de 3 a 4 semanas), com intervenções derivadas de várias orientações da terapia familiar. Em todas as sessões foi feito um intervalo, aproximadamente após 50 minutos de sessão, finalizando-se a consulta com um comentário final/reenquadramento (Relvas, 2003). Na primeira sessão, foi sempre solicitada a cada família/casal a autorização para a utilização do material da gravação.

Os terapeutas familiares envolvidos nos processos terapêuticos têm formação específica em Terapia Familiar e Intervenção Sistémica (Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar), enquanto os elementos da equipa de observação são licenciados em Psicologia e estagiários do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

3.1.3. Caracterização da Amostra

A amostra total, constituída por 40 famílias, perfaz um total de 131 sujeitos, sendo que 68 indivíduos correspondem a famílias com clientes involuntários, e 63 sujeitos pertencem a famílias com clientes voluntários.

A descrição da amostra subdivide-se em dois grupos ou sub-amostras: clientes involuntários e clientes voluntários, atendendo a dois tipos distintos de caracterização (sociodemográfica e familiar).

Na caracterização sociodemográfica, foram tidas em consideração as seguintes variáveis: sexo, faixa etária, habilitações literárias, profissão (segundo a Codificação Nacional de Profissões 94 – CNP94 adoptada nos Censos 2001 pelo INE, 2003), e estado civil. É de notar que para a variável habilitações literárias, optámos por considerar o ciclo de estudos completo (e.g., 1º ciclo, para sujeitos que concluíram o 4º ano de escolaridade).

Para uma maior compreensão das características das famílias que constituem a amostra, atendemos também às seguintes variáveis familiares:

a) Papel de cada elemento na família, nomeadamente: mãe, pai, filho e filha, esposa, marido, namorada e avô. A recolha da informação relativa à posição que cada indivíduo ocupa na família realizou-se através da pesquisa dos elementos presentes em cada sessão terapêutica avaliada.

b) Etapa do ciclo vital da família; para a qual se utilizou o sistema de classificação proposto por Relvas (1996), uma vez que este foi o único elaborado para a população portuguesa. A autora descreve o desenvolvimento familiar como a mudança da família enquanto grupo, tendo em conta as mudanças individuais dos seus elementos. Cada etapa é marcada por tarefas que a caracterizam e por transformações na organização familiar. As cinco etapas consideradas na classificação de Relvas (1996) são as seguintes: a) Formação do casal (início da constituição de uma nova família, marcado pela escolha do(a) parceiro(a), b) Família com filhos pequenos (nascimento do primeiro filho e conseqüente aparecimento de um novo subsistema: o parental), c) Família com filhos na escola (entrada dos filhos na escola e confronto com a primeira crise de desmembramento da família), d) Família com filhos adolescentes (necessidade de definir um novo equilíbrio entre as dimensões individual, familiar e social), e e) Família com filhos adultos (saída dos filhos de casa e necessidade de reestruturação da relação de casal, por parte dos pais). Para a identificação das diferentes etapas do ciclo vital de cada família incluída na amostra, procedeu-se à análise detalhada do pedido de consulta e do genograma constantes de cada processo terapêutico.

c) Composição familiar, classificada de acordo com os seguintes tipos de famílias (Alarcão, 2006): a) nucleares intactas, aquelas em que no mesmo agregado vive a mãe, o pai e o(s) filho(s); b) famílias monoparentais, nas quais a geração dos pais está representada por apenas um elemento; c) famílias reconstituídas, aquelas que na sua configuração actual (por motivos de divórcio ou viuvez) reúnem pessoas que anteriormente tiveram outras famílias; e d) famílias adoptivas, caracterizadas pelo acolhimento de crianças e adolescentes que não partilham laços de sangue com aqueles pais. A recolha dos dados referentes a este indicador para cada família presente na amostra foi conseguida através da análise integral dos processos

terapêuticos, dando especial atenção à representação de cada genograma familiar.

O Quadro 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra total de sujeitos, atendendo à sua condição de inclusão na amostra (clientes involuntários vs. clientes voluntários). Para a variável sexo, encontramos uma elevada proximidade na distribuição dos sujeitos pelas duas condições. Na sub-amostra de clientes involuntários, existem 37 sujeitos do sexo feminino (54.4%) e 31 elementos do sexo masculino (45.6%), enquanto que na sub-amostra de clientes voluntários encontramos 36 sujeitos pertencentes ao sexo feminino (57.1%) e 27 ao sexo masculino (42.9%).

A idade dos sujeitos da amostra total oscilava entre os 3 e os 68 anos, sendo que para facilitar a análise dos resultados, optou-se por agrupar as idades dos sujeitos em sete categorias (atendendo a um critério de conveniência de distribuição dos dados). A faixa etária dos 31 aos 50 anos é a que abrange mais sujeitos, quer no grupo de clientes involuntários (29.4%), quer no grupo de clientes voluntários (42.9%).

No que respeita às habilitações literárias dos clientes involuntários, encontra-se uma distribuição próxima dos sujeitos pelas diferentes categorias, com excepção dos três sujeitos que não completaram nenhum ciclo de estudos (4.4%), sendo o 2º Ciclo de estudos a categoria mais representativa para este indicador (23.5%), correspondente a 16 sujeitos. Quanto às habilitações literárias dos clientes voluntários, destaca-se o maior número de sujeitos que não chegaram a completar o 1º Ciclo do ensino básico ($n=10$) face à sub-amostra de sujeitos involuntários ($n=3$). Por outro lado, encontramos uma maior percentagem de sujeitos com habilitações superiores (23.8%), sendo esta a categoria mais representativa desta sub-amostra.

Na distribuição por profissões, é de destacar o facto de a maioria dos sujeitos da sub-amostra de involuntários estar incluída na categoria Outros (58.8%), com 27 sujeitos estudantes. Por outro lado, também não se encontram sujeitos para todas as categorias estabelecidas pelo INE (2003) (e.g., Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura e pescas). No que respeita ao grupo de clientes voluntários, existe também uma percentagem considerável da amostra na categoria Outros (42.9%), com 25 estudantes, ainda assim, a categoria mais representada (segundo a classificação do INE, 2003) refere-se aos Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas, o que é congruente com um maior número de sujeitos com habilitações académicas superiores.

Relativamente ao estado civil dos clientes involuntários, os solteiros (35 sujeitos) e os casados (25 sujeitos), representam a maioria da amostra (51.5 e 36.8%, respectivamente). Nos clientes voluntários, tal como para os sujeitos involuntários, voltamos a encontrar uma representatividade reduzida de sujeitos divorciados e viúvos (9.5 e 3.2%, respectivamente), face aos 30 sujeitos solteiros e 25 casados.

Quadro 1

Características Sociodemográficas da Amostra Total (N=131)

Características Sociodemográficas	Clientes Involuntários		Clientes Voluntários	
	N	%	N	%
Sexo				
Feminino	37	54.4	36	57.1
Masculino	31	45.6	27	42.9
Faixa etária				
0-6	2	2.9	6	9.5
7-12	13	19.1	12	19.0
13-20	14	20.6	7	11.1
21-30	7	10.3	8	12.7
31-50	20	29.4	27	42.9
51-65	10	14.7	3	4.8
> 65	2	2.9	-	-
Habilitações literárias				
Sem ciclo de estudos completo	3	4.4	10	15.9
1ª Ciclo (4º)	10	14.7	6	9.5
2ª Ciclo (5º – 6º)	16	23.5	8	12.7
3ª Ciclo (7º – 9º)	12	17.6	7	11.1
Ensino Secundário (10º – 12º)	9	13.2	10	15.9
Ensino Superior	11	16.2	15	23.8
Sem informação	7	10.3	7	11.1
Profissão				
Quadros Superiores de Administração Pública, Dirigentes e Empresários	2	2.9	1	1.6
Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas	6	8.8	13	20.6
Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio	-	-	2	3.2
Pessoal Administrativo e Similares	8	11.8	5	7.9
Pessoal dos Serviços e Vendedores	6	8.8	9	14.3
Operários, Artífices e Trabalhadores Similares	5	7.4	1	1.6
Trabalhador Não Qualificado	-	-	1	1.6
Outros ^a	40	58.8	27	42.9
Sem informação	1	1.5	4	6.3
Estado Civil				
Solteiro	35	51.5	30	47.6
Casado	25	36.8	25	39.7
Divorciado	6	8.8	6	9.5
Viúvo	2	2.9	2	3.2
Total	68	100.0	63	100.0

^a Nesta categoria incluíram-se os sujeitos desempregados, reformados, estudantes e domésticas.

Da análise do Quadro 2, podemos verificar que em termos do papel na família, existe uma proximidade dos valores obtidos nas duas sub-amostras para os papéis de pai, mãe, filho e filha (e.g., em referência ao papel de mãe, 19 e 18, respectivamente para clientes involuntários e voluntários). Além disso, encontramos os papéis de esposa e marido representados apenas no grupo de clientes voluntários, enquanto que as posições na família referentes a avô e namorada somente se encontram no grupo de clientes involuntários.

Quadro 2

Características Familiares da Amostra Total (N = 131)

Características Familiares	Clientes Involuntários		Clientes Voluntários	
	N	%	N	%
Papel na família				
Esposa	-	-	2	3.2
Marido	-	-	2	3.2
Mãe	19	27.9	18	28.6
Pai	12	17.6	11	17.5
Filho	17	25.0	14	22.2
Filha	17	25.0	16	25.4
Avô	1	1.5	-	-
Namorada	2	2.9	-	-
Etapas do ciclo vital				
Família com filhos pequenos	-	-	6	9.5
Família com filhos na escola	17	25.0	30	47.6
Família com filhos adolescentes	25	36.8	16	25.4
Família com filhos adultos	26	38.2	11	17.5
Composição familiar				
Família nuclear intacta	40	58.8	46	73.0
Família monoparental	16	23.5	12	19.0
Família reconstituída	12	17.6	3	4.8
Família adoptiva	-	-	2	3.2
Total	68	100.0	63	100.0

Relativamente à etapa do ciclo vital dos clientes involuntários, existe uma distribuição muito próxima para as famílias com filhos adolescentes (36.8%) e famílias com filhos adultos (38.2%), sendo que a categoria com filhos na escola encontra-se menos representada (25.0%). No grupo de clientes voluntários, contrariamente ao de clientes involuntários, encontramos seis famílias com filhos pequenos (9.5%), salientando-se uma maior representatividade de famílias com filhos na escola (47.6%).

Em termos de composição familiar, as duas sub-amostras são constituídas maioritariamente por famílias nucleares intactas (representando 58.8% do total de clientes involuntários e 73.0% do total de sujeitos voluntários). Na sub-amostra de clientes voluntários, contrariamente à de clientes involuntários, está também representada a categoria referente a famílias adoptivas, que abrange somente 3.2% da amostra.

3.2. Instrumentos

O *System for Observing Family Therapy Alliances* – SOFTA (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006) inclui dois instrumentos de avaliação da aliança terapêutica: o SOFTA-o (versão cliente e versão terapeuta), correspondente a um sistema de observação aplicável durante as sessões de terapia ou a sessões gravadas; e o SOFTA-s, um instrumento de auto-resposta aplicável, no final da sessão, a todos os membros da família e ao terapeuta.

Na presente investigação, foi utilizada a tradução portuguesa da versão observacional do SOFTA – cliente (Sotero, Portugal, Cunha & Vilaça, 2010), ou seja, observadores treinados procederam à codificação de sessões gravadas de terapia com famílias e com casais voluntários e involuntários.

Este instrumento permite-nos estudar e avaliar a força da aliança terapêutica através da análise das seguintes dimensões (Friedlander et al., 2005):

- a) **Envolvimento no Processo Terapêutico:** Uma pontuação elevada nesta dimensão, indica que o cliente encara o tratamento como fazendo sentido, sente-se envolvido na terapia e trabalha, conjuntamente com o terapeuta. Por outro lado, os objectivos e as tarefas são discutidas e negociadas com o terapeuta, sendo que o cliente considera que o processo é importante e que a mudança é possível;
- b) **Conexão Emocional com o Terapeuta:** Um resultado elevado nesta dimensão encontra-se associado ao facto de o cliente ver o terapeuta como uma pessoa importante na sua vida, quase como um membro da família, sente que a relação é baseada na confiança, afecto, interesse e sentimento de pertença; o cliente sente que o terapeuta se importa e “está lá” para si, considerando que ele e o terapeuta têm experiências de vida ou valores semelhantes e valorizando a sabedoria e experiência do terapeuta;
- c) **Segurança dentro do Sistema Terapêutico:** Ao pontuar elevado nesta dimensão, o cliente vê a terapia como um contexto em que pode assumir riscos, estar aberto e ser flexível, sente-se confortável e na expectativa de que novas experiências e aprendizagens possam acontecer, o cliente acredita que a terapia pode trazer coisas boas, que o conflito dentro da família pode ser gerido sem danos e sem necessidade de adoptar uma postura defensiva;
- d) **Sentimento de Partilha de Objectivos na Família:** Associado a um resultado elevado nesta dimensão está o facto de os membros da família se verem a si próprios a trabalhar conjuntamente para melhorar as relações familiares e para atingir objectivos familiares comuns. Os elementos familiares partilham um sentido de solidariedade em relação ao contexto terapêutico e uma valorização do tempo que passam juntos na terapia, existindo um sentimento de unidade dentro da família relativamente ao acompanhamento (Friedlander et al., 2006).

Cada uma destas quatro dimensões é composta por diferentes indicadores comportamentais verbais (e.g., “o cliente expressa optimismo ou indica que houve uma mudança positiva”) e não verbais (e.g., “os membros da família evitam o contacto visual entre eles”). Para cada dimensão existem também descritores positivos (e.g., “os membros da família oferecem um

acordo para um compromisso”) e negativos (e.g., “os membros da família culpam-se uns aos outros”).

A utilização do SOFTA-o implica que as codificações das sessões passem por diversas fases. Num primeiro momento da codificação das sessões, os avaliadores observam os registos, parando e rebobinando as vezes necessárias; perante a observação de algum comportamento incluído na lista de descritores, o avaliador assinala na grelha de observação (cf. Anexo) o autor desse comportamento (elemento da família) e o momento da sessão em que ocorreu (e.g., aos 10 minutos de sessão). Num segundo momento da codificação, o avaliador atribui uma pontuação a cada uma das quatro dimensões, para cada membro da família presente na sessão (excepto na dimensão Sentimento de Partilha, em que é atribuída uma pontuação global para toda a família).

A partir das directrizes do Manual de Treino do SOFTA-o (Sotero et al, 2010), cada dimensão é pontuada atendendo ao tipo, frequência e intensidade dos indicadores observados, podendo a pontuação oscilar entre -3 (*Extremamente Problemática*) e +3 (*Extremamente Forte*), sendo que 0 corresponde a uma pontuação neutra, o que significa que ou não existem indicadores assinalados para essa dimensão ou os descritores positivos e negativos compensam-se (Escudero, 2009).

3.3. Procedimentos de Investigação:

Os trabalhos desenvolvidos no âmbito desta investigação iniciaram-se em Setembro de 2010, tendo passado por diversas fases e englobado inúmeras tarefas que descreveremos de seguida nesta secção.

a) Formação e treino de codificação pela equipa de investigação (do SOFTA - Portugal) às duas mestrandas (da subárea de especialização Sistémica, Saúde e Família do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica) sobre o SOFTA-o (formação teórica e codificação de 2 sessões terapêuticas em conjunto para avaliação do nível de acordo inter-codificadores);

b) Estudo exaustivo do Manual de Treino do SOFTA (versão traduzida por Sotero et al., 2010);

c) Organização dos vídeos das sessões dos processos terapêuticos que constituem a amostra (1ª e 4ª). A escolha particular destas sessões justifica-se na possibilidade de obter dados acerca da aliança terapêutica nas fases inicial e intermédia/final da terapia. Nos casos dos processos em que não existia registo audiovisual completo (da 1ª e 4ª sessões), foi feita uma nova aleatorização, a partir da amostra inicial, até à obtenção de um conjunto de 20 processos voluntários e 20 processos involuntários;

d) Distribuição dos processos terapêuticos pelas duas mestrandas (20 processos, sendo 10 referentes a clientes voluntários e 10 a clientes involuntários), perfazendo um total de 40 sessões a codificar por cada uma (avaliação da 1ª e 4ª sessões para cada um dos 20 processos);

e) Codificação com o SOFTA-o, por dois juízes independentes (uma mestranda e um aluno de Doutoramento), dos vídeos das sessões 1 e 4 da amostra de 40 processos terapêuticos com clientes voluntários e involuntários, perfazendo um total de aproximadamente 70 sessões

visualizadas e avaliadas (cada sessão corresponde em média a 1 hora e 30 minutos).

Os codificadores avaliaram a presença de descritores comportamentais observáveis (verbais e não verbais), de cada elemento familiar, obtendo no final uma pontuação de -3 (aliança extremamente problemática) a +3 (aliança extremamente forte) nas quatro dimensões da aliança terapêutica avaliadas pelo SOFTA.

f) No final da codificação do conjunto das sessões correspondentes a processos com clientes involuntários, os dois avaliadores (uma mestrande e um aluno de Doutoramento) reuniram para comparar as pontuações atribuídas a cada família. Nos casos em que se verificou a existência de discrepâncias superiores a 1 ponto nos resultados, os codificadores debateram as pontuações e visualizaram em conjunto a sessão até chegarem a um acordo, eliminando-se desta forma, todas as discrepâncias superiores a 1 ponto. O mesmo procedimento foi igualmente efectuado no final da codificação da amostra dos clientes voluntários. A comparação das pontuações, assim como o ajuste das discrepâncias constituem orientações específicas constantes do Manual de Treino do SOFTA-o (Sotero et al., 2010), que indica que os membros da equipa de avaliadores devem reunir regularmente para comparar resultados e para preservar o sincronismo e o grau de acordo na aplicação dos critérios de registo e de pontuação. Na mesma fonte pode ainda ler-se “ a pontuação final de uma sessão, utilizada para a análise dos dados de uma investigação, deve obter-se por consenso entre as partes” (Sotero et al., 2010, p. 16).

3.4. Procedimentos Estatísticos

Para o tratamento estatístico dos dados recolhidos no âmbito desta investigação, recorreu-se ao programa *SPSS (Statistical Package for the Social Sciences, versão 17.0)*, tendo sido concretizadas as seguintes análises: a) estatísticas descritivas (frequências) para caracterizar os dados sociodemográficos e familiares das duas sub-amostras (clientes involuntários e clientes voluntários); b) cálculo do Coeficiente de Correlação Intra-classe (ICC), com vista a avaliar o nível de acordo entre os dois codificadores que avaliaram as sessões com a grelha observacional do SOFTA; c) teste *t de student* para amostras independentes, com o objectivo de comparar o grupo de clientes involuntários com o grupo de clientes voluntários, nas quatro dimensões do SOFTA que permitem avaliar força da aliança terapêutica; e d) teste *t de student* para amostras emparelhadas, visando analisar a evolução na força da aliança da primeira sessão para a quarta sessão, quer na sub-amostra de clientes voluntários, quer na sub-amostra de clientes involuntários.

IV - Resultados

Começamos por apresentar os resultados do nível de acordo entre os dois avaliadores, através do cálculo do Coeficiente de Correlação Intra-classe (ICC). Posteriormente, analisaremos as pontuações resultantes da comparação entre clientes involuntários e voluntários, ao nível da força da aliança terapêutica. Por fim, debruçar-nos-emos sobre os resultados correspondentes à evolução da força da aliança da Sessão 1 para a Sessão 4, nos dois tipos de clientes.

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

4.1. Nível de Acordo Inter-Codificadores

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

Quadro 3

Nível de Acordo Inter-Codificadores

<i>Dimensões SOFTA</i>	<i>ICC</i>
<i>Envolvimento</i>	.965
<i>Conexão</i>	.975
<i>Segurança</i>	.967
<i>Partilha de Objectivos</i>	.992

Como se pode verificar no Quadro 3, os valores obtidos para cada dimensão do SOFTA, relativos ao nível de concordância entre os dois codificadores das sessões, são superiores a .08, pelo que se conclui existir uma boa consistência interna (Pestana & Gageiro, 2005), e consequentemente um alto nível de concordância entre os avaliadores. De notar que os coeficientes encontrados são muito próximos para as quatro dimensões do SOFTA, sendo o valor mais elevado obtido para a dimensão Partilha de Objectivos (.992).

4.2. Comparação entre Clientes Involuntários e Clientes Voluntários: Força da Aliança Terapêutica

Através da utilização do teste *t* de *Student* para amostras independentes (Pallant, 2003), procurámos comparar os resultados obtidos pelos clientes involuntários e voluntários relativamente às quatro dimensões do SOFTA, quer na Sessão 1, quer na Sessão 4 (cf. Quadros 5 e 6).

Como indica o Quadro 4, na Sessão 1, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas nas pontuações das quatro dimensões do SOFTA, entre o grupo de clientes involuntários e o grupo de clientes voluntários, com uma superioridade de resultados para os segundos.

Assim, na dimensão Envolvimento no Processo Terapêutico, os

clientes involuntários alcançaram uma média de 0.48 ($DP=0.94$), e os clientes voluntários obtiveram uma média de 1.19 [$DP=0.72$; $t(125) = -4.76$, $p < .001$]. Ao proceder ao cálculo da magnitude do efeito, denota-se que, as diferenças entre as médias se traduzem num efeito extenso sobre os resultados, em virtude de 15% das diferenças encontradas serem explicadas efectivamente pela condição dos clientes (involuntário ou voluntário).

Quadro 4
Força da Aliança na Sessão 1

Dimensões SOFTA	Condição	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Envolvimento</i>	Involuntário	0.48	0.94		
	Voluntário	1.19	0.72	-4.76**	.001
<i>Conexão</i>	Involuntário	0.03	0.89		
	Voluntário	0.35	0.68	-2.26*	.025
<i>Segurança</i>	Involuntário	-0.02	0.98		
	Voluntário	0.57	0.89	-3.52**	.001
<i>Partilha de Objectivos</i>	Involuntário	-0.36	1.20		
	Voluntário	0.78	0.96	-5.91**	.001

Nota: *N* Involuntário= 68; *N* Voluntário= 63.

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

Na dimensão Conexão Emocional com o Terapeuta, os clientes involuntários obtiveram uma média de 0.03 ($DP=0.89$), enquanto que os clientes voluntários alcançaram uma pontuação média de 0.35 [$DP=0.68$; $t(125) = -2.26$, $p = .025$]. Contudo, através do cálculo da magnitude do efeito, verificámos que as diferenças entre as médias têm um efeito reduzido sobre os resultados, uma vez que apenas 4% das diferenças encontradas são explicadas pelo tipo de cliente em causa.

No que respeita à dimensão Segurança dentro do Sistema Terapêutico, o grupo de clientes involuntários teve uma média de -0.02 ($DP=0.98$), e o grupo de clientes voluntários alcançou uma média de 0.57 [$DP=0.89$; $t(125) = -3.52$, $p < .001$]. Ao proceder ao cálculo da magnitude do efeito, percebemos que as diferenças entre as médias se traduzem num efeito moderado sobre os resultados, em virtude de 9% das diferenças se deverem à condição dos clientes.

Na dimensão Sentimento de Partilha de Objectivos na Família, os clientes involuntários obtiveram uma média de -0.36 ($DP=1.20$), enquanto que os clientes voluntários atingiram uma pontuação média de 0.78 [$DP=0.96$; $t(125) = -5.91$, $p < .001$]. Nesta dimensão, as diferenças entre as médias dos dois tipos de clientes representam um efeito extenso sobre os resultados, explicando 22% das diferenças encontradas.

Quadro 5
Força da Aliança na Sessão 4

Dimensões SOFTA	Condição	M	DP	t	p
Envolvimento	Involuntário	0.98	0.80	-3.08**	.003
	Voluntário	1.49	0.78		
Conexão	Involuntário	0.10	0.87	-1.63	.106
	Voluntário	0.37	0.72		
Segurança	Involuntário	0.13	0.91	0.25	.804
	Voluntário	0.08	0.87		
Partilha de Objectivos	Involuntário	-0.40	1.45	-1.11	.271
	Voluntário	-0.04	1.61		

Nota: N Involuntário= 68; N Voluntário= 63.

** $p < .01$

De acordo com o Quadro 5, na sessão 4, as diferenças nas pontuações médias obtidas pelos clientes involuntários e pelos clientes voluntários, apenas foram estatisticamente significativas na dimensão Envolvimento no Processo Terapêutico, isto é, os clientes involuntários obtiveram uma média de 0.98 ($DP=0.80$), enquanto que os clientes voluntários pontuaram mais alto, alcançando uma média de 1.49 [$DP=0.78$; $t(89) = -3.08$, $p < .01$]. Ao proceder ao cálculo da magnitude do efeito, verificámos que as diferenças entre as médias se traduzem num efeito moderado sobre os resultados, pelo que 10% das diferenças se devem à condição dos clientes.

Nas dimensões Conexão e Partilha de Objectivos, a média das pontuações obtidas pelos clientes voluntários são superiores às dos clientes involuntários. Pelo contrário, na dimensão Segurança, o resultado médio dos clientes involuntários foi mais elevado do que o referente aos clientes voluntários. Contudo, as diferenças encontradas para estas dimensões não alcançam o limiar de significância estatística.

4.3. Evolução da Força da Aliança Terapêutica da Sessão 1 para a Sessão 4

Com recurso ao teste *t* de *Student* para amostras emparelhadas (Pallant, 2003) procurámos avaliar a evolução ao nível da força da aliança terapêutica, da Sessão 1 para a Sessão 4, quer no grupo de clientes involuntários, quer no grupo de clientes voluntários (cf. Quadros 6 e 7).

Como se pode verificar através da análise do Quadro 6, nos clientes involuntários, apenas se encontraram diferenças estatisticamente significativas na dimensão Envolvimento, uma vez que na Sessão 1, a média obtida foi de 0.67 ($DP=0.89$) e na Sessão 4 verificou-se um aumento da pontuação média para 1.03 ($DP=0.77$), $t(35) = -2.13$, $p = .041$. Através do cálculo da magnitude do efeito, denota-se que as diferenças entre as médias obtidas na Sessão 1 e na Sessão 4 representam um efeito moderado sobre os resultados, pelo que 11% das diferenças encontradas podem ser explicadas

pelos efeitos da intervenção.

Quadro 6

Evolução da Força da Aliança da Sessão 1 para a Sessão 4 (Clientes Involuntários, N= 68)

Dimensões SOFTA	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Envolvimento – Sessão 1</i>	0.67	0.89		
<i>Envolvimento – Sessão 4</i>	1.03	0.77	-2.13*	.041
<i>Conexão – Sessão 1</i>	0.03	0.81		
<i>Conexão – Sessão 4</i>	0.08	0.91	-0.32	.751
<i>Segurança – Sessão 1</i>	0.00	0.86		
<i>Segurança – Sessão 4</i>	-0.03	0.77	0.20	.845
<i>Partilha de Objectivos – Sessão 1</i>	-0.11	1.12		
<i>Partilha de Objectivos – Sessão 4</i>	-0.44	1.34	1.78	.083

* $p < .05$

Na dimensão Conexão, encontramos um ligeiro aumento da pontuação média da Sessão 1 para a Sessão 4, enquanto que nas restantes dimensões (Segurança e Partilha de Objectivos), os resultados foram mais baixos na Sessão 4 do que na Sessão 1. Todavia, estas diferenças encontram-se abaixo do limiar de significância estatística.

Quadro 7

Evolução da Força da Aliança da Sessão 1 para a Sessão 4 (Clientes Voluntários, N= 63)

Dimensões SOFTA	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Envolvimento – Sessão 1</i>	1.25	0.72		
<i>Envolvimento – Sessão 4</i>	1.49	0.78	-1.90	.063
<i>Conexão – Sessão 1</i>	0.37	0.69		
<i>Conexão – Sessão 4</i>	0.37	0.72	0.00	1.000
<i>Segurança – Sessão 1</i>	0.67	0.91		
<i>Segurança – Sessão 4</i>	0.08	0.87	3.76**	.001
<i>Partilha de Objectivos – Sessão 1</i>	0.73	0.92		
<i>Partilha de Objectivos – Sessão 4</i>	-0.04	1.61	4.40**	.001

** $p < .01$

De acordo com o Quadro 7, no grupo dos clientes voluntários, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nem na dimensão Envolvimento, nem na dimensão Conexão, sendo que na primeira encontrámos apenas um ligeiro aumento dos resultados e na segunda dimensão as pontuações mantêm-se inalteradas da Sessão 1 para a Sessão 4 ($M= 0.37$).

Por outro lado, nas dimensões Segurança e Partilha de Objectivos, encontraram-se diferenças estatisticamente significativas entre as pontuações da Sessão 1 e da Sessão 4.

Efectivamente, na dimensão Segurança, verificou-se uma diminuição significativa da média obtida na Sessão 1 ($M=0.67$, $DP=0.91$) para a Sessão 4 ($M=0.08$, $DP=0.87$, $t(50)= 3.76$, $p<.001$). Com o cálculo da magnitude do efeito, constatámos que as diferenças entre as médias da Sessão 1 para a Sessão 4 se traduzem num efeito extenso sobre os resultados, pelo que 22% das diferenças encontradas se podem dever aos efeitos da intervenção.

Por sua vez, na dimensão Partilha de Objectivos, encontrámos igualmente um decréscimo na pontuação média da Sessão 1 ($M=0.73$, $DP=0.92$) para a Sessão 4 ($M= -0.04$, $DP=1.61$, $t(50)= 4.40$, $p<.001$). Nesta dimensão, as diferenças entre as pontuações médias obtidas na Sessão 1 e na Sessão 4 representam um efeito extenso sobre os resultados, em virtude de 28% das diferenças encontradas poderem ser explicadas pelos efeitos da terapia.

V - Discussão

Pretende-se, nesta secção, analisar os resultados alcançados com a investigação levada a cabo, assim como reflectir sobre o significado destes em termos da prática clínica, particularmente no que concerne à relação construída entre os terapeutas e os clientes.

Antes de discutir os dados resultantes deste trabalho, importa reflectir sobre a noção de aliança terapêutica, tal como conceptualizada na revisão teórica da literatura, e a sua compreensão à luz da linguagem do SOFTA. Se, inicialmente, definimos a aliança como um constructo unitário, encarada como a ligação entre terapeuta e clientes, baseada na confiança, respeito e abertura (Griffin & Honea-Boles, 2001; Orlinsky & Howard, 1986), neste ponto vamos encará-la sob a representação das quatro dimensões do SOFTA, assumindo que qualquer uma delas nos dá informação acerca da força ou fraqueza da(s) aliança(s) estabelecida(s).

Como base para a reflexão sobre os dados, parece relevante atentar à interpretação de Escudero (2009) das quatro dimensões do SOFTA, na medida em que esta facilita a compreensão do contributo de cada uma delas na análise da aliança estabelecida. Deste modo, para o referido autor, o Envolvimento e a Conexão representam a implicação activa do cliente na terapia, enquanto que a Segurança e a Partilha de Objectivos remetem para a relação de cada cliente com o sistema familiar. Para além disso, se a Conexão e a Segurança retratam o envolvimento afectivo de cada cliente na

terapia, o Envolvimento e a Partilha de Objectivos traduzem o envolvimento em termos de comportamento de cada cliente no espaço terapêutico (Escudero, 2009).

Assim, o presente estudo assumiu como principal finalidade avaliar as diferenças (e/ou semelhanças) entre os clientes involuntários e voluntários no que respeita à força da aliança terapêutica criada em contexto de terapia familiar. Os resultados revelam que, efectivamente, existem diferenças em termos da aliança entre os dois tipos de clientes, sendo que, na Sessão 1, os clientes voluntários obtiveram pontuações mais elevadas do que os clientes involuntários em todas as dimensões do SOFTA (sendo todas estas diferenças estatisticamente significativas).

Neste sentido, podemos pensar que as especificidades da condição de involuntário, ulteriormente desenvolvidas, têm algum peso na relação que estas famílias estabelecem com o técnico e dentro da própria família, logo no momento inicial da intervenção. Importa também ter em consideração as representações que os terapeutas podem ter sobre o significado do termo “involuntário”, que os leva a associar a condição do cliente a resistência ou falta de colaboração (De Jong & Berg, 2001), podem também exercer um papel significativo na aliança estabelecida, sobretudo num primeiro momento da intervenção.

O facto de os clientes voluntários estabelecerem alianças mais fortes na fase inicial do processo terapêutico (Sessão 1), leva-nos a reflectir acerca da possibilidade de algumas “limitações éticas” inerentes ao trabalho com famílias involuntárias poderem efectivamente ter impacto na segurança e confiança sentidas pelos clientes relativamente aos técnicos, aquando do início da intervenção. Nos casos mandatados são evidentes as potenciais restrições à confidencialidade, patentes na necessidade de apresentar relatórios periódicos à entidade referenciadora, e ao consentimento informado, que pressupõe o desejo do cliente de estar em terapia, o que nestes casos é menos comum (Kiracofe & Wells, 2007). Ora, na amostra em estudo, a condição de cliente involuntário implica precisamente a referenciação para terapia por uma terceira parte com carácter institucional, o que pode contribuir para uma certa desconfiança dos clientes em relação ao técnico e, conseqüentemente, produzir uma aliança terapêutica mais fraca.

Por outro lado, ao considerar a Sessão 4, as diferenças entre os dois tipos de clientes esbatem-se, com excepção da dimensão Envolvimento, em que os clientes voluntários mantêm pontuações significativamente mais elevadas do que os involuntários. Na linguagem do SOFTA, o Envolvimento representa duas das componentes da conceptualização da aliança de Bordin (1979), correspondentes ao acordo entre clientes e terapeutas acerca dos propósitos do processo terapêutico e sobre as tarefas necessárias para alcançar os objectivos estabelecidos. Não é de estranhar que, dadas as condições mandatadas dos clientes involuntários, a definição de metas para a intervenção, assim como o acordo sobre as tarefas a realizar sejam dificultados pela eventual discrepância entre os objectivos definidos pela entidade referenciadora e aquilo que são as expectativas dos clientes relativamente ao processo terapêutico. Como sugere Friedlander e colaboradores (2006), um baixo Envolvimento expressa habitualmente a

resistência do sistema familiar à mudança, facto que é facilmente compreensível quando nos referimos a clientes que foram obrigados a estar em terapia e se vêem “obrigados” a realizar diferentes tarefas que visam facilitar o alcance de determinados objectivos, os quais, por vezes, não lhes fazem sentido ou não são reconhecidos como úteis para a sua vida, nem para o aumento do seu bem-estar familiar.

Nos clientes voluntários, que recorrem espontaneamente à terapia, é expectável que exista um pedido de ajuda relativamente concreto e expectativas delineadas acerca do processo terapêutico, pelo que, ainda que haja um habitual ajuste de expectativas entre o técnico e a família, as finalidades da terapia, bem como as tarefas necessárias à prossecução do acompanhamento, podem ser estabelecidas com relativa facilidade, permitindo um Envolvimento satisfatório, quer no arranque da intervenção, quer numa fase mais avançada do processo.

A análise da evolução da força da aliança do momento inicial da intervenção (Sessão 1) para uma fase intermédia/final da terapia (Sessão 4), demonstra um incremento considerável do Envolvimento dos clientes involuntários no processo terapêutico. Apesar de as quatro dimensões do SOFTA serem conceptualmente interdependentes e estarem correlacionadas (Sotero et al., 2010), Friedlander e colaboradores (2006), postulam que, entre outros factores, a condição dos clientes pode influenciar a variação nos resultados obtidos nas diferentes dimensões. Efectivamente, as pontuações dos clientes involuntários, tendo aumentado ao nível do Envolvimento e da Conexão, diminuíram na Segurança e no Sentimento de Partilha. Os dados mostram que este tipo de clientes alcança melhorias em termos do empenho e da dedicação investidos ao longo do processo terapêutico, revelando estar progressivamente mais envolvidos no processo, ainda que consideravelmente menos envolvidos do que os clientes que procuraram voluntariamente a terapia. Mesmo com a evolução da intervenção, os clientes involuntários aparentam ter dificuldades em considerar a terapia como um espaço em que podem assumir riscos, apresentando uma reduzida Segurança dentro do contexto terapêutico, que pode estar relacionada com a existência de alguns “relacionamentos refém” (dada a sua condição) entre os técnicos e estas famílias (Friedlander et al., 2006).

Relativamente à Partilha de Objectivos dentro da Família, os clientes involuntários obtiveram resultados negativos, tanto na fase inicial, como no momento intermédio/final do processo, com um agravamento destes da primeira para a quarta sessão. Este fenómeno aponta para a ocorrência de fracas alianças intra-sistema (Pinsof, 1994), revelando na globalidade uma falta de unidade dentro das famílias em relação ao acompanhamento. Esta falta de unidade no seio das famílias que se agudiza ao longo do processo pode justificar-se pela presença em terapia de elementos que vêem alguma utilidade e algum sentido na intervenção, juntamente com membros da família que “se recusam” a cooperar e a investir no processo terapêutico, provocando um misto de dedicação/desinteresse e investimento/desinvestimento relativamente às sessões.

Numa perspectiva evolutiva dos resultados da aliança nos clientes voluntários, encontrámos dados inesperados que indicam uma diminuição da

força da aliança ao longo do processo terapêutico (nomeadamente nas dimensões Segurança e Partilha de Objectivos).

Uma vez que estas famílias recorreram à terapia de livre vontade e que mais de metade dos seus elementos manifestaram querer e/ou precisar de acompanhamento, seria expectável que ao longo das sessões se fossem sentindo progressivamente mais seguras, dentro do espaço terapêutico, para falar sobre as dificuldades e para arriscar mais. Todavia, Friedlander e colaboradores (2006) alertam-nos para a hipótese de que, à medida que os clientes se vão sentindo mais seguros no contexto da terapia, poderão começar a arriscar demasiado nas informações que partilham ou nas aprendizagens que levam a cabo, o que pode conseqüentemente originar um abalo em termos da Segurança sentida anteriormente, isto é, os clientes sentem-se seguros para progredir e assumir riscos, contudo ao arriscarem, vêem perturbada a Segurança previamente adquirida. Para além desta visão, compreendemos que a vulnerabilidade é essencial à mudança, pelo que no decorrer das intervenções, é natural que haja momentos de maior e menor segurança, que permitirão efectivamente a ocorrência de modificações na vida das pessoas e das famílias.

A aliança intra-sistema (Pinsop, 1994) nos clientes voluntários, quando medida ao longo do processo terapêutico, apresenta um decréscimo significativo da primeira para a quarta sessão. Estes resultados significam que numa fase mais avançada do acompanhamento, os elementos das famílias não estão dispostos a trabalhar em conjunto para melhorar as relações entre eles e para alcançar objectivos comuns. Ainda que numa primeira análise esta constatação possa causar alguma surpresa, existem na literatura algumas explicações para este fenómeno. Neste sentido, uma das justificações para a redução da Partilha de Objectivos dentro das famílias com o avançar dos processos prende-se com a existência de uma estrutura familiar com muitos elementos (o que se verifica em diversas famílias da presente amostra), conjugada com uma “crise do conflito” (Escudero, 2009). Famílias nestas condições iniciam habitualmente as intervenções com um elevado sentimento de partilha de objectivos, manifesto numa identificação clara do problema e em objectivos bem definidos e partilhados por todos os elementos, no entanto ao longo do acompanhamento, com o aparecimento de outros problemas que se sobrepõem às dificuldades iniciais, surgem divergências no seio da família e “costas voltadas” no momento de decidir a melhor forma de resolver as dificuldades.

É de notar que, durante o processo de cotação das sessões, nos apercebemos que um dos factores que contribuía para as oscilações na dimensão Partilha de Objectivos estava relacionado com os elementos presentes em cada sessão. A título de exemplo, uma das famílias compareceu à primeira sessão com todos os seus membros, inclusive o Paciente Identificado (PI) que correspondia a um dos filhos; na quarta sessão, o PI não esteve presente, tendo-se verificado um aumento considerável do Sentimento de Partilha de Objectivos. Este exemplo, um entre vários outros dentro da amostra estudada, mostra-nos que, enquanto na primeira sessão houve discrepâncias entre os membros da família acerca do que era o problema e os objectivos terapêuticos, na quarta sessão, sem a

presença do elemento da família que é visto por esta como o “detentor do problema”, os restantes elementos uniam-se na definição do que eram as dificuldades e investiam conjuntamente no processo terapêutico.

No caso dos clientes voluntários, a oscilação na Partilha de Objectivos faz-se no sentido contrário ao acima descrito, no entanto Friedlander e colaboradores (2006), consideram que um decréscimo nesta dimensão pode também ocorrer quando a terapia começa a ter resultados positivos mas a produzir mudanças inesperadas no sistema, nomeadamente quando o PI alcança grandes melhorias, produzindo mudanças forçadas noutros elementos da família (e.g., perda de poder de um membro familiar face ao PI que assume um papel de maior destaque), ameaçando a homeostase do sistema familiar.

Uma das percepções sentidas com a administração do SOFTA a famílias portuguesas está relacionada com as particularidades da dimensão Conexão Emocional com o Terapeuta. Na realidade, as pontuações obtidas quer por clientes involuntários, quer por clientes voluntários, foram sempre muito próximas de zero, o que representa uma aliança neutra ou a carência de descritores assinalados nesta dimensão. Segundo Friedlander e colaboradores (2006), pesquisas realizadas com o SOFTA-o apontam para uma relação entre o Envolvimento e a Conexão, nos comportamentos observáveis dos clientes, fundamentada pela ideia de que o paciente se envolve e compromete mais com a terapia quando sente que o terapeuta compreende a sua situação e o poderá ajudar a ultrapassar o problema.

Contudo, no presente estudo, os resultados positivos na dimensão Envolvimento contrastam com a pontuação neutra alcançada na Conexão. Os dados encontrados podem estar relacionados com o facto de a Conexão Emocional estar operacionalizada de forma pouco “sensível” ao tipo de intervenção levado a cabo, de orientação Sistémica, realizada em co-terapia e com famílias e/ou casais. Por um lado, a presença de dois terapeutas nas sessões pode limitar o estabelecimento de uma ligação emocional, que envolva as particularidades definidas pelo SOFTA, como o cliente ver o terapeuta como uma pessoa importante na sua vida e quase como um membro da família, assim como o cliente expressar interesse pela vida pessoal do terapeuta. Por outro lado, ainda que aceitemos que o *modus operandi* dos técnicos não seja rigidamente determinado pelos modelos teóricos que orientam a sua prática, os moldes da terapia sistémica realizada com as famílias da amostra não pressupõem determinadas atitudes e manifestações, nomeadamente que o cliente expresse fisicamente o seu afecto pelo terapeuta (dando-lhe a mão, um abraço ou um beijo). Apesar destas considerações, importa realçar que no próprio Manual de Treino do SOFTA (Sotero et al., 2010), é avançada a possibilidade da dimensão Conexão ser uma das mais susceptíveis de oscilar consoante o contexto da intervenção e o tipo de abordagem terapêutica seguida. Os autores do instrumento alertam ainda para a necessidade de validar empiricamente a hipótese acima mencionada, o que consideramos ter sido demonstrado em parte através dos resultados alcançados no presente estudo.

Depois de analisados os resultados gerais do estudo, importa sublinhar o facto se ter verificado um elevado grau de acordo entre os dois

codificadores das sessões com o SOFTA, o que abona favoravelmente à utilização deste instrumento como medida de observação e posterior avaliação da aliança terapêutica estabelecida entre as famílias e os terapeutas (bem como dentro das próprias famílias), reforçando consequentemente a utilidade e eficácia da terapia familiar e de casal de base sistémica.

De uma forma global, os resultados encontrados vêm corroborar a literatura consultada, segundo a qual o trabalho com clientes que não querem estar em terapia coloca inúmeros desafios aos técnicos e exige da parte destes, o recurso a estratégias que incrementem a segurança dos clientes e o investimento no processo terapêutico (Rooney, 1992). Numa outra perspectiva, consideramos também que, para além de se evidenciar aqui alguma resistência dos clientes involuntários e/ou mandatados, pode haver também uma certa resistência oculta (não quantificada nesta investigação) por parte dos técnicos (Chui & Ho, 2006). Esta condição de “terapeuta involuntário” afecta à partida o estabelecimento de uma relação terapêutica satisfatória com o cliente, pelo que também deverá ser encarada como um factor com impacto na existência de alianças mais frágeis com famílias involuntárias.

VI - Conclusões

As interrogações existentes sobre as eventuais singularidades do trabalho terapêutico realizado com clientes que não querem estar em terapia levaram-nos a conduzir a presente investigação. Neste sentido, debruçámo-nos concretamente sobre o conceito de aliança, com o intuito de tentar perceber se existiriam diferenças ao nível do estabelecimento da relação terapêutica com famílias voluntárias e involuntárias.

A metodologia seguida e o recurso ao instrumento SOFTA permitiram-nos concluir que, na globalidade da amostra, as alianças construídas com famílias involuntárias são geralmente mais fracas do que aquelas estabelecidas com sistemas familiares que recorreram de forma voluntária ao contexto terapêutico. As diferenças encontradas entre os dois tipos de clientes podem dever-se a diversos factores, dos quais destacámos: as condições inerentes a um processo mandatado, bem como a possibilidade de existirem alguns “terapeutas involuntários” nestes processos.

Apesar das divergências entre clientes voluntários e involuntários relativamente à força da aliança terapêutica, constatámos que as dimensões Segurança e Partilha de Objectivos do SOFTA evoluem negativamente da primeira para a quarta sessão, nos dois tipos de clientes (apesar da diferença alcançar o limiar de significância estatística apenas para os voluntários), o que revela a existência de pontos comuns nos processos terapêuticos conduzidos quer com famílias voluntárias, quer com famílias involuntárias.

O presente estudo apresenta algumas limitações no que toca à amostra recolhida. Concretamente, ainda que existisse alguma heterogeneidade em termos do tipo de composição familiar e da etapa do ciclo vital das famílias incluídas na amostra que pudesse enriquecer as análises efectuadas neste trabalho de investigação, as distribuições dos sujeitos por estas duas

variáveis mostraram-se muito discrepantes (e.g., 46 sujeitos pertencentes a famílias nucleares intactas vs. 3 sujeitos referentes a famílias reconstituídas, para a condição de clientes voluntários). Neste sentido, apesar da intenção inicial, no presente trabalho não se mostrou oportuno estudar o impacto destas variáveis na força da aliança terapêutica estabelecida.

Sugerimos então que, em futuras investigações, se utilizem amostras de maiores dimensões, de forma a que se alcance uma representação mais equitativa dos diferentes tipos de composição familiar, assim como das várias etapas do ciclo vital, para que seja possível avaliar a influência destas características familiares na relação terapêutica estabelecida com o técnico.

Para encerrar este estudo, parece-nos relevante salientar que a aliança terapêutica com clientes involuntários é uma temática ainda muito pouco abordada na literatura, e que será necessário analisar aprofundadamente as características tanto da família, como dos terapeutas, que podem ter impacto na relação construída entre as partes, assim como aperfeiçoar estratégias de intervenção que fomentem a aliança com pessoas que não escolheram estar em terapia.

Bibliografia

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios Familiares: Uma visão sistémica* (3^a ed.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias: Tempo, caos e processo* (2^a ed.). Lisboa: Climepsi.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- Chui, W. H., & Ho, K. M. (2006). Working with involuntary clients: Perceptions and experiences of outreach social workers in Hong Kong. *Journal of Social Work Practice*, 20, 205-222. DOI: 10.1080/02650530600776947
- Cingolani, J. (1984). Social conflict perspective on work with involuntary clients. *Social Work*, 29, 442-446.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (1998). *Interviewing for solutions*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- De Jong, P., & Berg, I. K. (2001). Co-constructing cooperation with mandated clients. *Social Work*, 46, 361-374.
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: W.W. Norton.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27, 247-259.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2001). *SOFTA-o for clients*. Unpublished instrument. Disponível em www.softa-soatif.net. Tradução Portuguesa de Sotero L., Portugal A., Cunha D., Vilaça M. & Relvas A. P. (2010). Universidade de Coimbra: Instrumento não publicado.
- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P., McKee, M. & Cutting, M. (2005). *System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA_o) Training manual – revised*. Acedido em 12 Janeiro, 2010, de http://www.softa-soatif.com/docusofta/softa%20instruments/manuales/Softa_Coding_Manual.pdf. Tradução Portuguesa de Sotero L., Portugal A., Cunha D. & Vilaça M. (2010). Universidade de Coimbra: Material não publicado.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic*

alliances in couple and family: An empirically informed guide to practice. Washington, DC: American Psychological Association.

- Griffin, J. E., & Honea-Boles, P. (2001). The court-mandated client: Does limiting confidentiality preclude a therapeutic encounter? *TCA Journal*, 29, 149-160.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Instituto Nacional de Estatística. (2003). *Censos 2001: Antecedentes, Metodologia e Conceitos.* Lisboa: INE.
- Ivanoff, A., Blythe, B. J., & Tripodi, T. (1994). *Involuntary clients in social work practice: A research-based approach.* New York: Aldine De Gruyter.
- Kiracofe, N. M., & Wells, L. (2007). Mandated disciplinary counseling on campus: Problems and possibilities. *Journal of Counseling and Development*, 85, 259-268.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change.* New York: Guilford Press.
- O'Hare, T. (1996). Court-ordered versus voluntary clients: Problem differences and readiness for change. *Social Work*, 41, 417-422.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 311-381). New York: Wiley.
- Osborn, C. J. (1999). Solution-focused strategies with "involuntary" clients: Practical applications for the school and clinical setting. *Journal of Humanistic Education and Development*, 37, 169-181.
- Pallant, J. (2003). *SPSS Survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows.* Maidenhead, Berkshire. UK: Open University Press.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinsof, W. M. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical and research implications. In A.

- Horvath, & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 173-195). New York: John Wiley & Sons.
- Regehr, C., & Antle, B. (1997). Coercive influences: Informed consent in court-mandated social work practice. *Social Work, 42*, 300-306.
- Relvas, A. P. (1996). *O Ciclo Vital da Família, perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à Prática com a Família* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Riordan, R. J., & Martin, M. H. (1993). Mental health counseling and mandated client. *Journal of Mental Health Counseling, 15*, 373-383.
- Ritchie, M. H. (1986). Counseling the involuntary client. *Journal of Counseling and Development, 64*, 516-518.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Counseling Psychology, 21*(2), 95-103.
- Rooney, R. H. (1992). *Strategies for work with involuntary clients*. New York: Columbia University Press.
- Rosenberg, B. (2000). Mandated clients and solution focused therapy: "It's not my miracle". *Journal of Systemic Therapies, 10*, 90-99.
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2009). Clientes (In)voluntários: um olhar, múltiplas visões. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (in press). Clientes (In)voluntários: Caracterização e intervenção. *Psicologia e Sociedade*.
- SPSS Inc. (2008). *Statistical Package for the Social Sciences* (Version 17.0 for Windows) [Software]. Chicago. IL: SPSS Inc.

Anexos

Folha de Cotação (SOATIF_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 aspectos 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 afecto pelo terapeuta		
6. expressa optimismo ou indica que houve uma mudança positiva			6. imita, reproduz, a postura corporal do terapeuta		
7. aceita os pedidos do terapeuta para discutir com outros ou representar alguma interacção diante dele			7. evita o contacto visual com o terapeuta		
8. inclina-se para a frente (postura corporal)			8. está relutante ou recusa-se a responder ao terapeuta		
9. menção 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 Conexão Emocional/ elemento de família (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3)		
Pontuação Segurança/ elemento da família (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3)					

Comentários/ Observações:

Comentários/ Observações:

Folha de Cotação (SOATIF_O_Cliente)

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

Segurança dentro do Sistema Terapêutico			Sentimento de Partilha de Objectivos 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.e., ri ou chora)			2. partilham entre si uma piada ou um momento engraçado		
3. “abre” a sua intimidade (p.e., 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. reflectem 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 contacto visual entre eles		
7. pede directamente aos restantes membros 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.e, tamborila com os dedos, bate com os pés, esfrega as mãos, agita-se, move-se)			8. desvalorizam a opinião ou perspectiva dos outros		
9. protege-se de forma não verbal (p. e., cruza os braços sobre o peito, não tira o casaco ou a mala, senta-se distante do grupo, etc.)			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 Comum de Propósito/ família (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3)		
Pontuação Segurança/ elemento da família (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3)					

Comentários/ Observações:

Comentários/ Observações:

