



Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

UC/EPCE_2015

Entre dois olhares: A aliança terapêutica na terapia familiar segundo uma perspetiva observacional e de autorreposta de terapeutas

Claudia Tirone (e-mail: tirone.claudia@gmail.com)

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

Entre dois olhares: A aliança terapêutica na terapia familiar segundo uma perspectiva observacional e de autorreposta de terapeutas

O objetivo principal deste estudo é perceber qual a associação da avaliação da aliança terapêutica feita a partir do ponto de vista de observadoras/es e a partir do ponto de vista da/o própria/o terapeuta. Para avaliar a força da aliança terapêutica é usado o Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar (SOFTA - Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). Nomeadamente, é utilizado o SOFTA-o para a recolha observacional e o SOFTA-s para a recolha de autorreposta, tendo por base a análise da 1ª sessão. Os resultados demonstram uma associação baixa entre os dois métodos de avaliação. As ações das/os terapeutas não parecem ser congruentes com a sua percepção. A análise da frequência dos descritores comportamentais permite concluir que os terapeutas contribuem mais para a dimensão Envolvimento e Conexão Emocional do que para as dimensões Segurança e Partilha de Objetivos. São as dimensões específicas da terapia familiar e de casal para as quais as/os terapeutas menos contribuem. Este resultado pode ser útil para a formação de terapeutas e para uma melhor prática clínica, indicando as dimensões às quais as/os terapeutas deveriam ter mais em atenção.

Palavras-chave: aliança terapêutica, SOFTA, terapeutas, observacional, autorreposta.

Between two views: The therapeutic alliance in family therapy according to an observational and a selfreport perspective of therapists

The principal goal of this study is to understand which is the association between a therapeutic alliance's evaluation from the observer's point of view and the therapist's own. The *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA - Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006) is used to evaluate the strength of the therapeutic alliance. The SOFTA-o is used for the observational sample and the SOFTA-s is used for the self-report sample, the 1st session being the basis for analysis. The results show that there is a low association between these two assessment methods. The therapist's actions don't seem to be congruent with his or her perceptions. The frequencies' analysis of comportamental descriptors shows that therapists contribute more to the dimensions Engagement and Emotional Connection than for Safety and Shared Purpose. The specific dimensions of family and couple therapy are those to which the therapists least contribute. These results may be useful for therapists' training and a better clinical practice, indicating the dimensions to which therapists should give more attention.

Key Words: therapeutic alliance, SOFTA, therapist, observational, self-report.

Agradecimentos

Estou agradecida a todas e todos que me acompanharam há mais ou menos tempo, permitindo-me experienciar tudo aquilo que me foi ajudando a evoluir enquanto pessoa.

Agradeço à minha mãe e ao meu pai. Agradeço à Anita. Agradeço ao Pepi por me fazer pensar e repensar.

Agradeço à Real República Prá-Kys-Tão. É, sem dúvida, um espaço que obriga uma pessoa a desenvolver-se continuamente, reconhecer os seus defeitos e trabalhar neles e em que se é apreciada pelas suas virtudes.

Agradeço ao GEFAC e ao Interdito por terem preenchido a minha vida, e me feito aprender muito sobre mim, sobre outras pessoas e sobre o que somos capazes de produzir quando estamos em conjunto.

| | |
|-------------------------------------------------------------|----|
| Índice | |
| Introdução | 5 |
| I – Enquadramento conceptual | 5 |
| 1.1 Aliança Terapêutica | 5 |
| 1.2 Aliança Terapêutica em Terapia Familiar e de Casal..... | 6 |
| 1.3 Avaliação da Aliança Terapêutica..... | 7 |
| 1.3.1 SOFTA | 8 |
| 1.3.1.1 SOFTA-o..... | 9 |
| 1.3.1.2 SOFTA-s | 9 |
| 1.3.2 Qualidades Psicométricas do SOFTA..... | 9 |
| 1.4 Contribuições da/o Terapeuta | 10 |
| II - Objetivos | 11 |
| III - Metodologia | 11 |
| 3.1 Amostra..... | 12 |
| 3.1.1 Seleção | 12 |
| 3.1.2 Caracterização | 13 |
| 3.2 Instrumentos..... | 14 |
| 3.2.1 Questionário de Dados Sociodemográficos | 14 |
| 3.2.2 SOFTA-o..... | 14 |
| 3.2.3 SOFTA-s | 15 |
| 3.3 Procedimentos de Investigação..... | 16 |
| 3.4 Procedimentos Estatísticos..... | 16 |
| IV - Resultados | 17 |
| 4.1 Nível de Acordo Intercodificadoras/es..... | 17 |
| 4.2 Consistência Interna do SOFTA-s..... | 17 |
| 4.3 Frequência dos Descritores do SOFTA-o | 17 |
| 4.4 Análise das Médias dos Itens do SOFTA-s..... | 20 |
| 4.5 Correlação entre SOFTA-s e SOFTA-o | 21 |
| V - Discussão | 22 |
| VI - Conclusões | 28 |
| Bibliografia | 29 |
| Anexos | 35 |

Introdução

A conceptualização e o estudo da aliança terapêutica tem o seu início na primeira década do século 20 e atualmente continua a ser um tema de grande interesse a nível clínico e de investigação. No entanto foi principalmente estudada no âmbito da terapia individual, trabalho valioso para a compreensão do constructo mas não suficiente para compreendê-lo no contexto das terapias conjuntas. Para colmatar esta lacuna foi desenvolvido o *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA - Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). Para além de ter em conta as especificidades da terapia familiar e de casal, é subdividido num instrumento observacional (SOFTA-o) e num de autorresposta (SOFTA-s). Estes dois métodos, ainda que distintos, comportando limitações e vantagens específicas, são complementares.

Esta dissertação focar-se-á nas contribuições da/o terapeuta para a construção da aliança terapêutica, tendo em conta que determinados comportamentos verbais e não-verbais, ou a ausência deles, por parte da/o terapeuta, influenciam a aliança terapêutica, podendo melhorá-la, mantê-la ou deteriorá-la.

No presente estudo, de cariz exploratório, pretende-se perceber qual a associação entre a avaliação da aliança terapêutica feita a partir do ponto de vista de observadoras/es e a partir do ponto de vista da/o própria/o terapeuta. Recorre-se ao SOFTA-o, para o primeiro, e ao SOFTA-s para o segundo, tendo por base a análise da 1ª sessão.

I – Enquadramento conceptual

1.1 Aliança Terapêutica

A aliança terapêutica é um constructo muito estudado no domínio da psicoterapia (e.g., Barber, 2009; Horvath, Del Re, Flückinger, & Symonds, 2011; Horvath & Greenberg, 1994). Teve o seu início na teoria psicodinâmica, quando Freud, em 1912, diferenciou os conceitos de aliança e de transferência (Horvath & Greenberg, 1994). Na sua ótica, a primeira corresponderia a uma transferência positiva, traduzindo-se numa relação real existente entre paciente e terapeuta, sustentada no afeto e na confiança que a/o paciente sente pela/o terapeuta (Horvath & Luborsky, 1993).

Em 1937, Bibring argumentou que a aliança não seria uma transferência, mas “uma nova relação de objeto” (Corbella & Botella, 2003), abrindo o caminho para que ambas se tornassem dois conceitos independentes. Sterba, em 1934, enfatizou que a identificação positiva da/o paciente para com a/o terapeuta era relevante para desenvolver o trabalho terapêutico (Corbella & Botella, 2003). Deste modo, altera-se o papel da/o terapeuta, que passa a ser valorizado, deixando de ser um recetáculo das transferências da/o paciente (Escudero, 2009). Será Zetzel que virá a utilizar o termo aliança pela primeira vez, e Greenson o termo aliança de trabalho (Horvath et al., 2011). Outro autor

que contribuiu para a concetualização da aliança foi Strupp, ao diferenciar entre dois fatores do constructo: o interpessoal, ou seja, a dinâmica que se cria entre cliente e terapeuta; e o intrapessoal, ou seja, a introjeção da/o paciente e da/o terapeuta (Friedlander et al., 2006b).

Partindo do trabalho de Greenson, Bordin (1979) apresenta uma concetualização heurística e panteórica, isto é, aplicável a qualquer tipo de psicoterapia. Definiu a aliança como a força e qualidade da relação entre cliente e terapeuta, descrevendo as três componentes de que consiste: a) acordo entre cliente e terapeuta sobre as metas do tratamento, b) acordo sobre as tarefas necessárias para conseguir atingir essas metas, e c) os laços afetivos necessários para sustentar o trabalho terapêutico (Bordin, 1979).

O interesse e crescente investigação sobre a aliança terapêutica tem sido justificado por diversos estudos feitos ao longo das últimas décadas, cujas conclusões remetem para o valor preditivo desta para o sucesso terapêutico (e.g., Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2007) especialmente quando medida numa fase inicial do processo (Corbella & Botella, 2003). Numa meta-análise multimétodo e longitudinal, de Flückinger et al. (Flückinger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012) mostraram que, independentemente do modelo teórico, do tipo de psicopatologia e outros potenciais moderadores, a aliança terapêutica é um preditor moderado mas robusto do resultado da terapia.

1.2 Aliança Terapêutica em Terapia Familiar e de Casal

Desde os anos oitenta que também na terapia familiar e de casal o conceito de aliança terapêutica ganha relevo (Escudero, 2009). No entanto, a investigação deste constructo na terapia conjunta revela-se escassa (Friedlander et al., 2006b).

Pinsof e Catherall, os primeiros autores a descrever a aliança na terapia familiar e de casal em 1986, alertam que, para conhecer a aliança global da família, não basta simplesmente somar as alianças de cada cliente: é necessário ter em conta todas as alianças individuais, todas as alianças dos subsistemas e a aliança global da família com a/o terapeuta (Johnson & Greenberg, 1989). Além disso, descreveram uma dimensão nova: a aliança intrassistema. Refere-se às alianças que se criam no interior de cada sistema, portanto, dentro da família, entre cada um dos seus elementos e entre cada subsistema, excluindo a/o terapeuta; e dentro do sistema terapêutico, ou seja, entre terapeuta e coterapeuta, observadoras/es, supervisor/a, e todas/os que trabalhem com a família (Escudero, 2009). Denota-se que a aliança intrassistema é de extrema importância, sendo essencial para a mudança terapêutica (Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008), possivelmente mais importante até que a percepção dos elementos quanto à/ao terapeuta (Friedlander, Lambert, Escudero, & Cragun, 2008).

Quanto às diferenças entre o estabelecimento da aliança terapêutica na terapia individual e na conjunta, podemos enumerar várias. Ao contrário da relação bidirecional inerente à primeira, na segunda a relação é

multidirecional e complexa (Relvas et al., 2010), sendo que cada membro observa todas as interações que acontecem entre os outros membros e a/o terapeuta.

É muito provável que os elementos da família ou do casal tenham visões distintas do problema, níveis de motivação e motivos diferentes pelos quais vêm à terapia (Symonds & Horvath, 2004). Por exemplo, se as/os clientes tiverem conflitos graves, o facto de um membro estar a apreciar a terapia pode desmotivar o outro a colaborar. É muito comum haver clientes, até certa medida, involuntárias/os na consulta (Rait, 2000).

Vários elementos presentes numa consulta representam um risco interpessoal e pode haver consequências fora da terapia (Sotero & Relvas, 2014). O que é dito em sessão pode ter um impacto negativo no quotidiano e nas relações dos elementos; a/o cliente tem pouco controlo sobre o que será exposto durante a sessão, visto que outros familiares podem escolher revelar problemas e/ou segredos (Sotero & Relvas, 2014), o oposto do que acontece na terapia individual em que a/o cliente pode decidir quando e como expô-los.

Pelas mesmas razões, a aliança terapêutica também varia em função da presença ou ausência de determinados elementos da família (Escudero et al., 2008) devido à diferença do nível desenvolvimental dos elementos presentes, as diferentes gerações e a respetiva posição na hierarquia familiar ou de casal (Beck, Friedlander, & Escudero, 2006).

Já num plano intersistema, torna-se mais complicado para a/o terapeuta estabelecer e gerir as múltiplas alianças em simultâneo (Friedlander et al., 2008), tendo em conta que existem flutuações na força e qualidade da aliança, e reparações têm de ser feitas ao longo do processo terapêutico. Mas, geralmente, está demasiada/o absorvida/o pela interação para atender às flutuações (Friedlander et al., 2008).

Ainda que a operacionalidade do conceito de aliança apresente dificuldades acrescidas quando posta num contexto de terapia sistémica e de família, revela-se um fator importante para o processo, e um preditor do resultado da terapia familiar e de casal (Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011).

1.3 Avaliação da Aliança Terapêutica

Existem mais de 20 instrumentos psicométricos para avaliar a força da aliança terapêutica em terapia individual (Corbella & Botella, 2003). Segundo Horvath e Symonds (1991), apesar de construídos com base em concetualizações diferentes, há aspetos transversais a todos eles: a colaboração entre cliente e terapeuta e as capacidades de ambas/os em negociar as tarefas e metas da terapia. Estes instrumentos englobam três perspetivas: a própria perspetiva das/os clientes, das/os terapeutas e a de observadoras/es (Horvath, 2000). Horvath (2000) afirma que a perceção com maior valor preditivo do resultado da terapia é a perspetiva das/os clientes, seguido da perspetiva de observadoras/es e, por fim, a perspetiva das/os terapeutas. Assim sendo, torna-se útil a operacionalização e avaliação da

aliança terapêutica a partir de vários pontos de vista.

A existência de somente dois instrumentos, ambos de autorresposta, reflete a complexidade da conceitualização e operacionalização da aliança terapêutica em terapias conjuntas. Pincus e Catherall desenvolveram o *Integrative Psychotherapy Alliance Scales* (IPAS) (Corbella & Botella, 2003) em 1986. O outro instrumento é o *Working Alliance Inventory – Couples* (WAI-Co) desenvolvido por Horvath e Symonds em 1999 (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006a). Contudo, ambos têm base na definição de Bordin, conceitualizada para a terapia individual, medindo a aliança terapêutica intrassistema a partir de uma perspectiva individual.

1.3.1 SOFTA

O *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA) foi desenvolvido com o propósito de preencher lacunas na conceitualização e na aferição da aliança terapêutica na terapia familiar e de casal (Relvas et al., 2010), tendo a capacidade de avaliar as interações entre os elementos presentes em sessão e de cada um destes com as/os terapeutas. Visa avaliar a aliança terapêutica, tendo como base os comportamentos observáveis dos elementos presentes durante uma sessão, visto que as autoras e os autores do SOFTA consideraram necessário complementar o método de autorresposta com o método observacional (Friedlander et al., 2006a).

As autoras e os autores acreditam que a sistematização dos comportamentos observáveis pode dar pistas importantes para investigação e para aplicação clínica (Friedlander et al., 2006b). Por um lado, para compreender quais os comportamentos por parte de terapeutas que possam ser benéficos ou prejudiciais para o estabelecimento da aliança terapêutica. Por outro lado, permite compreender quais os comportamentos das/os clientes que demonstram uma aliança de boa ou má qualidade (Friedlander et al., 2006a). Escudero et al. (2008) consideram que estes comportamentos são ideais para estudar aspetos interpessoais.

O SOFTA corresponde a um modelo transteórico, refletindo várias orientações teóricas, e multidimensional, refletindo as relações inter e intrassistema e as áreas de funcionamento cognitivo-comportamentais e afetivas. É constituído por quatro dimensões interdependentes: envolvimento no processo terapêutico (ENV); conexão emocional com o terapeuta (CE); segurança dentro do sistema terapêutico (SEG); e sentimento de partilha de objetivos na família (SPO). As primeiras duas refletem a aliança intersistema, sendo que as restantes representam a aliança intrassistema (Vilaça, Sotero, da Silva, & Relvas, 2014). O ENV reflete o nível de colaboração entre cliente e terapeuta na definição de metas terapêuticas e tarefas para atingi-las. A CE demonstra a força e qualidade do vínculo existente entre cliente e terapeuta. A SEG tem como objetivo refletir quanto a/o cliente se sente confortável no contexto terapêutico e diante dos outros membros presentes. Também o SPO é específico à terapia conjunta, sendo que visa medir quão amplo é o acordo entre os membros presentes, considerando os objetivos e o valor da terapia

(Escudero, 2009).

Foram desenvolvidos dois instrumentos, um observacional (SOFTA-o) e um de autorresposta (SOFTA-s). Subdividem-se ambos em versões para clientes e terapeutas.

1.3.1.1 SOFTA-o

O SOFTA-o, partindo do pressuposto que existem determinados comportamentos observáveis durante a sessão que contribuem positiva ou negativamente para o estabelecimento da aliança, tem como propósito identificá-los, sejam estes verbais ou não-verbais. Permite estudar aspetos interpessoais (Escudero et al., 2008), contribuindo para o conhecimento nesta área (Friedlander et al., 2006b). Em estudos prévios, em que resultados do SOFTA-o foram comparados com outros instrumentos de autorresposta, resultou que os comportamentos observados eram preditivos dos pensamentos e sentimentos das/os clientes (Friedlander et al., 2006b), fazendo com que se suponha que as manifestações comportamentais reflitam pensamentos e sentimentos, a esfera intrapessoal (Escudero, Boogmans, Loots, & Friedlander, 2012).

1.3.1.2 SOFTA-s

O SOFTA-s é de autorresposta. Construído para relacionar a perspetiva interna com a perspetiva externa do SOFTA, tinha o objetivo de criar um questionário breve que tornasse mais funcional a sua aplicação (Vilaça et al., 2014). O SOFTA-s foi construído diretamente a partir do SOFTA-o (Escudero, 2009). Assim sendo, alguns dos itens do SOFTA-s coincidem com itens do SOFTA-o.

A complementaridade de medidas observacionais e de autorresposta é notória (Escudero et al., 2008), visto que as primeiras representam mais marcadamente os fenómenos interpessoais e as segundas os fenómenos intrapessoais, dando uma perceção mais completa da aliança terapêutica.

1.3.2 Qualidades Psicométricas do SOFTA

O SOFTA-o foi desenvolvido indutivamente e validado (Friedlander et al., 2006b), e, posteriormente, tendo como base o SOFTA-o, construiu-se o SOFTA-s. Ambos foram desenvolvidos simultaneamente em inglês e castelhano. Estão traduzidos e adaptados para a população portuguesa (Sotero & Relvas, 2014; Vilaça et al., 2014), tendo sido feitos estudos psicométricos para avaliar a fiabilidade.

A versão portuguesa da versão terapeutas do SOFTA-o apresentou uma boa fiabilidade interobservadores (desde .72 a .95) num estudo feito por Sotero e Relvas (Sotero & Relvas, 2014). Apesar de ainda serem necessários estudos de validação, demonstrou-se a interdependência das quatro dimensões, como nas versões originais do SOFTA, e que o instrumento tem validade preditiva, o que foi estudado a partir de processos terapêuticos

terminados por mútuo acordo por oposição a casos de abandono da terapia (Sotero & Relvas, 2014).

No caso do SOFTA-s, os estudos de validade interna da versão terapeutas fizeram emergir um modelo unifatorial do questionário. O nível de fidelidade é bom ($\alpha = .87$), valor intermédio das versões originais, para a versão terapeutas (Vilaça et al., 2014).

Friedlander et al. (2006a) referem um estudo em que encontraram associações significativas entre o SOFTA-o e o SOFTA-s dos mesmos sujeitos, dando força à assunção de que os comportamentos avaliados pelo SOFTA-o refletem os pensamentos e sentimentos da aliança por parte dos sujeitos.

1.4 Contribuições da/o Terapeuta

Existe uma escassez de investigações dedicadas a estudar a contribuição da/o terapeuta no estabelecimento da aliança (Corbella & Botella, 2003). No entanto, segundo Escudero, Friedlander, Varela e Abascal (2008), o comportamento da/o terapeuta faz diferença na aliança e na natureza e extensão da melhoria terapêutica. Outro indício de que o comportamento da/o terapeuta é fundamental surge quando a variabilidade dos dados, sistematizados em meta-análises, é muito pouco influenciada pelos modelos aplicados pelas/os terapeutas participantes (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Blow, Sprenkle, & Davis, 2007). Assim, o papel da/o terapeuta torna-se um fator essencial para o sucesso da terapia (Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009).

Ackerman e Hilsenroth (2003) fizeram uma extensa revisão da literatura, descrevendo várias características que ajudam a fomentar a aliança terapêutica como por exemplo ser flexível, calorosa/o e honesta/o, e técnicas, como interpretação precisa, notar sucesso terapêutico prévio, e facilitar a expressão de afeto. No entanto sugerem que seria importante analisar os comportamentos em sessão, pois consideram que isso poderá aumentar a nossa compreensão da natureza da aliança terapêutica e das variáveis específicas que têm impacto nela.

Existem outros estudos qualitativos que demonstraram que otimismo e humor por parte da/o terapeuta (Beck et al., 2006), e que a/o terapeuta seja imparcial e justa/o (Friedlander et al., 2006a) são aspetos cruciais para o estabelecimento da aliança terapêutica em terapia conjunta.

Outro contributo importante da/o terapeuta é de tentar criar metas que englobem e que façam sentido para todos os membros, visto que os resultados de uma terapia parecem ser melhor refletidos por conflitos que surjam devido a divergências em relação às metas das/os clientes, do que pelo sentimento por parte das/os clientes em relação à/o terapeuta (Beck et al., 2006). Outro aspeto importante é que a/o terapeuta deve ter a qualidade e força da aliança terapêutica em consideração na fase inicial do processo terapêutico (Flückinger et al., 2012). Após o seu estabelecimento, as/os terapeutas têm de fomentá-la durante o resto do tratamento (Knobloch-Fedders et al., 2007).

Há determinados efeitos que o género, idade, etnia ou experiência

da/o terapeuta poderão ter sobre a aliança terapêutica (Symonds & Horvath, 2004), no entanto não foram encontrados resultados terapêuticos significativamente diferentes para diferentes características sociodemográficas (Carpenter, Escudero, & Rivett, 2008; Friedlander et al., 2011; Azevedo, 2013).

Assim, sobressai a relevância da dimensão relacional entre terapeuta e cliente. As relações entre ambas/os facilitam ou dificultam diretamente a aliança terapêutica (Corbella & Botella, 2003). O encaixe das metas, estilos e preferências da/o terapeuta e das/os clientes irá contribuir para a qualidade da aliança (Rait, 2000).

Embora haja uma quantidade grande de pesquisas sobre a aliança terapêutica, ainda há muitos aspetos que terão de ser estudados, como o contributo da/o terapeuta para o seu estabelecimento (Blow, Sprenkle, & Davis, 2007) e quais os comportamentos que a fomentem ao longo do processo terapêutico.

Outros aspetos a estudar são por exemplo qual a força preditiva que o SOFTA tem para prever melhoria terapêutica e, como será o objetivo desta dissertação, a avaliação da correlação entre as duas versões do SOFTA (observacional e autorresposta) para se perceber quais as associações entre estas duas (Relvas et al., 2010).

II - Objetivos

O presente estudo quantitativo de cariz exploratório tem como objetivo principal perceber qual a associação entre a observação de avaliadoras/es e a perspetiva interna das/os terapeutas observadas/os, recorrendo ao SOFTA-o, instrumento observacional, e ao SOFTA-s, instrumento de autorresposta. Tem-se como base a análise da primeira sessão do processo terapêutico de cada caso. Especificamente pretende-se ainda:

- a) Analisar o acordo intercodificadores
- b) Calcular a consistência interna
- c) Analisar a frequência de cada descritor do SOFTA-o
- d) Analisar as médias dos itens do SOFTA-s
- e) Correlacionar os resultados do SOFTA-o com os resultados do SOFTA-s.

III - Metodologia

Esta secção tem como propósito explicitar a metodologia posta em prática para responder aos objetivos que se colocaram. De seguida serão descritas as várias fases do processo, sendo estas a seleção da amostra, a sua caracterização, a apresentação dos instrumentos utilizados, a descrição dos procedimentos e, por fim, a análise estatística realizada.

3.1 Amostra

3.1.1 Seleção

Os casos analisados neste estudo foram aleatoriamente selecionados a partir da amostra recolhida no âmbito de um projeto de investigação mais alargado intitulado "Clientes Involuntários vs. Voluntários. Intervenção familiar, resultados e processo" (PRO-CIV), que decorreu de 2010 até 2015.

Foram utilizados processos terapêuticos do Centro de Prestação de Serviços à Comunidade da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (CPSC-FPCEUC) e do Centro Integrado de Apoio Familiar de Coimbra (CEIFAC). Estes serviços inserem-se num contexto de intervenção sistémica, tendo como principais problemáticas apresentadas pelas/os clientes dificuldades do meio familiar e conjugal. Estas consultas foram feitas num *setting* clássico de intervenção sistémica, com uma equipa de observação atrás dum espelho unidirecional e sempre em regime de co-terapia. Visto que se trata duma amostra bastante específica recorreu-se diretamente a estas instituições em que era certo que este seria o modelo terapêutico aplicado.

Antes do início de cada sessão foi solicitada às/aos clientes a sua autorização para a gravação e a utilização destas no estudo acima referido, explicando os termos de confidencialidade da informação partilhada no espaço de consulta e os motivos do estudo, o carácter voluntário da sua participação, a garantia de anonimato das suas respostas e que estas fossem somente utilizadas para fins de investigação. Só se procedia à recolha de dados no caso das/os clientes assinarem o consentimento informado, no qual estavam explicitados os termos acima referidos.

No caso das/os terapeutas, o convite era feito presencialmente a ambas/os após as/os clientes terem aceitado participar no estudo. Também eram explicados os termos da investigação, sendo que, caso aceitassem, assinavam um consentimento informado em que constavam os termos descritos anteriormente.

Para o presente estudo, os critérios de inclusão dos processos foram: a) tratar-se duma primeira sessão; b) a presença de mais de uma/um cliente; c) uma gravação completa e compreensível ao nível de imagem e som dessa sessão e; d) terem sido preenchidos os questionários necessários (Questionário Sociodemográfico; SOFTA-s). Após verificar uma tabela feita por uma das investigadoras do estudo mais alargado acima referido, em que tinha anotado alguns destes critérios, como o número da sessão e o número de clientes presentes na consulta, escolheram-se aleatoriamente os processos e confirmou-se se cumpriam todos os critérios de inclusão.

Como no regime de co-terapia as/os terapeutas funcionam como equipa terapêutica, decidiu-se contemplar as contribuições de ambas/os nas análises que se seguem.

3.1.2 Caracterização

A amostra é constituída por 22 terapeutas, num total de 11 processos clínicos. Por serem processos desenvolvidos num regime de co-terapia, sete destas/es terapeutas fizeram parte de mais do que um processo, não sendo representadas/os duplamente na caracterização sociodemográfica. Por esse motivo, na caracterização sociodemográfica o n da amostra será de 15 terapeutas.

A maior parte das/os terapeutas são do sexo feminino ($n = 13$; 86,7%), sendo 13,3% do sexo masculino ($n = 2$). As idades das/os terapeutas representadas na amostra foram a referência para a organização em faixas etárias. Cada faixa etária (dos 22 aos 26, dos 27 aos 33 e acima dos 33 anos) é constituída por 5 terapeutas, ou seja, 33,3% em cada uma das categorias.

Quanto ao grau de formação, 40% das/os terapeutas têm licenciatura ($n = 6$), 13,3% têm mestrado ($n = 2$) e 20% têm doutoramento ($n = 3$). Os restantes 26,7% são estagiárias/os ($n = 4$). É de notar que as instituições junto das quais a amostra foi recolhida são locais de acolhimento das/os estagiárias/os do Mestrado Integrado em Psicologia, da especialização em Psicoterapia Sistémica e Familiar.

Os anos de formação clínica (teórica e/ou supervisão), anos de experiência clínica e anos de experiência em terapia familiar foram subdivididos em três categorias (0-4 anos, 5-8 anos e mais de 8 anos), sendo que as/os estagiários integram a categoria dos 0 aos 4 anos. Terapeutas com 0 a 4 anos de formação clínica representam 20% da amostra ($n = 3$), com 5 a 8 anos representam 53,3% ($n = 8$). Quanto aos anos de experiência clínica, 46,7% das/os terapeutas têm 0 a 4 anos de experiência ($n = 7$), 20% têm 5 a 8 anos ($n = 3$) e uma/um tem mais de 8 anos de experiência (6,7%). Por fim, ao nível de anos de experiência em terapia familiar, 7 terapeutas têm entre 0 a 4 anos (46,7%), 4 terapeutas têm entre 5 a 8 anos (26,7%). Faltam dados referentes a 4 terapeutas para estas últimas três dimensões.

A maior parte das/os terapeutas que participaram nesta investigação têm formação na área de Psicologia, sendo a sua área de especialização a psicologia sistémica e a terapia familiar. No caso de duas terapeutas, a sua formação académica inicial é em Serviço Social. Esta amostra é composta por 4 casos de terapia familiar e 6 casos de terapia de casal.

Tabela 1.
Caracterização da Amostra de Terapeutas

| | N | % |
|---------------------------------------------------------------|----|------|
| Sexo | | |
| Feminino | 13 | 86.7 |
| Masculino | 2 | 13.3 |
| Faixa etária | | |
| 20-26 | 5 | 33.3 |
| 27-33 | 5 | 33.3 |
| >33 | 5 | 33.3 |
| Formação académica | | |
| Estagiária/o | 4 | 26.7 |
| Licenciatura | 6 | 40 |
| Mestrado | 2 | 13.3 |
| Doutoramento | 3 | 20 |
| N.º de anos em formação clínica | | |
| 0 a 4 anos | 3 | 20 |
| 5 a 8 anos | 8 | 53.3 |
| >8 anos | 0 | 0 |
| N.º de anos de experiência clínica | | |
| 0 a 4 anos | 7 | 46.7 |
| 5 a 8 anos | 3 | 20 |
| >8 anos | 1 | 6.7 |
| N.º de anos de experiência clínica em terapia familiar | | |
| 0 a 4 anos | 7 | 46.7 |
| 5 a 8 anos | 4 | 26.7 |
| >8 anos | 0 | 0 |

3.2 Instrumentos

3.2.1 Questionário de Dados Sociodemográficos

O Questionário de Dados Sociodemográficos (Anexo A) visa recolher informação demográfica sobre a/o terapeuta (e.g., sexo, idade), tal como informação sobre a sua formação académica e a sua prática profissional.

3.2.2 SOFTA-o

Para o SOFTA-o, versão terapeuta (Anexo B), a observação pode ser feita a partir de gravações, embora também possa ser aplicado diretamente durante a sessão. É composto por quatro dimensões (e.g., SPO, SEG), sendo

que o número de descritores comportamentais por dimensão varia de 9 a 13. No total, o SOFTA-o é composto por 43 indicadores comportamentais. Os descritores representam comportamentos verbais (e.g., “Nesta sessão, o terapeuta revela algum aspeto da sua vida pessoal) e não-verbais (e.g., “Nesta sessão, o terapeuta revela reações ou sentimentos pessoais a respeito do/s cliente/s ou da situação”). Podem também ser positivos (e.g., “Nesta sessão, o terapeuta promove acordos de compromisso entre os clientes”) ou negativos (e.g., “Nesta sessão, o terapeuta permite que o conflito familiar entre em escalada”).

O processo de codificação é composto por duas fases. Na primeira fase, assiste-se às gravações e assinalam-se os descritores, as/os suas/seus atrizes/atores, ou seja, das/os terapeutas que estiverem a ser observadas/os, e o momento da sessão em que ocorreram, preenchendo assim a grelha de codificação.

Na segunda fase as/os avaliadoras/avaliadores atribuem uma pontuação para cada uma das dimensões das/dos terapeutas. As pontuações são atribuídas segundo as diretrizes do Manual de Treino (Sotero, Portugal, Cunha, Vilaça, & Relvas, 2010). Esta pontuação varia de -3 a +3, sendo que pontuações negativas representam uma aliança pobre e pontuações positivas representam uma aliança boa. No caso de estarem presentes descritores positivos e negativos que se anulam, ou na ausência de descritores, a pontuação atribuída é de 0. O número identifica a intensidade dessa mesma aliança.

A fiabilidade deste instrumento é avaliada com o Coeficiente de Correlação Intra-Classe (*intra-class correlation*, ICC). Este cálculo é feito após um treino de codificação. As/os juizes codificam aproximadamente 25% do total dos processos de forma independente para depois comparar qual a semelhança da pontuação atribuída. No caso de o ICC ser aceitável ou bom, as restantes codificações são feitas de modo independente e, no caso de discrepâncias, debatem-se as mesmas até chegarem a consenso.

3.2.3 SOFTA-s

O SOFTA-s, versão terapeuta (Anexo C), é administrado imediatamente no final da sessão. É composto por 16 itens, sendo subdivididos em quatro itens por cada dimensão (e.g., ENV, CE). Cada um destes itens é cotado com uma escala *Likert* de cinco pontos, que varia de 1 “Nada” a 5 “Muito”. Em cada dimensão existem itens que representam descritores positivos (e.g., “A família e eu estamos a trabalhar juntos como uma equipa”) e negativos (e.g., “Faltam-me conhecimentos e capacidades para ajudar esta família”). No final, calcula-se o total da pontuação, após a inversão dos 5 itens negativos do questionário. A pontuação global pode variar entre 16 e 80. Quanto maior for a pontuação, mais positiva é a perceção da/o terapeuta acerca da qualidade da aliança.

Quanto às qualidades psicométricas deste instrumento pode-se dizer que, na versão original, os valores apontam para uma consistência interna de 0.84 para a versão castelhana e 0.95 para a versão inglesa, e na versão portuguesa para 0.87 (Vilaça et al., 2014).

3.3 Procedimentos de Investigação

O trabalho do presente estudo teve o seu início em outubro de 2014, tendo passado pelas seguintes fases:

1. Formação teórica, e estudo exaustivo da versão portuguesa do Manual de Treino do SOFTA (Sotero et al., 2010);
2. Treino de codificação por duas doutorandas para ambas as versões (clientes e terapeutas) a duas mestradas da subárea de especialização Psicoterapia Sistémica e Familiar do Mestrado Integrado em Psicologia;
3. Escolha aleatória de processos adequados atendendo aos critérios de inclusão a partir da amostra do projeto de investigação mais amplo;
4. Observação do registo audiovisual dos 14 processos selecionados, somando 28 horas de visualização para a versão clientes, e 22 horas para a versão terapeutas. Codificação de acordo com o Manual de Treino do SOFTA-o (Sotero et al., 2010) na versão clientes e terapeutas, sendo que a gravação era visualizada uma vez para cada versão, começando pela versão de clientes;
5. Análises estatísticas e procedimentos específicos que serão explicitados no próximo ponto.

3.4 Procedimentos Estatísticos

Para a análise estatística dos dados recolhidos foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 22.0 para *Windows*. Tendo em conta o tamanho reduzido da amostra ($n = 22$), as análises feitas foram realizadas com testes não-paramétricos. Foram concretizadas as seguintes análises:

1. Inversão de itens negativos do SOFTA-s (itens 5, 11, 12, 14, 15);
2. Cálculo do ICC por dimensão com o propósito de analisar a fiabilidade do SOFTA-o, a partir do nível de acordo entre as codificadoras;
3. Cálculo do *alfa de Cronbach* para avaliar a consistência interna do SOFTA-s;
4. Estatísticas descritivas para as frequências dos descritores por dimensão do SOFTA-o;
5. Estatísticas descritivas dos itens do SOFTA-s;
6. Correlação simples não-paramétrica Spearman entre cada dimensão do SOFTA-s e do SOFTA-o; e entre a pontuação global do SOFTA-s e cada dimensão do SOFTA-o.

IV - Resultados

4.1 Nível de Acordo Intercodificadoras/es

Pode-se verificar na tabela 2 que o nível de fiabilidade obtido através do cálculo do ICC é bom, demonstrando valores acima dos 0.8 para cada uma das dimensões (Pestana & Gageiro, 2005).

Tabela 2.
Nível de acordo intercodificadoras/es

| Dimensões SOFTA | ICC |
|-----------------|-----|
| ENV | .82 |
| CE | .81 |
| SEG | .87 |
| SPO | .89 |

4.2 Consistência Interna do SOFTA-s

Quanto à consistência interna do SOFTA-s (cf. Tabela 3), podemos verificar que o *alfa de Cronbach* para o total da escala apresenta um valor acima dos 0.8 ($\alpha = .84$), tendo um bom nível de consistência interna. Quanto à análise feita a partir das dimensões do SOFTA-s, pode-se observar que o valor mais baixo é o da dimensão ENV ($\alpha = .60$), que juntamente com CE ($\alpha = .68$) e SPO ($\alpha = .63$) apresentam valores de consistência interna aceitáveis. O valor mais alto é o da dimensão SPO ($\alpha = .80$), demonstrando um bom nível de consistência interna (Pestana & Gageiro, 2005).

Tabela 3.
Consistência interna do SOFTA-s e respetivas dimensões

| Dimensões SOFTA | α Cronbach |
|-----------------|-------------------|
| ENV | .60 |
| CE | .68 |
| SEG | .63 |
| SPO | .80 |
| SOFTA-s (Total) | .84 |

4.3 Frequência dos Descritores do SOFTA-o

Na análise das frequências dos descritores (cf. Tabela 4), pode-se ver que a dimensão que apresenta o maior número de comportamentos é ENV ($f = 95$). Os descritores desta dimensão representam 48,47% dos comportamentos em sessão. Na dimensão CE foram assinalados 50 descritores, sendo estes 25,51% de todos os descritores presentes.

Quanto à dimensão SEG foram observados 33 comportamentos por parte das/os terapeutas (16,48% do total dos descritores). A dimensão que apresenta menos descritores codificados foi SPO, podendo-se verificar na tabela 4 que foram assinalados apenas 18 descritores desta dimensão, representado 9,18% do total dos comportamentos das/os terapeutas. Ao todo

foram codificados 196 descritores comportamentais.

Tabela 4.
Frequência dos descritores por dimensão

| Dimensões SOFTA | <i>f</i> | % |
|-----------------|----------|-------|
| ENV | 95 | 48.47 |
| CE | 50 | 25.51 |
| SEG | 33 | 16.48 |
| SPO | 18 | 9.18 |
| Total | 196 | 100 |

Mais especificamente na dimensão ENV, os descritores mais assinalados foram o 1 “explica como funciona a terapia” ($f = 31$), o 3 “incentiva (...) a definirem as suas metas (...)” ($f = 28$) e o 5 “pergunta se estão dispostos a (...) fazer uma tarefa em casa” ($f = 9$). Os descritores menos frequentes foram o 9 “pergunta (...) se têm alguma dúvida (...)” ($f = 2$), o 4 “pergunta ao/s cliente/s se estão dispostos a fazer uma tarefa específica na sessão” ($f = 1$) e o 11 “define metas terapêuticas ou impõe tarefas (...) sem pedir a colaboração (...)” ($f = 1$). Os descritores 6 “pergunta ao/s cliente/s pelo impacto ou valor de uma tarefa para casa proposta previamente”, 12 “discute com o/s cliente/s acerca da natureza, propósito ou valor da terapia” e 13 “critica como o/s cliente/s fizeram (ou não) uma tarefa para casa” não foram assinalados nenhuma vez.

Tabela 5.
Frequência dos descritores na dimensão ENV

| Nesta sessão, o terapeuta... | <i>f</i> | % |
|----------------------------------------------------------------------------------------|----------|-------|
| 1 “explica como funciona a terapia” | 31 | 32.36 |
| 3 “incentiva (...) a definirem as suas metas (...)” | 28 | 29.47 |
| 5 “pergunta se estão dispostos a (...) fazer uma tarefa em casa” | 9 | 9.47 |
| 9 “pergunta (...) se têm alguma dúvida (...)” | 2 | 2.11 |
| 4 “pergunta ao/s cliente/s se estão dispostos a fazer uma tarefa específica na sessão” | 1 | 1.05 |
| 11 “define metas terapêuticas ou impõe tarefas (...) sem pedir a colaboração (...)” | 1 | 1.05 |

Na dimensão CE, o descritor mais representado é o 1 “partilha um momento de humor ou brincadeira (...)” ($f = 23$). O descritor 3 “expressa interesse (...) para além da discussão terapêutica (...)” foi codificado 8 vezes e o descritor 8 “expressa explicitamente empatia (...) com as dificuldades sentidas pelo/s cliente/s” foi assinalado 5 vezes. Foram assinalados 3 vezes o descritor 6 “revela algum aspeto da sua vida pessoal” e 9 “normaliza a vulnerabilidade emocional (...)”. O descritor 4 “expressa afeto ou toca afetivamente (...)” foi codificado 2 vezes. Os descritores 2 “expressa confiança ou manifesta que acredita no/s cliente/s”, 10 “tem interações hostis

ou sarcásticas com o/s cliente/s” e 11 “não responde a expressões de interesse pessoal ou de afeto por parte do/s cliente/s” não foram cotados em nenhum momento.

Tabela 6.
Frequência dos descritores na dimensão CE

| Nesta sessão, o terapeuta... | <i>f</i> | % |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----|
| 1 “partilha um momento de humor ou brincadeira (...)” | 23 | 46 |
| 3 “expressa interesse (...) para além da discussão terapêutica (...)” | 8 | 16 |
| 8 “expressa explicitamente empatia (...) com as dificuldades sentidas pelo/s cliente/s (...)” | 5 | 10 |
| 6 “revela algum aspeto da sua vida pessoal” | 3 | 6 |
| 9 “normaliza a vulnerabilidade emocional (...)” | 3 | 6 |
| 4 “expressa afeto ou toca afetivamente no/s cliente/s dentro do apropriado no contexto profissional (por ex., dar a mão, uma palmada, etc.)” | 2 | 4 |

Quanto à dimensão SEG, o descritor que foi assinalado mais vezes foi o 9 “permite que o conflito familiar entre em escalada” ($f = 8$). Os descritores 2 “garante estrutura e diretrizes de confidencialidade e segurança” e 5 “tenta conter, controlar, gerir a hostilidade aberta (...)” foram codificados 7 vezes. Os descritores menos assinalados foram o descritor 3 “proporciona a discussão sobre elementos do contexto terapêutico (...)” ($f = 4$), o descritor 8 “pede a um cliente (...) que saia para ficar a sós com um cliente (...)” ($f = 2$) e o descritor 4 “ajuda (...) a falarem com sinceridade e não estarem na defensiva (...)” ($f = 1$). Não foram cotados os descritores 6 “protege ativamente um membro da família relativamente a outro”, 7 “muda a conversa para algum tema agradável ou que não gera ansiedade (...) quando parece haver tensão ou ansiedade” e 10 “não toma em conta as expressões claras de vulnerabilidade de um cliente (...)”.

Tabela 7.
Frequência dos descritores na dimensão SEG

| Nesta sessão, o terapeuta... | <i>f</i> | % |
|----------------------------------------------------------------------------|----------|-------|
| 9 “permite que o conflito familiar entre em escalada (...)” | 8 | 24.24 |
| 2 “garante estrutura e diretrizes de confidencialidade e segurança” | 7 | 21.21 |
| 5 “tenta conter, controlar, gerir a hostilidade aberta (...)” | 7 | 21.21 |
| 3 “proporciona a discussão sobre elementos do contexto terapêutico (...)” | 4 | 12.12 |
| 8 “pede a um cliente (...) que saia para ficar a sós com um cliente (...)” | 2 | 6.06 |
| 4 “ajuda (...) a falarem com sinceridade e não estarem na defensiva (...)” | 1 | 3.03 |

Por fim, na dimensão SPO o descritor 4 “sublinha o que têm em comum as diferentes perspectivas (...)” e 5 “destaca o que é partilhado (...) no que toca a valores, experiências, necessidades ou sentimentos” representam, respetivamente, 33.33% nesta dimensão ($f = 6$). O descritor 2 “incentiva a explorarem entre si os respetivos pontos de vista” e 8 “não intervém (...) quando (...) discutem entre si acerca das metas, do valor e da necessidade da terapia” representam, cada um deles, 11.11% ($f = 2$). Os descritores 3 “elogia (...) por respeitarem pontos de vista uns dos outros” e 6 “encoraja (...) a pedirem confirmação e opinião” representam 5.56% ($f = 1$). Não foram observados os descritores 1 “promove acordos de compromisso entre os clientes”, 7 “encoraja os clientes a pedirem confirmação e opinião (feedback) por parte de outros” e 9 “ignora as preocupações explicitadas por um membro da família, discutindo exclusivamente as preocupações de um outro”.

Tabela 8.
Frequência dos descritores na dimensão SPO

| Nesta sessão, o terapeuta... | f | % |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
| 4 “sublinha o que têm em comum as diferentes perspectivas (...)” | 6 | 33.33 |
| 5 “destaca o que é partilhado (...) no que toca a valores, experiências, necessidades ou sentimentos” | 6 | 33.33 |
| 2 “incentiva a explorarem entre si os respetivos pontos de vista” | 2 | 11.11 |
| 8 “não intervém (...) quando (...) discutem entre si acerca das metas, do valor e da necessidade da terapia” | 2 | 11.11 |
| 3 “elogia (...) por respeitarem pontos de vista uns dos outros” | 1 | 5.56 |
| 6 “encoraja (...) a pedirem confirmação e opinião” | 1 | 5.56 |

4.4 Análise das Médias dos Itens do SOFTA-s

Ao analisar as médias dos itens do SOFTA-s (cf. Tabela 9) conclui-se que dois dos itens com a média mais alta são da dimensão CE. O item com a média mais alta é o item 2 “Eu compreendo esta família” da dimensão CE ($M = 4$). O outro item da dimensão CE que apresenta das médias mais altas é o item 6 “Eu estou a fazer tudo o que é possível para ajudar esta família” ($M = 3.95$). O terceiro item com a média mais alta é da dimensão ENV, sendo este o item 13 “O que (...) estamos fazendo na terapia faz sentido para mim” ($M = 3.95$).

O item com a média mais baixa é o item 10 “Tornei-me numa pessoa importante na vida desta família” ($M = 2.73$) da dimensão CE. Os outros dois itens com as médias mais baixas são o item 15 “(...) membros da família sentem-se defensivos nas sessões” ($M = 2.95$) da dimensão SEG e 16 “Cada pessoa na família ajuda os outros a conseguirem o que querem da terapia” ($M = 2.95$) da dimensão SPO.

Tabela 9.
Frequência dos itens do SOFTA-s

| Item | <i>M</i> | <i>Mo</i> | <i>DP</i> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------|-----------|
| 2 “Eu compreendo esta família” (CE) | 4 | 4 | .62 |
| 6 “Eu estou a fazer tudo o que é possível para ajudar esta família” (CE) | 3.95 | 4 | .79 |
| 13 “O que (...) estamos fazendo na terapia faz sentido para mim” (ENV) | 3.95 | 4 | .58 |
| 10 “Tornei-me numa pessoa importante na vida desta família” (CE) | 2.73 | 3 | .63 |
| 15 “(...) membros da família sentem-se defensivos nas sessões” (SEG) | 2.95 | 3 | 1.09 |
| 16 “Cada pessoa na família ajuda os outros a conseguirem o que querem da terapia” (SPO) | 2.95 | 3 | .79 |

4.5 Correlação entre SOFTA-s e SOFTA-o

Após a análise da correlação das dimensões do SOFTA-s e do SOFTA-o (cf. Tabela 10), pode-se notar que não existe nenhuma correlação estatisticamente significativa. A dimensão que demonstra ter maior correlação é CE ($r_s = .26$, $p = .126$), embora seja uma correlação ligeira (Cohen, 1988). A dimensão ENV e SPO são mais baixas, ainda que apresentem uma correlação ligeira (ENV: $r_s = .12$, $p = .306$; SPO: $r_s = .14$, $p = .268$). No caso da SEG não se verifica uma relação de associação ($r_s = .03$, $p = .447$), sendo esta a correlação mais baixa.

Tabela 10.
Correlação dimensões SOFTA-s e dimensões SOFTA-o

| Dimensões SOFTA | r_s | p |
|-----------------|-------|------|
| ENV-s – ENV-o | .12 | .306 |
| CE-s – CE-o | .26 | .126 |
| SEG-s – SEG-o | .03 | .447 |
| SPO-s – SPO-o | .14 | .268 |

Quanto à correlação entre o total do SOFTA-s e cada dimensão do SOFTA-o (cf. Tabela 11), as correlações aumentam. A dimensão que se mantém com valores mais próximos dos da análise anterior é CE ($r_s = .26$, $p = .121$), mas são ligeiramente mais altos. As restantes dimensões apresentam uma correlação maior (ENV: $r_s = .28$, $p = .101$; SEG: $r_s = .16$, $p = .23$; SPO: $r_s = .29$, $p = .098$). SEG continua a ser a correlação mais fraca. Apesar de próximas de uma correlação moderada ($r_s = .30$), estas correlações só têm um efeito ligeiro (entre $r_s = .10$ e $r_s = .30$).

Tabela 11.
Correlação SOFTA-s (total) e dimensões SOFTA-o

| Dimensões SOFTA | r_s | p |
|-------------------------|-------|------|
| SOFTA-s (total) – ENV-o | .28 | .101 |
| SOFTA-s (total) – CE-o | .26 | .121 |
| SOFTA-s (total) – SEG-o | .16 | .232 |
| SOFTA-s (total) – SPO-o | .29 | .098 |

V - Discussão

A presente secção tem como propósito analisar os resultados alcançados e refletir sobre o seu significado. Tendo em conta que se trata duma primeira sessão, a criação da aliança terapêutica deveria ser uma das tarefas mais importantes (Knobloch-Fedders et al., 2007). O início da terapia é o momento mais sensível, pois as/os clientes não sabem o que as/os espera e não sabem de que forma será “distribuída a culpa”. Assim, a confiança que sintam na/o terapeuta será o que lhes dará a força e motivação para enfrentarem aquilo que lhes causa sofrimento e também possibilitará trabalhar em novas formas de como funcionarem em família ou casal (Friedlander et al., 2006a). Notando a especial importância deste momento, torna-se necessário estudar quais as contribuições das/os terapeutas para a aliança terapêutica, aspeto pouco documentado na investigação (Corbella & Botella, 2003).

Atendendo ao objetivo principal deste investigação em que se procura compreender qual a associação entre o SOFTA-s, instrumento de autorresposta, e o SOFTA-o, instrumento observacional, pode-se verificar que ambas as análises obtiveram resultados baixos, não ultrapassando a correlação ligeira. Contudo, os valores da relação entre cada dimensão do SOFTA-s e do SOFTA-o são mais baixos do que a associação feita com a pontuação global do SOFTA-s. Nenhuma dimensão nas análises feitas obteve correlações significativas. Deste modo, pode-se concluir que entre a perceção da/o terapeuta e os seus comportamentos observáveis não existe uma correlação significativa. Estes resultados parecem indicar que as ações que as/os terapeutas têm durante a sessão não são congruentes com a perceção com que elas/es ficam da aliança terapêutica no final desta.

Como referido anteriormente, em estudos feitos sobre a perceção da aliança no contexto da terapia individual, verificaram-se discrepâncias entre a perceção de clientes e terapeutas, sendo que a primeira prediz melhor os resultados terapêuticos (Horvath & Luborsky, 1993). No contexto de terapia individual, conclui-se que as avaliações por parte de observadoras/es refletem melhor as perceções de clientes do que de terapeutas (Horvath, 2006). É importante contextualizar que na investigação feita acerca de comportamentos que refletem a aliança terapêutica, foi geralmente dada mais atenção à perspectiva das/os clientes, porque se crê que fornece uma visão mais autêntica da qualidade da aliança (Bachelor & Salamé, 2000). Neste sentido, a literatura

que faça uma comparação entre a perspectiva interna da/o terapeuta e a perspectiva externa é, tanto quanto é do nosso conhecimento, quase inexistente.

Estudos feitos com o SOFTA, embora não fazendo as mesmas comparações do que aquelas que foram realizadas neste estudo, descrevem que as associações entre comportamentos e percepção são mais robustas em sessões avançadas (Escudero et al., 2008). Isto poderia indicar que os estudos que correlacionem a percepção e o comportamento, seja de clientes, seja de terapeutas, sejam de maior relevância quando analisados numa fase mais avançada do processo.

Escudero et al. (2008) concluíram que era possível prever a percepção da/o terapeuta com a observação do comportamento das/os clientes. É preciso sublinhar que, quando a análise é feita em sessões mais avançadas, as percepções de clientes e terapeutas é influenciada pelo impacto do total do processo até àquele momento, enquanto observadoras/es só têm acesso à informação presente na sessão (Friedlander et al., 2008). As autoras e os autores dizem que ambas as medições são necessárias para que se tenha uma imagem completa do processo terapêutico.

Os valores baixos e pouco significativos das correlações resultantes do presente estudo também poderão significar que não estamos a analisar o mesmo constructo. No entanto, o desenvolvimento de um método alternativo prende-se com a tentativa de medir uma componente do mesmo constructo que ainda não foi coberta pelo método anterior (Zhu, 2000). A medição de, por exemplo, comportamentos observáveis e de autorresposta comporta duas facetas diferentes do mesmo constructo: a percepção interpessoal e a intrapessoal. Bachelor e Salamé (2000) acreditam que se podem capturar diferentes facetas do mesmo constructo através do uso de diferentes métodos. Isto contribui para uma compreensão mais complexa do constructo analisado. Assim, apesar das correlações não serem significativas, isto pode não querer dizer que não apreciem o mesmo constructo, a aliança terapêutica, mas que analisem diferentes aspetos da mesma. Por exemplo, uma/um terapeuta pode sentir que compreende a família (item da dimensão CE do SOFTA-s), sem que no entanto expresse essa compreensão através de comportamentos como a descrição de semelhanças com as/os clientes ou a expressão explícita de empatia (descritores da dimensão CE do SOFTA-o). Assim tem-se acesso à informação de que a/o terapeuta considera que compreende a família ou o casal, sem que tenha havido um comportamento observável que o demonstrasse.

Como referido anteriormente, a complementaridade de observação e autorresposta tem sido amplamente reconhecida (Escudero et al., 2008) e cada tipo de medição comporta vantagens e desvantagens. As vantagens de medidas observacionais são de não pesarem às/aos clientes, não excluírem crianças mais novas e de darem informação importante a terapeutas sobre como podem melhorar a aliança (Friedlander et al., 2006a). No caso das medidas de autorresposta, neste caso o SOFTA-s, as vantagens são de serem questionários breves que permitem reconhecer rapidamente eventuais quebras de aliança (Friedlander et al., 2011), podendo assim a/o terapeuta intervir imediatamente.

Por não ter sido explicado anteriormente, é de sublinhar que foram feitas duas análises para perceber qual a correlação entre o SOFTA-s e o SOFTA-o. Uma em que foram utilizados os valores de cada dimensão do SOFTA-s, e uma em que se fez uso da pontuação global do SOFTA-s. Os resultados da consistência interna do SOFTA-s justificaram fazerem-se duas

análises tendo como referência diferentes valores. Apesar do presente estudo não ter como objetivo central analisar a validade interna do SOFTA-s, na versão terapeutas, considerou-se pertinente sublinhar os valores da consistência interna do instrumento em questão. É de notar que os valores de *alfa de Cronbach* são mais baixos por dimensão do que para a pontuação global da escala. Como analisado em estudos de validade interna para adaptação do instrumento para a população portuguesa, a estrutura representativa do instrumento parece ser unifatorial (Vilaça et al., 2014). Mesmo que teoricamente o instrumento tenha quatro sub-escalas, portanto as dimensões, poderá ser mais adequado analisar o total da escala.

Quanto à análise das frequências dos descritores do SOFTA-o, resultou que a maior parte dos comportamentos observáveis são da dimensão intersistema do instrumento. Ao contrário da dimensão intrasistema, que representa as interações internas duma parte do sistema terapêutico, neste caso entre as/os clientes, a dimensão intersistema retrata a relação entre sistemas terapêuticos, nomeadamente o sistema de clientes e as/os terapeutas (Escudero, 2009). As dimensões intersistema são a dimensão ENV, que neste estudo representa aproximadamente 50% dos comportamentos codificados da amostra, e a dimensão CE. As contribuições da/o terapeuta nestas dimensões permitem à/ao cliente comprometer-se com a terapia e sentir-se compreendida/o pela/o terapeuta. Possivelmente também se trata de duas dimensões nas quais a/o terapeuta exerce um controlo mais direto, visto que SEG e SPO são duas dimensões que são fortemente influenciadas pelo que sucede fora da terapia (Friedlander et al., 2008).

Conforme já foi referido, os contributos mais frequentes do SOFTA-o são da dimensão ENV. Este resultado é corroborado pela literatura, atendendo que é a dimensão do SOFTA-o mais fácil de observar (Friedlander et al., 2006a). Apesar de ser uma dimensão que tem descritores referentes a sessões anteriores, como o impacto ou a realização de tarefas para casa, foram principalmente cotados descritores desta dimensão. O grande número de descritores nesta dimensão podem explicar-se por ser uma primeira sessão. O descritor que mais vezes foi codificado foi precisamente relativo à/ao terapeuta explicar como funciona a terapia e incentivar as/os clientes a definirem as suas metas. Estes comportamentos verbais são típicos de uma primeira sessão em que a/o terapeuta está em contacto pela primeira vez com as/os suas/seus clientes, tendo como propósito explicar o *modus operandi* e entender quais os motivos da sua vinda, incentivando ao mesmo tempo as/os clientes a tomarem uma posição ativa no processo terapêutico ao serem elas/es a definirem as suas metas.

A segunda dimensão mais observada foi a dimensão CE. Esta está fortemente relacionada com a dimensão ENV (Friedlander et al., 2006a). Nesta dimensão é focada a similitude dos valores e das experiências das/os clientes e das/os terapeutas. Deste modo, as/os clientes apreciam que a/o terapeuta revele aspetos e experiências pessoais, especialmente se forem parecidas às suas. Horvath (2006) descreve o resultado da revisão de literatura feita pela 29ª Divisão da *American Psychological Association* (APA), em que reconhecem que a revelação dos aspetos pessoais é um dos elementos da

relação terapêutica em qualquer psicoterapia.

Para além disso, a/o terapeuta transmite “eu também sou uma pessoa” (Friedlander et al., 2006a). No entanto, Friedlander et al. (2006a) ressaltam que estes comportamentos não devem ocorrer demasiadas vezes e devem manter-se num nível apropriado de intimidade. Neste estudo, os comportamentos de revelação de aspetos pessoais foram relativamente poucos, enquanto sobressaíram mais comportamentos de demonstração de interesse para além da discussão terapêutica e de expressão explícita de empatia.

Uma postura mais calorosa e de empatia é defendida por experiencialistas (Corbella & Botella, 2003), enquanto a terapia boweniana e a estratégica defendem que a/o terapeuta deve sempre manter uma postura neutral (Escudero, 2009). Atendendo à literatura exposta anteriormente, e segundo o modelo do SOFTA, a primeira postura terá um impacto mais positivo sobre a aliança terapêutica, justificando-a. Segundo Rait (2000), existem autoras/es que defendem que a postura de abertura para com clientes e um respeito maior pelos processos emocionais internos das/os terapeutas é uma das novas fronteiras da psicoterapia. Nesse sentido, Rait (2000) afirma que a capacidade da/o terapeuta de articular e partilhar a sua experiência pode levar a novas aprendizagens.

É de notar que o descritor mais vezes assinalado (representa quase 50% dos descritores codificados na dimensão CE) foi quando clientes e terapeutas partilharam momentos de humor. Apesar do humor ser só uma das formas de estabelecer ou melhorar um contacto interpessoal (Fabian, 2002), é considerado por muitas/os de grande valor na psicoterapia. O uso de humor possibilita uma visão diferente da realidade (Goldin et al., 2006), o que leva a melhorias a nível de auto-compreensão e, consequentemente, no comportamento de clientes (Franzini, 2011). Segundo Friedlander et al. (2006a), o humor é uma forma de abordar questões tensas seja em contexto terapêutico ou noutros contextos sociais que alivia a tensão e facilita a partilha. Goldin et al. (2006) consideram que, para além de ser um facilitador de comunicação, mantém a atenção da/o ouvinte e que torna um tópico mais interessante.

No entanto, é necessário que a/o terapeuta tenha atenção para que a/o cliente não sinta que não está a ser levada/o a sério (Sultanoff, 2013), ou pior, que considere o uso de humor como desrespeitoso ou de mau gosto (Goldin et al., 2006). O humor tem de surgir espontaneamente, não pode ser planeado, nem comandado (Franzini, 2011). Porém, Lachmann (2003) crê que através do seu uso podemos atingir um nível incomparável de intimidade apropriada para o contexto terapêutico. Segundo Goldin et al. (2006), o resultado mais importante de intervenções humorísticas é de as/os clientes sentirem que estão a ser compreendidas/os pelas/os terapeutas e que estão em sintonia, demonstrando que “estamos no mesmo comprimento de onda” e “eu vejo o mundo como tu” (Friedlander et al., 2006a). Assim, o humor constrói e fortifica a aliança terapêutica (Sultanoff, 2013), podendo melhorar a relação terapêutica (Goldin et al., 2006). Permite também que a/o cliente e a/o terapeuta partilhem uma experiência emocional positiva (Franzini, 2011). Como se costuma dizer, rir é o melhor remédio.

Os descritores observacionais das dimensões que se situam num nível intrasistema, ou seja, SEG e SPO foram claramente assinalados menos vezes. Estas dimensões são específicas da terapia familiar e de casal, enquanto as dimensões intersistema são características também da terapia individual. São dimensões especialmente valorizadas no contexto dos casos mandatados, contudo é muito comum haver um elemento involuntário nos processos que são iniciados por vontade própria das famílias ou casais. Como diz Rait (2000), as terapias são feitas com indivíduos que são, até certo ponto, clientes involuntários/os. Não obstante a sua importância, estas dimensões são as que mais flutuam durante os processos terapêuticos, para além de serem as que são mais influenciadas por acontecimentos externos à terapia. É também de notar que o número menor de descritores nestas dimensões é um resultado frequente em investigações que os tenham em conta (Friedlander et al., 2008). Estudos específicos sobre o SOFTA-o corroboram estes resultados, em que as dimensões ENV e CE estão mais representadas do que as dimensões SEG e SPO (Marques, 2012; Moura, 2013; Abreu, 2013)

Apesar de ser considerada uma das dimensões mais importantes da terapia familiar e de casal, e pré-condição necessária para que se possa desenvolver o processo terapêutico (Friedlander et al., 2006a), não foram assinalados muitos descritores na dimensão SEG e, como agravante, o descritor mais vezes codificado é um descritor negativo que descreve quando a/o terapeuta permite que o conflito dentro da família entre em escalada. No entanto, é sublinhado na literatura que deveria ser uma das preocupações primárias quando se inicia o tratamento (Friedlander et al., 2006a). Contudo, segundo Friedlander et al. (2006a), pouco foi escrito sobre como assegurar a segurança no contexto terapêutico em terapia familiar e de casal.

O segundo descritor na dimensão SEG mais frequente refere-se a comportamentos que permitem garantir a estrutura e as diretrizes de confidencialidade e segurança. Supõe-se que seria o mais assinalado, tendo em conta que se trata das primeiras sessões dos processos. Tendo em conta o modelo de funcionamento das instituições em que esta amostra foi retirada, muitas vezes este comportamento verbal acontece antes que as/os clientes assinem o consentimento informado. Por questões éticas e legais, só se pode iniciar as gravações após a dita assinatura. Assim sendo, indicações relativas às características do espaço e de funcionamento da aparelhagem de som e de gravação acabam por não ficar registadas.

Por ser a primeira sessão, as/os clientes têm de se sentir seguras/os no território da/o terapeuta, que lhes é pouco familiar e essa tarefa cabe à/o terapeuta (Friedlander et al., 2006a), o que não parece ter acontecido, pois só em metade dos casos deste estudo obtiveram-se resultados positivos para a dimensão SEG.

SPO foi a dimensão com menos descritores codificados, tendo ao todo 18 comportamentos assinalados. Esta parece ser das dimensões que mais se relacionam com um resultado terapêutico positivo, mais do que os sentimentos das/os clientes face às/aos terapeutas (Beck et al., 2006). É também a sensação de que estão a lutar em família pelos mesmos objetivos que motiva clientes a envolverem-se ativamente no processo (Friedlander et al., 2006a). No entanto, quando famílias e casais vêm ao tratamento com os

seus objetivos bem definidos, pouco tem de fazer a/o terapeuta para que se possa iniciar o processo de mudança (Friedlander et al., 2006a). Para Escudero et al. (2008) seria importante focar a investigação em como terapeutas fomentam um sentimento de partilha de objetivos na família, sendo um dos fatores que adiciona complexidade à terapia familiar e de casal (Escudero, 2009). A criação de objetivos comuns e o fazer entender qual o papel de cada membro no problema e na sua resolução é uma das tarefas essenciais na terapia familiar e de casal.

Curiosamente Luborsky considerou, em 1976, que um sentimento de responsabilidade partilhada quanto aos objetivos do tratamento é um aspeto da aliança que surge numa fase mais avançada do processo (Bachelor & Salamé, 2000). Possivelmente esta perspetiva sobre a aliança terapêutica no contexto da intervenção individual pode ser aplicada também ao contexto da terapia familiar e de casal.

Por fim, referente à análise das médias dos itens do SOFTA-s, pode-se afirmar que o que foi anteriormente referido, acerca de cada uma das dimensões do SOFTA-o, também se verifica quando se trata do SOFTA-s. Assim, a análise das médias reflete resultados similares aos das frequências dos descritores do SOFTA-o. Isto pode corroborar a ideia de que, apesar do SOFTA-s e o SOFTA-o não se correlacionarem de forma significativa, a sua complementaridade é notória. Os itens com a média mais alta encontram-se nas dimensões ENV e CE, enquanto os itens com as médias mais baixas são de SEG e SPO.

Os itens com a média mais alta retratam a compreensão que a/o terapeuta crê ter sobre a família, a perceção de que está a fazer tudo o que está no seu alcance para ajudar e que o que se está a fazer na terapia faz sentido para a/o terapeuta. Os primeiros dois itens são da dimensão CE e o terceiro da dimensão ENV.

Quanto aos itens com a média mais baixa, pode-se dizer que o item da dimensão CE é referente à/o terapeuta se ter tornado numa pessoa importante para as/os clientes. No entanto, como se trata duma primeira sessão, não é de estranhar que tenha uma pontuação relativamente baixa, pois não é, geralmente, num primeiro encontro que se constrói uma relação de importância.

Sublinha-se que o item de SEG que tem uma média baixa refere-se aos membros da família sentirem-se defensivos nas sessões. Isto pode demonstrar que as/os terapeutas consideram que as/os clientes tenham a abertura necessária para enfrentar os problemas que sentem ter. Ou seja, uma pontuação baixa neste item, por ser um item invertido, revela uma perceção positiva da dimensão SEG. Isto poderia justificar em parte a pouca intervenção neste aspeto, visto que a/o terapeuta poderá ter a impressão de que a sua contribuição para esta dimensão não foi necessária naquela sessão.

O item da dimensão SPO, em que a/o terapeuta considera sobre a ajuda que cada pessoa na família dá aos restantes membros para conseguirem o que querem da terapia, ilustra esta dificuldade específica da terapia familiar e de casal, dimensão na qual a/o terapeuta intervém menos. Apesar da/o terapeuta perceber que não existe entreajuda para as metas da terapia por parte da

família, surpreendentemente isto não faz com que a/o terapeuta intervenha mais neste âmbito. Pode ser que esta entreaajuda seja quase considerada uma evolução terapêutica, deixando algum espaço às/aos clientes para que desenvolvam esta capacidade em vez de intervir ativamente sobre ela. Por outro lado, poderá ser considerada uma dimensão que exige uma intervenção mais complexa, sendo deixada para sessões mais avançadas, para que o trabalho seja feito após o estabelecimento inicial da aliança terapêutica.

Este estudo tem implicações para a formação de terapeutas e a prática clínica. Ao entender quais são as dimensões nas quais as/os terapeutas têm contribuído menos, as/os terapeutas podem ter especial atenção para aumentar os seus contributos nessas dimensões. Assim sendo, e sabendo que as dimensões SEG e SPO são de extrema importância, pode fazer-se um treino específico para promover os contributos das/os terapeutas. Este estudo demonstra que a utilidade para o treino de terapeutas, defendida pelas autoras e autores do SOFTA (Escudero, 2009), é uma questão pertinente. Considera-se que se pode melhorar a capacidade de estabelecimento da aliança terapêutica através do treino, apesar de haver aspetos mais influenciáveis, como a definição de objetivos, e outros menos, como o desenvolvimento de laços afetivos (Summers & Barber, 2003). Tendo em conta que a aliança terapêutica é considerada um dos fatores comuns a todas as orientações e escolas de psicoterapia (Horvath, 2000; Blow et al., 2007), e que o seu estabelecimento de forma positiva é crucial para o desenvolvimento de um bom processo terapêutico, qualquer estudo que aprofunde o conhecimento sobre a sua natureza e o seu desenvolvimento é de extrema importância para a prática clínica.

VI - Conclusões

Mesmo segundo as próprias autoras e autores, o SOFTA-o apresenta as suas imperfeições. Friedlander et al. (Friedlander et al., 2008) ressaltam que os 43 indicadores de contribuições das/os terapeutas não representam o universo dos comportamentos possíveis que contribuem para o estabelecimento da aliança. As autoras e os autores denotam que outros comportamentos, por exemplo os relacionados com o próprio processo terapêutico como o reenquadramento, também têm um impacto na aliança, mesmo que não possam ser codificados facilmente.

Este estudo apresenta diversas limitações. Em primeiro lugar, o material estudado apresentava falhas de som, dificultando a perceção clara do que era dito, diminuindo também a concentração das codificadoras. Outra limitação prende-se com o número restrito da amostra ($n = 22$). Junta-se a consideração de que se repetem terapeutas, e que trabalham em co-terapia, aspeto que não é tido em conta no instrumento. A amostra é também homogénea.

Não foram considerados características das/os clientes que poderiam ser relevantes, como serem processos mandatados pelo tribunal ou outra entidade ou serem processos em que a família ou o casal tenham vindo por vontade própria, ou quais os elementos presentes na sessão (e.g., crianças e

adolescentes). Este aspeto poderá influenciar os comportamentos da/o terapeuta.

No universo dos estudos feitos sobre a aliança terapêutica no contexto da terapia familiar e de casal, a maior parte dos estudos foca-se nas/os clientes e seus comportamentos. No geral, existe pouca literatura sobre comportamentos específicos por parte de terapeutas. Seria necessário investigar mais profundamente a contribuição da/o terapeuta em sessão. Quando no entanto se faz uma associação entre observação e a percepção da/o terapeuta, a observação tem como objeto os comportamentos das/os clientes e não a contribuição das/os terapeutas. Dever-se-ia alargar o presente estudo, de forma a melhor compreender qual a explicação para a discrepância entre o método observacional e o método de autorresposta. Seria interessante analisar como se desenvolve a correlação destes dois métodos ao longo do tempo, avaliando-a em sessões mais avançadas. Outra questão que poderia ser aprofundada seria a razão pela qual houveram tão poucas contribuições por parte das/os terapeutas nas dimensões intrasistema, SEG e SPO, apesar de serem dimensões consideradas muito importantes para o estabelecimento e manutenção da aliança terapêutica no contexto das terapias conjuntas.

Assim sendo, seria útil fazer estudos com o enfoque na relação entre a percepção da/o terapeuta e o seu comportamento. Como diz Horvath (1994), qualquer uma das perspetivas oferece informação única e insubstituível acerca da relação cliente-terapeuta.

Bibliografia

Abreu, M. S. A. (2013). *Relação entre Características dos Terapeutas e Contributos para a Força da Aliança Terapêutica no Contexto da Terapia Familiar Sistémica*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Azevedo, J. O. M. (2013). *Evolução da Aliança, Expectativas e Efeitos da Terapia Familiar Sistémica ao longo do Processo Terapêutico. Ponto de vista do Terapeuta*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.

Bachelor, A., & Salamé, R. (2000). Participants' Perception of Dimensions of the Therapeutic Alliance Over the Course of Therapy. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(1), 39 – 53.

Barber, J. P. (2009). Toward a Working Through of some Core Conflicts in Psychotherapy Research. *Psychotherapy Research*, 19(1), 1–12. doi:

Entre dois olhares: A aliança terapêutica na terapia familiar segundo uma perspetiva observacional e de autorresposta de terapeutas
Claudia Tirone (e-mail: tirone.claudia@gmail.com) 2015

10.1080/10503300802609680

- Beck, M., Friedlander, M. L., & Escudero, V. (2006). Three Perspectives on Clients' Experiences of the Therapeutic Alliance: A Discovery-Oriented Investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(3), 355 – 368. doi: 10.1111/j.1752-0606.2006.tb01612.x
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H., & Davis, S. D. (2007). Is Who Delivers the Treatment More Important than the Treatment Itself? The Role of the Therapist in Common Factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298 – 317. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x
- Bordin, E. S. (1979). The Generalizability of the Psychodynamic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 16(3), 252 – 260. doi: 10.1037/h0085885
- Carpenter, J., Escudero, V., & Rivett, M. (2008). Training Family Therapy Students in Conceptual and Observation Skills Relating to the Therapeutic Alliance: An Evaluation. *Journal of Family Therapy*, 30, 411 – 424. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00442.x
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: Historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, 19(2), 205 – 221.
- Escudero, V. (2009). La Creación de la Alianza Terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 247 – 259.
- Escudero, V., Boogmans, E., Loots, G., & Friedlander, M. L. (2012). Alliance Rupture and Repair in Conjoint Family Therapy: An Exploratory Study. *Psychotherapy*, 49(1), 26 – 37. doi: 10.1037/a0026747
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N., & Abascal, A. (2008). Observing the Therapeutic Alliance in Family Therapy: Associations with Participants' Perceptions and Therapeutic Outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194 – 214. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x

- Fabian, E. (2002). On the Differentiated Use of Humor and Joke in Psychotherapy. *Psychoanalytic Review*, 89(3), 399 – 412.
- Flückinger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How Central Is the Alliance in Psychotherapy? A Multilevel Longitudinal Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10 – 17. doi: 10.1037/a0025749
- Franzini, L. R. (2011). Humor in Therapy: The Case for Training Therapists in Its Uses and Risks. *The Journal of General Psychology*, 128(2), 170 – 193. doi: 10.1080/00221300109598906
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006a). *Therapeutic Alliances in Couple and Family Therapy: An Empirically Informed Guide to Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in Couple and Family Therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 25 – 33. doi: 10.1037/a0022060
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A. O., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M. P. (2006b). System for Observing Family Therapy Alliances: A Tool for Research and Practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 214 – 224. doi: 10.1037/0022-0167.53.2.214
- Friedlander, M. L., Lambert, J. E., Escudero, V., & Cragun, C. (2008). How Do Therapists Enhance Family Alliances? Sequential Analyses of Therapist-Client Behaviour in Two Contrasting Cases. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1), 75 – 87. doi: 10.1037/0033-3204.45.1.75
- Goldin, E., Bordan, T., Araoz, D. L., Gladding, S. T., Kaplan, D., Krumboltz, J., & Lazarus, A. (2006). Humor in Counseling: Leader Perspectives. *Journal of Counseling and Development*, 84(4), 397 – 404. doi:

10.1002/j.1556-6678.2006.tb00422.x

- Horvath, A. O. (1994). Research on the Alliance. In *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice* (pp. 259 – 286). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Horvath, A. O. (2000). The Therapeutic Relationship: From Transference to Alliance. *Psychotherapy in Practice*, 56(2), 163 – 173. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:23.0.CO;2-D
- Horvath, A. O. (2006). The Alliance in Context: Accomplishments, Challenges and Future Directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258 – 263. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.258
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückinger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9 – 16. doi: 10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The Working Alliance - Theory, Research, and Practice*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561 – 573. doi: 10.1037/0022-006X.61.4.561
- Horvath, A. O., & Symonds, D. (1991). Relation Between Working Alliance and Outcome in Psychotherapy: A Meta-Analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139 – 149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Johnson, S. M., & Greenberg, L. S. (1989). The Therapeutic Alliance in Marital Therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 3(2), 97 – 109.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2007). Therapeutic Alliance and Treatment Progress in Couple Psychotherapy. *Journal*

- of Marital and Family Therapy*, 33(2), 245 – 257. doi: 10.1111/j.1752-0606.2007.00019.x
- Lachmann, F. M. (2003). Humor and Spontaneity in the Therapeutic Process. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 11(2), 287 – 312.
- Marques, M. de A. (2012). *Clientes Involuntários e Construção da Aliança Terapêutica em Casos com e sem Melhorias. Análise das Dimensões Envolvimento e Conexão Emocional* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Moura, A. R. V. P. (2013). *Terapia Familiar Sistémica com Famílias Voluntárias e Involuntárias: Contribuições dos Terapeutas para a Aliança Terapêutica* (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (5th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Rait, D. S. (2000). The Therapeutic Alliance in Couples and Family Therapy. *Psychotherapy in Practice*, 56(2), 211 – 224. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:23.0.CO;2-H
- Relvas, A. P., Escudero, V., Sotero, L., Cunha, D., Portugal, A., & Vilaça, M. (2010). The System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA) and the Preliminary Portuguese Studies. *8th Eletronic EFTA Newsletter*.
- Sotero, L., Portugal, A., Cunha, D., Vilaça, M., & Relvas, A. P. (2010). *Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar (SOFTA-o) - Manual de Treino*.
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2014). Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar - Versão Observacional (SOFTA-o). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação Familiar - Funcionamento e*

- Intervenção* (Vol. I). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Sultanoff, S. M. (2013). Integrating Humor Into Psychotherapy: Research, Theory, and the Necessary Conditions for the Presence of Therapeutic Humor in Helping Relationships. *The Humanistic Psychologist, 41*, 388 – 399. doi: 10.1080/08873267.2013.796953
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2003). Therapeutic Alliance as a Measurable Psychotherapy Skill. *Academic Psychiatry, 27*(3), 160 – 165. doi: 10.1176/appi.ap.27.3.160
- Symonds, D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the Alliance in Couple Therapy. *Family Process, 43*(4), 443 – 455. doi: 10.1111/j.1545-5300.2004.00033.x
- Vilaça, M., Sotero, L., da Silva, J. T., & Relvas, A. P. (2014). Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar - Versão Auto-Resposta (SOFTA-s). In *Avaliação Familiar - Funcionamento e Intervenção* (Vol. I). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Zhu, W. (2000). What Should It Be Called: Convergent Validity or Discriminant Validity? *Research Quarterly for Exercise and Sport, 71*(2), 190 – 194. doi: 10.1080/02701367.2000.10608897

Anexos

Anexo A: Questionário de Dados Sociodemográfico

Anexo B: Folha de cotação do SOFTA-o versão terapeuta

Anexo C: Questionário SOFTA-s versão terapeuta