



Luciana Maria Lopes Sotero

CLIENTES (IN)VOLUNTÁRIOS EM TERAPIA FAMILIAR. ALIANÇA TERAPÊUTICA E RESULTADOS

Tese de Doutoramento em Psicologia, elaborada no âmbito do Programa Inter-Universitário de Doutoramento em Psicologia, na especialidade de Psicologia Clínica — área temática: Psicologia da Família e Intervenção Familiar, em regime de associação entre a Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e a Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, orientada pela Professora Doutora Ana Paula Relvas e pelo Professor Doutor Valentin Escudero, e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Março de 2016



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Luciana Maria Lopes Sotero

CLIENTES (IN)VOLUNTÁRIOS EM TERAPIA FAMILIAR. ALIANÇA TERAPÊUTICA E RESULTADOS

Tese de Doutoramento em Psicologia Clínica

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

Março de 2016

Tese orientada pela Professora Doutora Ana Paula Relvas e pelo Professor Doutor Valentín Escudero, elaborada no âmbito do Programa Inter-Universitário de Doutoramento em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica – área temática: Psicologia da Família e Intervenção Familiar, da Universidade de Coimbra e da Universidade de Lisboa

Agradecimentos

Em 2011, na Holanda, tive o privilégio de assistir a uma comunicação da Professora Mónica McGoldrick no XIX Congresso Mundial da IFTA (*International Family Therapy Association*). Recordo-me de ter ficado fascinada por estar a ouvir e ver, “em carne e osso”, uma das “personagens” dos livros, e de a exploração que fez do seu genograma me ter deixado a pensar. Para além de apresentar a sua família de origem e nuclear, o que seria de esperar, a Professora Mónica desenhava outros genogramas em torno do seu, nomeadamente os genogramas de colegas, investigadores e amigos significativos que acabavam por ter um papel importante na sua vida, e na vida da sua família. Foi mais ou menos assim que me veio à cabeça a noção de “família científica”. A “família” em que estamos integrados, em que crescemos e nos desenvolvemos enquanto investigadores e que, necessariamente, nos influencia mas é também influenciada por nós.

É à minha “família científica” que começo por me dirigir, expressando o meu mais sincero e profundo agradecimento, não só pela colaboração neste trabalho mas, sobretudo, por me proporcionar um sentimento de pertença, por me fazer sentir em “casa” e por me ajudar a construir a minha identidade enquanto investigadora (e terapeuta). Obrigada, Doutora Ana Paula Relvas, por ser uma “mãe científica”, daquelas com “M” grande. Permitiu-me crescer, deu-me amparo, obrigou-me e desafiou-me a ir mais longe e a fazer melhor. Acreditou em mim, mesmo quando eu própria não acreditava. O meu agradecimento é eterno, tal como a minha profunda admiração científica e académica por si. Ouvi-la pensar “em voz alta” é dos exercícios que mais gosto me dá. Muito do que sei e faço (científica e academicamente) tenho aprendido consigo. Espero que o futuro nos reserve muitos e bons anos, pois ainda muito tenho a aprender e projetos novos não nos faltam! Também o meu “pai científico”, o Doutor Valentín Escudero, tem sido inestimável neste meu processo de crescimento científico. Mesmo longe, consegue estar sempre por perto. Tem sido um “pai” encorajador, desafiador, que me ajuda a “abrir fronteiras” e que, normalmente, tem a palavra certa no momento certo. É um “pai” que sabe tanto (e de tantas coisas), que quando estamos juntos tento absorver tudo o que diz. A “fratria” onde me posiciono, provavelmente como “irmã mais velha”, está sempre a crescer, o que lhe confere vitalidade e alegria.

Às minhas “irmãs científicas”, Alda, Diana e Margarida, uma palavra de amizade e de reconhecimento. Sem vós nada disto teria tanta graça! É muito reconfortante olhar para trás e ver como crescemos, como mudámos (continuando as mesmas), como as nossas diferenças nos tornam especiais e como, apesar de separadas, continuamos a adorar estar juntas! Um agradecimento especial aos três novos elementos desta fratria, Gabriela, Neide e Joana. Obrigada por terem “segurado as pontas” nestas últimas semanas/meses em que a tese me absorveu quase por completo. Tenho esperança de que o futuro nos permita estreitar os nossos laços de “irmãs científicas”. Da minha “família científica” fazem ainda parte muitos outros elementos, entre tias e tios, primos e primas. Destes “familiares científicos” há alguns que não posso deixar de referir, como é o caso da Doutora Madalena Alarcão e da Doutora Madalena Carvalho, que me têm acompanhado desde os meus primeiros passos na Sistémica e que, ainda hoje, são para mim uma referência, e pessoas especiais, cada uma à sua maneira. Às coautoras de alguns dos meus artigos, Sofia Major e Mariana Moura-Ramos, deixo também uma palavra especial. A Sofia é uma “prima científica” com quem gosto de discutir os meus trabalhos, sabendo que o rigor e a precisão com que faz tudo aquilo em que se envolve me dão a segurança que (às vezes/muitas vezes) me falta. A Mariana é uma “familiar” recém chegada, mas que foi imprescindível numa fase especialmente dura, difícil e determinante deste trabalho. Muito obrigada, Mariana, por me teres ajudado de forma tão descomprometida e descomplicada. Estou-te profundamente grata. Como já te disse, fiquei tua “fã” e, se me deixares, não te vou largar! És uma investigadora de “mão cheia” com quem sei e sinto que ainda tenho muito a aprender. Uma palavra também ao meu querido “tio científico”, o Doutor José Tomás. A minha animosidade em relação às matérias estatísticas ainda não está resolvida, mas gostava que soubesse que a sua (incansável) disponibilidade e conhecimentos me sossegam quando começo a questionar tudo o que fiz (e faço) a respeito dessas matérias. Um parente afastado, mas a quem também não posso deixar de agradecer, até porque (sem saber) despertou em mim o gosto pela investigação em geral, e pela investigação do processo terapêutico em particular, é o Doutor Miguel Gonçalves. Olhando em retrospectiva, foi numa outra “família científica”, que temporariamente tão bem me acolheu, que descobri o mundo das equipas de investigação, das codificações, dos MIS, dos artigos científicos e dos desafios da publicação, já lá vão quase 10 anos. Provavelmente não se recorda, mas

depois da minha primeira reunião na sua equipa de investigação, o Professor Miguel olhou para mim e, vendo a minha cara de apreensão, espanto e curiosidade face a tanta novidade, disse-me algo que, vá-se lá saber porquê, até hoje não esqueci: “Primeiro estranha-se e depois entranha-se”. E não é que se “entranhou” mesmo?! A minha “família científica” além-fronteiras conta ainda com outros dois elementos a quem não posso deixar de me dirigir. A Doutora Micki Friedlander, que me tem apoiado desde o primeiro minuto “de vida” deste projeto de investigação. Obrigada por ser assim, um exemplo ímpar enquanto investigadora e, sobretudo, enquanto ser humano. O Professor Roberto Pereira, por acreditar em mim e nos meus projetos, ao ponto de ter feito um convite para que escrevêssemos um livro sobre os clientes involuntários e a aliança terapêutica. Nem nos meus melhores sonhos pensei que isso um dia seria possível! Por fim, um agradecimento especial aos alunos (a quem ainda não me sinto preparada para tratar por “filhos científicos”) que têm estudado e se têm interessado pelo (meu) tema de investigação. O vosso espírito crítico livre fez com que as vossas dúvidas e inquietações se fossem tornando também as minhas num processo de co-colaboração inquestionavelmente rico.

Posto isto, falta agradecer à minha “família” família, não a científica, a outra, aquela em que o objetivo não é tornar-me uma investigadora/terapeuta/docente cada vez melhor e mais completa, mas aquela em que os desafios de ser filha, mulher, mãe, prima, sobrinha, neta, não são em nada menores. Aos meus queridos Pais sinto que escrevo algumas palavras que, provavelmente, vão ficar registadas para sempre, pelo menos enquanto esta tese não se perder com o “fumo” do tempo. Começo por vós porque sinto que foi convosco que tudo começou. As bases para me tornar a pessoa que sou hoje, devo-as a vós. Dedico-vos este trabalho porque sei que se esforçaram, que investiram em mim (de todos os pontos de vista), alegrando-se e sofrendo comigo para depois me deixarem “voar” para que eu chegasse até aqui. E agora eu cheguei! É tempo de festejar, de nos sentirmos orgulhosos e de acreditarmos que o futuro será sempre melhor que o passado. Esse já passou!

Ao Pedro e à Francisca, a família que conquistei, e que co-construo todos os dias, tenho de dizer que nada disto faria sentido sem vós. Este trabalho, esta conquista, é nossa, dos três. Cada um, à sua maneira, ajustou-se para que este trabalho chegasse a “bom-porto” e, finalmente, ele chegou. Sinto que depois desta jornada “estou de volta”, certa de que

valeram a pena os sacrifícios, os esforços e as ausências com que tivemos que lidar. Era quando pensava em vós que descobria em mim a força, a coragem e a determinação de que precisei para chegar aqui. Obrigada também à família de origem do Pedro, que nos deu o apoio e o suporte de que fomos precisando neste meses de muita azáfama. Obrigada, Dra. Paula, pelas suas comidinhas. Fizeram toda a diferença para que eu pudesse continuar ao computador mais umas horas por dia.

Finalmente, um agradecimento à minha outra família, a “família dos amigos”, fonte de prazer, alegria, aprendizagem e apoio. Nesta “família dos amigos” gostava de destacar as minhas amigas de sempre e para sempre: a Elsa, a Sofia, a Susana e a Andreia. As amigas da universidade, que ficaram para a vida e que hoje “trazem” com elas também as suas “novas” famílias (maridos, namorados, filhos, afilhados). E porque os últimos são os primeiros, uma palavra de agradecimento aos meus “amigos-família”, Sofia, Patrícia, Paulo, Tó, Eng.^a Maria João, Sr. José Vieira, Lurdes e Luís – sei que convosco poderei sempre contar!

Contacto da investigadora Luciana Sotero

E-mail: lucianasotero@fpce.uc.pt

Imagem da capa: Fotografia de Chema Madoz (www.chemamadoz.com)

O trabalho de investigação conducente a esta dissertação foi cofinanciado (de Janeiro de 2010 a Fevereiro de 2012) por fundos nacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e pelo Fundo Social Europeu, no âmbito do Programa Operacional do Potencial Humano (POPH) e do Quadro de Referência Estratégico Nacional (QREN), através da Bolsa de Investigação com a referência SFRH/BD/65773/2009), concedida pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia.



Declaração

De acordo com o artigo 17.º do Regulamento do Programa Inter-Universitário de Doutoramento em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica, área temática: Psicologia da Família e Intervenção Familiar, em regime de associação entre as Universidades de Coimbra e de Lisboa (de 19 de setembro de 2008), esta dissertação engloba capítulos de livros e artigos científicos publicados e submetidos para publicação em revistas internacionais indexadas, em colaboração com outros autores. A autora declara que foi responsável pela recolha de dados, análise e interpretação dos resultados, assim como pela redação, submissão e revisão dos artigos enviados para publicação.

Luciana Maria Lopes Sotero

Março de 2016

Resumo

A maioria das teorias e modelos terapêuticos, tanto nos seus fundamentos conceptuais como nas suas práticas, baseia-se no pressuposto de que os clientes procuram ajuda terapêutica de modo livre e voluntário. Contudo, terapeutas e técnicos de saúde mental trabalham frequentemente com clientes (quer individualmente, quer como grupo) que foram encaminhados para a terapia por serviços ou instituições (escolas, serviços de proteção de menores, hospitais, tribunais, entidades patronais) ou por outros profissionais (professores, médicos, terapeutas). Nestas circunstâncias, mesmo quando o encaminhamento não assume um carácter coercivo, é frequente os clientes não assumirem voluntariamente o processo terapêutico. São estes clientes que, na literatura e de forma genérica, são designados involuntários. Para além de pouco estudado, tanto do ponto de vista teórico como empírico, o trabalho terapêutico com estes clientes tem sido descrito como complexo e frustrante, particularmente no que se refere ao estabelecimento da aliança terapêutica.

Centrada no estudo do processo terapêutico familiar com clientes que de forma não voluntária chegam à terapia, esta investigação pretende assim contribuir para a compreensão do processo de co-construção da aliança terapêutica e dos resultados terapêuticos com estas famílias. De um modo mais específico, o conjunto de estudos concretizados pretende, por um lado, contribuir para a reflexão sobre as diferenças e semelhanças no processo de terapia familiar com famílias involuntárias e voluntárias e, por outro, informar a prática clínica, proporcionando pistas de intervenção que possam ajudar a promover a colaboração e o envolvimento das famílias que se sentem forçadas a estar na terapia. Adotando a epistemologia sistémica como referencial teórico, enquadrada no paradigma de investigação pós-positivista e recorrendo a uma metodologia mista, a presente dissertação comporta então oito estudos: uma revisão da literatura, três estudos empíricos quantitativos, dois estudos qualitativos e dois estudos preparatórios.

Numa primeira fase deste trabalho foi realizada uma revisão crítica do estado da arte relativamente à temática dos clientes involuntários (Capítulo I). A análise da literatura realizada evidencia a complexidade inerente à própria definição de clientes involuntários, bem como as especificidades da intervenção terapêutica nessas circunstâncias, enfatizando os modelos colaborativos como os mais adequados para promover o envolvimento destes clientes. Em seguida, são apresentados três estudos desenvolvidos com vista a comparar a aliança terapêutica, do ponto de vista dos clientes e dos terapeutas, e os resultados da terapia familiar com famílias involuntárias e voluntárias (Capítulo II). Recorrendo a uma amostra aleatória de 40 processos terapêuticos arquivados (20 com famílias involuntárias e 20 com famílias voluntárias), e avaliando a aliança terapêutica através de um instrumento de medida observacional (*System for Observing Family Therapy Alliances*, SOFTA-o), os resultados apontam para a existência de diferenças na força da aliança terapêutica no início da terapia (1ª sessão), apresentando os clientes involuntários alianças mais fracas nas quatro dimensões observadas (Envolvimento no Processo Terapêutico, Conexão Emocional com o Terapeuta, Segurança dentro do Sistema Terapêutico e Sentimento de Partilha de Objetivos na Família), comparativamente aos voluntários. Não obstante, à exceção do Envolvimento, na fase intermédia da terapia (4ª sessão) a maior parte das diferenças desvanece-se. Do ponto de vista dos contributos dos terapeutas para a aliança, os resultados foram de certo modo complementares. Ou seja, os terapeutas evidenciam mais comportamentos no sentido de promover a aliança com os clientes involuntários na 1ª sessão, especificamente ao nível do Envolvimento e da Partilha de Objetivos na família, embora na 4ª sessão contribuam para o estabelecimento da aliança de forma similar em ambos os grupos. A subsequente análise dos resultados terapêuticos permitiu concluir que não existem diferenças entre os dois grupos de clientes, podendo as famílias involuntárias mudar (ou não) tanto quanto as voluntárias com o decurso da terapia. Este estudo evidenciou ainda a importância da Segurança dos clientes no contexto terapêutico e da Partilha de Objetivos dentro da família, numa fase intermédia da terapia (4ª sessão), na determinação dos resultados terapêuticos, independentemente da condição inicial das famílias (involuntárias vs. voluntárias).

Por fim, os últimos dois estudos, de carácter qualitativo (Capítulo III), são dedicados à microanálise do processo de ruturas e reparação na aliança, permitindo

ainda uma visão da interação clientes-terapeutas na sessão de terapia. O primeiro estudo compara a forma como a mesma equipa de coterapeutas contribui para a aliança em dois casos clínicos (um involuntário e outro voluntário), após a manifestação de comportamentos negativos dos clientes para a aliança na 1ª e 4ª sessão. O segundo centra-se num estudo de caso e na identificação de marcadores de rutura e reparação na aliança ao longo do processo terapêutico. Globalmente, para além de corroborar os resultados dos estudos quantitativos, a análise do processo de co-construção e manutenção da aliança levada a cabo nos estudos qualitativos permitiu concluir que, perante os comportamentos negativos dos clientes, os terapeutas foram capazes de detetar essas quebras na colaboração e responder balanceadamente no sentido do (re)estabelecimento dessa colaboração.

Adicionalmente, são discutidas as implicações clínicas e científicas decorrentes destes estudos e sugeridas linhas de investigação futuras nesta área. Em síntese, os estudos aqui apresentados procuram contribuir para a aproximação entre a prática clínica e a investigação do processo terapêutico, quer ao nível da terapia familiar com clientes involuntários em particular, como da intervenção terapêutica com famílias no geral.

Palavras-chave: clientes involuntários; terapia familiar; aliança terapêutica; resultados, SOFTA-o.

Abstract

Most therapeutic theories and models, both in their conceptual foundations and in their practice, are based on the assumption that clients seek therapeutic help freely and voluntarily. However, therapists and mental health technicians often work with clients (individually and in group) that have been forwarded to therapy by services or institutions (schools, child protective services, hospitals, courts, employers) or by other professionals (teachers, physicians, therapists). Under these circumstances, even when it is not mandatory, clients frequently don't voluntarily engage in the therapeutic process. These are the clients that the literature generically designates involuntary clients. Understudied, both theoretically and empirically, therapeutic work with these clients has also been described as complex and frustrating, particularly in what concerns the establishment of the therapeutic alliance.

Focusing on family therapy process with clients that come to therapy unwillingly, this investigation aim to contribute to the understanding of the therapeutic alliance co-construction process and therapeutic results with these families. The presented studies specifically aim, on the one hand, to contribute to the understanding of the differences and similarities of the therapeutic process with involuntary and voluntary families, and, on the other hand, to inform the clinical practice, providing intervention clues that may help to promote the engagement and collaboration of families that feel forced to be in therapy. With the systemic epistemology as its theoretical background, in line with the post-positivist research paradigm and using a mixed methodology, this dissertation is composed of eight studies: a literature review, three quantitative empirical studies, two qualitative studies and two preparatory studies.

The first stage consists in a critical review of the state of the art regarding the involuntary clients issue (Chapter I). The literature review shows the complexity inherent to the involuntary clients definition itself, as well as the particularities of the therapeutic intervention under those circumstances, emphasizing the collaborative

models as the most suitable to promote the engagement of these clients. Following this overview, three studies compare the therapeutic alliance, from both the clients' and the therapists' perspectives, and the results of the family therapy process with involuntary and voluntary families (Chapter II). Based on a random sample of 40 archived cases (20 concerning to involuntary families and 20 concerning to voluntary families) and assessing the therapeutic alliance using an observational measuring instrument (*System for Observing Family Therapy Alliances*, SOFTA-o), the results point to the existence of differences in the strength of the therapeutic alliance at the beginning of therapy (1st session), with involuntary clients showing weaker alliances throughout the four dimensions observed (Engagement in the Therapeutic Process, Emotional Connection with the Therapist, Safety within the Therapeutic System and Shared Sense of Purpose within the Family), in comparison with voluntary ones. However, with the exception of Engagement, half way through therapy (4th session) most differences fade. From the perspective of the therapists' contributions to the alliance, the results were somehow complementary. That is, the therapists' show more behaviours to foster the alliance with involuntary clients at the 1st session, specifically in respect to Engagement and Shared Sense of Purpose within the family, but show a similar contribution to the alliance with both groups at the 4th session. The subsequent analysis of the therapeutic outcomes led to the conclusion that there are no differences between the two groups of clients, meaning that both involuntary and voluntary families can change (or not) as much with therapy. This study also showed the importance of clients' Safety within the therapeutic system and Shared Sense of Purpose within the family at an intermediate stage of therapy (4th session) in determining the therapeutic outcomes, regardless of the families' initial status (involuntary vs. voluntary).

Finally, the last two studies, of a qualitative nature, are dedicated to the microanalysis of the alliance rupture and repair process, also providing an overview of the clients-therapists interaction in the therapy session. The first study compares the way the same team of co-therapists contributes to the alliance in two clinical cases (one involuntary and the other voluntary), after the clients' negative behaviours concerning the alliance at the 1st and 4th sessions. The second study focuses on the identification of alliance rupture and repair markers of an involuntary family case. Apart from corroborating the results of the quantitative studies, the analysis of the co-construction and maintenance

of the alliance carried out in the qualitative studies led to the conclusion that, in face of the negative behaviours of clients, therapists were able to detect those breaches in collaboration and respond with balance towards its (re)establishment.

The clinical and scientific implications of these studies are discussed and future research lines in the area of involuntary family clients and therapeutic alliance are suggested. Overall, these studies seek to contribute to closing the gap between the clinical practice and the research of the therapeutic process, concerning family therapy with involuntary clients in particular, and therapeutic intervention with families in general.

Keywords: involuntary clients; family therapy; therapeutic alliance; therapeutic outcomes; SOFTA-o.

Índice Geral

Introdução

1. Enquadramento Temático	3
1.1. Clientes (In)Voluntários em Terapia Familiar	3
1.2. Aliança Terapêutica	5
1.3. Especificidades da Aliança nas Terapias Conjuntas. Conceptualização e Medida	7
2. Mapas Conceptual e Metodológico	9
2.1. Referencial Teórico e Implicações Metodológicas	9
2.2. Premissas Epistemológicas e Metodológicas da Investigação	10
2.3. Questão de Partida, Plano e Procedimentos de Investigação	12
2.3.1. Questão de Partida	13
2.3.2. Objetivos	13
2.3.3. Desenho da Investigação	14
2.3.4. Recolha de Dados	17
a) Amostras	17
b) Métodos e Procedimentos	20
c) Instrumentos	22
3. Estrutura da Dissertação	24
4. Referências	26

Capítulo I.

Clientes Involuntários em Terapia. Enquadramento Teórico

<i>A Intervenção com Clientes Involuntários: Complexidade e Dilemas</i>	35
---	----

Capítulo II.

Clientes Involuntários e Terapeutas, Aliança Terapêutica e Resultados. Estudos Empíricos

2.1. Estudo dos Clientes	59
<i>The therapeutic alliance with involuntary clients: How does it work?</i>	61
2.2. Estudo dos Terapeutas	85
<i>Building Alliances with (In)Voluntary Clients: A study focused on therapists' observable behaviors</i>	87
2.3. Estudo dos Resultados	113
<i>When the family doesn't want to come to therapy, is there any hope? A study focusing on outcomes and alliance with (in)voluntary clients</i>	115

Capítulo III.

Microanálise da Aliança Terapêutica. Estudos de Caso

3.1. Estudo da Interação Clientes-Terapeutas	143
<i>Rupturas de la Alianza</i>	145

Discussão Integrada e Considerações Finais

Dos Clientes (In)Voluntários ao Sistema Terapêutico, Múltiplas Versões da Aliança Terapêutica 175

1. Revisão e Discussão dos Principais Resultados
 - 1.1. Clientes (In)Voluntários em Terapia Familiar: Quem são? Como se caracterizam? 176
 - 1.2. A Aliança Terapêutica “Forçada”. Características e co-construção 181
 - 1.2.1. Microanálise da Aliança Terapêutica 190
 - 1.3. Clientes (In)Voluntários, Resultados e Aliança Terapêutica. (Inter)Conexões 196
2. Implicações para a Prática Clínica, Formação e Treino dos Terapeutas 200
3. Limitações e Estudos Futuros 208
4. Referências 212

Apêndices

- Apêndice A: *Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar – versão observacional (SOFTA-o)* 223
- Apêndice B: *Escala de Objetivos Atingidos (GAS)* 225
- Apêndice C: *Manual de Treino e Codificação do SOFTA-o* 227
- Apêndice D: *Grelhas de Codificação (SOFTA-o e GAS)* 229
- Apêndice E: *Gráficos Família Voluntária* 231
- Apêndice F: *Gráficos Ruturas e Reparação* 233

Introdução

“Fazer terapia não é resolver problemas ou corrigir erros mas mergulhar no mistério das famílias e do encontro. Isto implica passar de uma terapia onde o terapeuta observa para uma terapia onde o terapeuta se observa (...).”
(Ausloos, 2003, p. 21)

1. Enquadramento Temático

Foi o interesse pelos mistérios da terapia, e das famílias em terapia em particular, a semente que fez nascer o presente trabalho de investigação. E embora seja incapaz de encerrar a riqueza, complexidade e imprevisibilidade da arte de fazer terapia, este trabalho pretende, ainda assim, poder contribuir para a compreensão do processo terapêutico com clientes involuntários no contexto da terapia familiar sistémica, particularmente ao nível da construção da aliança terapêutica.

1.1. Clientes (In)Voluntários em Terapia Familiar

Pensando na história da psicoterapia é fácil concluir que a maioria das teorias e modelos terapêuticos, tanto nos seus fundamentos conceptuais como nas suas práticas, se baseia no pressuposto de que os clientes procuram ajuda terapêutica de modo livre e voluntário ou, pelo menos, dependente do seu livre arbítrio. Nessa lógica, é também assumido que o sujeito que busca ajuda psicológica está conscientemente em sofrimento, e que será esse, afinal, o *leitmotiv* da sua busca de ajuda. Este raciocínio globalizante esquece, contudo, que em terapia se encontram crianças, sujeitos pouco capazes de tomarem essa decisão de forma informada, pessoas que não admitem ter um problema e/ou famílias ou casais onde nem todos desejam tal tipo de ajuda. Tal como esquece, também, que muitas vezes os terapeutas se confrontam com indivíduos que “resistem” a envolver-se na terapia (quer individualmente, quer como grupo), sobretudo quando esta é imposta (como por exemplo, nos casos de “desvio” à norma psicossocial

vigente). De facto, é muito frequente os técnicos de saúde mental trabalharem na prática clínica com clientes que, não tendo formulado espontaneamente um pedido de ajuda, foram referenciados por serviços ou instituições públicas ou privadas (tribunais, escolas, serviços de proteção de menores, hospitais, entidades patronais) ou por outros profissionais (professores, médicos, terapeutas). São estes clientes que, na literatura e de forma genérica, são frequentemente designados como involuntários. No *Enquadramento Teórico* apresentado no Capítulo I será abordada a complexidade inerente à própria definição de involuntário e, em consequência, a quem se refere (clientes mandatados, clientes não voluntários, clientes/famílias involuntárias). Contudo, é imperativo tentar clarificar nesta fase introdutória o que se entende, ao longo dos estudos que constituem esta dissertação, por clientes involuntários. Neste contexto são definidos como clientes involuntários as famílias que estão em terapia devido a um encaminhamento de terceiros (serviços públicos ou privados, como escolas, centros de saúde, serviços de proteção de menores, etc.), associado ao seu desejo de não participação e envolvimento no processo terapêutico (Sotero & Relvas, 2012). Por oposição, os clientes voluntários reportam-se às famílias que estão em terapia porque fizeram um pedido espontâneo de ajuda e têm vontade de participar e de se envolver no processo terapêutico. É importante notar que, ao longo deste trabalho, por uma questão de facilidade discursiva, serão utilizadas indiferenciadamente as expressões clientes (in)voluntários, clientes/famílias (in)voluntárias, famílias (in)voluntárias, para nos referirmos a esta categoria de famílias em terapia.

A eleição do objeto de estudo deste trabalho ficou a dever-se, em grande medida, às dificuldades sentidas na minha prática clínica com clientes involuntários e por parecer existir, nessas circunstâncias, alguma incoerência entre o que aprendi e o que me era pedido. A maior parte dos modelos teóricos que estudei foram de facto pensados para responder às solicitações da família que foi capaz de decidir e optar por pedir ajuda. Na verdade, apesar de alguns modelos [e.g., Modelo Transteórico dos Estádios de Mudança (Prochaska, 1999); Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2002); Terapia Familiar Funcional (Sexton & Alexander, 2003)] terem desenvolvido respostas particulares que enquadram especificidades do contexto involuntário, tem havido muito pouca investigação científica com o propósito de perceber e melhorar a intervenção com clientes involuntários (Calder, 2008; De Jong & Berg, 2001). Esta foi

outras das razões que me levou a desejar investigar o processo terapêutico com clientes involuntários, procurando perceber em que se diferencia, mas também em que se assemelha à situação oposta, isto é, terapia com clientes voluntários, tanto em termos compreensivos como de adequação da resposta terapêutica.

Se nos centrarmos na família que de forma não voluntária chega à terapia, verifica-se que a problemática relacionada com a intervenção terapêutica com clientes involuntários se complexifica. Como é sabido, quando trabalhamos terapeuticamente com famílias é muito frequente depararmo-nos com diferentes graus de envolvimento, de participação voluntária e motivacional, bem como pedidos específicos diversos por parte de cada um dos seus elementos. Nalguns casos não há coincidência, nem sequer acordo ou concordância intrafamiliar relativamente a estes aspetos. Para além disso, lidamos ainda simultaneamente com diferentes níveis de desenvolvimento (jovens, crianças, idosos, etc.) e de poder (relacionados, por exemplo, com as funções desempenhadas por cada elemento no sistema, ou mesmo com o género) dentro de uma mesma família. Adicionalmente, é muitas vezes a partir do comportamento “desviante” de um elemento da família (ou de mais do que um, mas quase sempre claramente identificados) que é feita a sinalização que conduz ao encaminhamento para terapia. É esperável, então, que essa situação suscite a nível intrafamiliar um contexto de culpabilização agravado em relação a esse elemento, associado a eventuais coligações, o que mina a possibilidade de envolvimento da família como um todo na terapia, bem como amplifica a dificuldade de estabelecer objetivos familiares comuns para o processo. Também os aspetos anteriormente assinalados acabam por evidenciar a importância clínica de estudar as especificidades da intervenção com famílias involuntárias e, naturalmente, fomentar a minha vontade de explorar e “mergulhar” no processo terapêutico familiar.

1.2. Aliança Terapêutica

Ainda a propósito dos desafios da terapia com clientes involuntários, a revisão da literatura revelou que um dos aspetos mais salientes (e empiricamente inexplorado) na intervenção com estes clientes se refere às dificuldades na construção da aliança terapêutica (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006; Honea-Boles & Griffin,

2001; Mahaffey & Lewis, 2008; Snyder & Anderson, 2009): Como podemos criar uma boa aliança terapêutica com uma pessoa que não procurou voluntariamente a nossa ajuda? Como podemos desenvolver uma aliança forte com alguém que está com raiva ou zangado por se sentir forçado a estar na terapia? Obviamente a resposta não é fácil, mas, num primeiro momento, pareceu-me essencial procurar investigar a relação entre estes clientes e os terapeutas para, num segundo momento, encontrar estratégias e formular recomendações que possam favorecer a construção dessa relação. Estas tarefas são particularmente relevantes na medida em que há evidência empírica consistente que suporta a convicção de que a qualidade da aliança é um elemento importante no sucesso (ou na efetividade) da terapia (Horvath & Bedi, 2002), tanto nas terapias individuais (Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Norcross & Wampold, 2011) como nas terapias conjuntas (Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011). Este posicionamento abriu assim uma via de reflexão importante na temática dos clientes involuntários, e que se traduziu, neste trabalho, na opção por investigar a construção da aliança no contexto da terapia familiar, elegendo-a como a principal variável a ser investigada nos estudos que integram esta investigação.

O conceito (não o constructo) de aliança terapêutica tem uma longa história, remontando a sua origem à teoria psicanalítica e às ideias freudianas sobre o papel e a função da transferência na terapia (Horvath & Bedi, 2002). Subsequentemente, o termo aliança foi elaborado por Sterba (1934), Zetzel (1956) e Greenson (1965). Todavia, durante a década de 1970 foram feitos esforços para alargar o conceito de aliança para além das suas raízes psicodinâmicas, de modo a permitir englobar os elementos relacionais colaborativos de todas as abordagens terapêuticas. Neste sentido, Bordin (1979) propôs uma definição panteórica da aliança, a qual designou de *working alliance*. A aliança de trabalho foi então definida como a concretização de uma postura colaborativa na terapia e cujo desenvolvimento é alcançado através de três processos: (1) acordos sobre os objetivos terapêuticos, (2) consensos acerca das tarefas que compõem a terapia, e (3) uma ligação entre cliente e terapeuta. Bordin previu que diferentes terapias enfatizam diferentes aspetos da aliança e propôs ainda que, à medida que a terapia progride, a força da aliança flutua com os acontecimentos que naturalmente ocorrem no curso da terapia. Nesse sentido, a reparação de possíveis tensões na aliança oferece fortes possibilidades terapêuticas e contribui de forma direta

para a mudança terapêutica. A característica mais marcante desta (re)conceptualização panteórica da aliança foi a tónica na colaboração, no consenso e na necessidade de um “trabalho conjunto” (Bordin, 1979). De um modo geral, a aliança refere-se à qualidade e força da relação colaborativa entre cliente e terapeuta (Horvath et al., 2011). Esta dimensão colaborativa da aliança é entendida como transversal a diferentes definições associadas a perspetivas teóricas distintas.

1.3. Especificidades da Aliança nas Terapias Conjuntas. Conceptualização e Medida

Embora a relevância da aliança nas terapias conjuntas tenha sido reconhecida há cerca de 20 anos atrás, a verdade é que recebeu nesse contexto pouca atenção teórica e empírica, quando comparada com a que recebeu na psicoterapia individual. Pinsof e Catherall (1986) foram pioneiros no estudo da aliança no âmbito da terapia familiar e de casal. Tomando como ponto de partida a definição tripartida (*goals, tasks and bonds*) de Bordin, aplicaram-na a três facetas interpessoais específicas da terapia familiar (aliança do próprio com o terapeuta, aliança dos outros com o terapeuta, e a aliança do grupo com o terapeuta). A ideia central desta conceptualização é que não só os membros de uma família variam no modo como se “ligam” ao terapeuta e (dis)concordam dos objetivos e tarefas da terapia, como também cada elemento observa, avalia e é influenciado pela forma como os outros membros da família se sentem na terapia e pelo modo como o sistema familiar (ou de casal) como um todo responde ao que ocorre na terapia (Pinsof & Catherall, 1986). A existência de múltiplas alianças que interagem sistemicamente (Pinsof, 1994) é uma característica única do contexto das terapias conjuntas. Por essa razão, uma representação completa da aliança implica prestar atenção não só à forma como a unidade familiar colabora de forma conjunta na terapia – *allegiance* (Symonds & Horvath, 2004), *within family alliance* (Pinsof, 1994) or *shared sense of purpose* (Friedlander et al., 2006) – , como também ao modo como cada um dos membros da família está na terapia (Friedlander et al., 2011).

Influenciados por várias tendências teóricas e empíricas na área das terapias conjuntas, Friedlander et al. (2006) desenvolveram um modelo multidimensional da

aliança que reflete tanto as singularidades da terapia com famílias e casais, como as características comuns a diferentes modalidades terapêuticas. O *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA; Friedlander et al., 2006) surgiu assim como um modelo conceptual e um conjunto de ferramentas para definir e avaliar a aliança na terapia familiar e de casal. De acordo com este modelo, a aliança pode ser avaliada com base em quatro dimensões interrelacionadas: (1) Envolvimento no Processo Terapêutico, (2) Conexão Emocional com o Terapeuta, (3) Segurança dentro do Sistema Terapêutico, e (4) Sentimento de Partilha de Objetivos na Família. As duas primeiras dimensões (Envolvimento e Conexão Emocional) refletem as relações entre cliente-terapeuta (*between-systems alliance*) enquanto as outras duas (Segurança e Partilha de Objetivos) espelham as relações dentro da família (*within-family alliance*). Esta introdução alargada sobre a aliança terapêutica justifica-se pela relevância desta variável nos estudos desta investigação e pela necessidade de clarificar a que nos referimos quando falamos de aliança. De notar que, por uma questão de facilidade discursiva utilizaremos indiferenciadamente os termos “aliança” e “aliança terapêutica”.

Em resumo, esta investigação surgiu da necessidade de refletir sobre a experiência clínica com clientes involuntários, no sentido de compreender as suas complexidades e os seus desafios. Com esse intuito, interessava conhecer o processo de construção da aliança terapêutica analisando, de forma empiricamente sustentada, em que se diferencia (ou assemelha) do processo de construção da aliança com clientes voluntários. Em nosso entender, esse conhecimento empírico tem dois propósitos fundamentais: por um lado, poder contribuir para a imprescindível reflexão e discussão sobre a intervenção terapêutica com clientes involuntários, clarificando quais as vicissitudes inerentes ao processo terapêutico nessas circunstâncias, e, por outro, informar a prática clínica, procurando delinear estratégias de intervenção que possam ajudar os terapeutas a promover a colaboração e o envolvimento das famílias que se sentem forçadas a estar na terapia por parte de outros profissionais ou instituições.

“If we can start by being clear about our first principles, or our assumptions about what is knowable, there is a better probability that we can be clear about the character, strengths, and limitations of our research products.”
(Daly, K., 2007, p. 21)

2. Mapas Conceptual e Metodológico

O que sabemos depende de *como* sabemos. Neste sentido, toda a produção de conhecimento científico se sustenta em pressupostos epistemológicos subjacentes à própria atividade científica (Stanton & Welsh, 2012). A explicitação e reflexão sobre “como conhecemos” oferecem ao investigador a oportunidade de tornar claro o conjunto de regras que conduzem a sua percepção e determinam a gestão da informação na resolução de problemas (Stanton, 2009). Os pressupostos epistemológicos e as escolhas metodológicas do investigador influenciam todas as fases do processo de investigação, desde o modo como se formulam as questões relativamente ao problema em estudo, à forma como se operacionalizam os constructos, ou como se selecionam os sujeitos de uma população, passando ainda pelo modo como se analisam os dados e se dá significado aos resultados (Snyder & Kazak, 2005). Deste modo, a presente secção tem como objetivo clarificar as matrizes conceptual e metodológica que guiaram o processo de investigação, procurando ainda refletir até que ponto as premissas-chave subjacentes ao quadro conceptual adotado são consistentes e adequadas às principais opções metodológicas tomadas.

2.1. Referencial Teórico e Implicações Metodológicas

Para investigar o processo terapêutico familiar com clientes involuntários foi adotada a epistemologia sistémica como referencial teórico. Segundo Gurman, Kniskern e Pinosof (1986), esta teoria do conhecimento pode ser sintetizada nas seguintes premissas: (1) a ênfase nos padrões, informações e relações; (2) o reconhecimento da causalidade circular; (3) a assunção de que o todo não pode ser conhecido pelas partes

decompostas ou isoladas; e (4) a ideia de que não há uma única realidade ou verdade cognoscível, objetiva e independente. Segundo este enquadramento, a investigação do processo terapêutico deve ter como componentes: (1) focar o terapeuta, o sistema familiar e os seus subsistemas; (2) atender à interação inter e intrassistemas (família e terapeuta) ao longo do tempo; (3) procurar analisar os processos de mudança; e (4) considerar a relevância dos dados observacionais e experienciais, bem como dos respetivos métodos de avaliação (Pinsof, 1989).

Adotando, assim, como guia, esta lente conceptual, a presente investigação do processo terapêutico familiar procurou debruçar-se sobre o sistema familiar (Estudo 1) e também sobre os terapeutas (Estudo 2), em diferentes momentos da terapia (1ª e 4ª sessões). A análise da interação entre família e terapeutas é feita, sobretudo, nos Estudos 4 e 5, através da microanálise sequencial do processo de *feedback* contínuo entre os dois sistemas. Por sua vez, o foco na mudança é especialmente importante no Estudo 3, com a análise dos resultados terapêuticos finais. A observação dos comportamentos relacionados com a aliança foi o método privilegiado para compreender o processo terapêutico, reconhecendo-se, desde logo, a limitação decorrente da ausência de informação sobre o significado da experiência (pensamentos e sentimentos) de ambos os intervenientes (família e terapeutas) ao longo da terapia.

2.2. Premissas Epistemológicas e Metodológicas da Investigação

Para além da epistemologia sistémica, este projeto de investigação enquadra-se primordialmente no paradigma de investigação pós-positivista (ou realismo crítico; Guba & Lincoln, 1994), na medida em que reconhece que é impossível o investigador ser totalmente removido do processo de investigação, apesar da sua preocupação em medir e representar de forma o mais exata possível a realidade (Daly, 2007). Neste sentido, há a constatação de que a realidade apenas pode ser apreendida de um modo imperfeito e probabilístico devido às características intelectuais do investigador e à natureza complexa do objeto de estudo. Assume-se, pois, um ponto de vista que rejeita a fusão entre o mapa e o território ou entre o nome e a coisa nomeada (Bateson, 1979/1987).

Em termos teóricos o processo de investigação assenta predominantemente numa lógica abdutiva, baseada na recursividade entre dedução e indução, e que consiste em ir além da teoria e dos dados disponíveis, procurando gerar em cada momento a melhor (ou mais plausível) explicação do fenómeno (Daly, 2007). De notar que a fase inicial da investigação foi sobretudo marcada por uma lógica predominantemente dedutiva, dado que a revisão teórica da literatura orientou a definição da questão de investigação e o próprio desenho do estudo. Já a fase final da investigação baseou-se fundamentalmente numa lógica indutiva, ao procurar gerar e integrar os conhecimentos adquiridos a partir dos resultados encontrados.

Ao nível metodológico, e no sentido de considerar múltiplos pontos de vista, optou-se por uma metodologia mista de investigação (Desenho Sequencial Explicativo), uma vez que foram recolhidos, analisados e integrados dados quantitativos e qualitativos em diferentes fases do programa de investigação (Creswell, 2006). Numa primeira fase (Estudos 1, 2 e 3) optou-se por uma abordagem sobretudo quantitativa, através da recolha e análise quantitativa dos dados, tendo-se considerado esta abordagem apropriada para descrever objetivamente as características do fenómeno em estudo e as variáveis a investigar. Foram privilegiadas nestes estudos questões como a dimensão da amostra e a capacidade de generalização dos resultados. Numa segunda fase (Estudos 4 e 5) foram usadas abordagens sobretudo qualitativas, através da recolha e análise qualitativa dos dados, com o objetivo de responder às questões de investigação relativas ao processo de interação entre clientes e terapeutas. Com a investigação qualitativa pretendíamos alcançar uma compreensão complementar e contextualizada que pudesse ser associada à generalização (ou validade externa dos resultados) e ajudasse a explicar os resultados quantitativos.

Conforme referido, foi escolhido o método observacional por ser um método especialmente útil quando a variável em estudo é um comportamento social que envolve a interação entre diferentes participantes e se está particularmente interessado no processo e não nos resultados, ou seja, na forma como a interação se desenrola ao longo do tempo (Bakeman, 2000). A observação comportamental realizada é considerada sistemática porque os procedimentos usados são públicos (todos os procedimentos estão claramente descritos e acessíveis a outros) e é replicável (em circunstâncias semelhantes, outros observadores forneceriam resultados similares) (Bakeman, 2000).

Assim, a observação sistemática permitiu avaliar comportamentos independentemente das qualidades pessoais dos observadores, embora se verifique como limitação o facto de categorias pré-definidas limitarem o que é visto, ou pelo menos o que é registado – “*a way of seeing is a way of not seeing*” (Daly, 2007, p. 27). Outra das vantagens decorrentes da utilização deste método foi a possibilidade de aceder ao contexto real e natural do *setting* terapêutico.

2.3. Questão de Partida, Plano e Procedimentos de Investigação

Depois de refletir sobre os posicionamentos epistemológico e metodológico subjacentes à presente investigação (cf. Figura 1), importa agora apresentar a questão de partida, os objetivos, o desenho da investigação e o processo de recolha de dados, nomeadamente, a seleção das amostras, os métodos de recolha e os instrumentos.

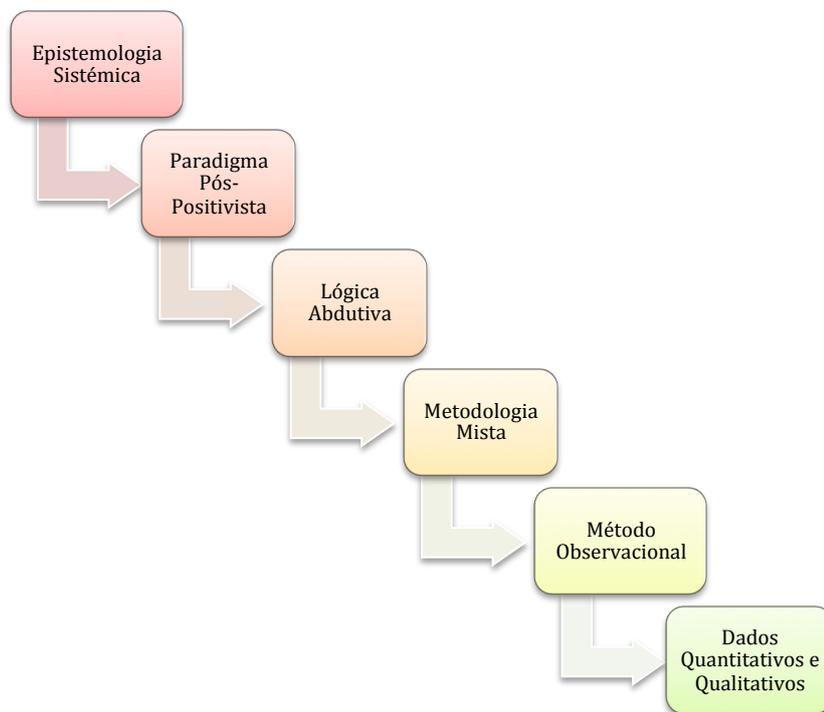


Figura 1. Da Epistemologia à Recolha dos Dados.

2.3.1. Questão de Partida

De que modo é afetada a aliança terapêutica quando trabalhamos em terapia familiar com clientes involuntários, por comparação com clientes voluntários?

2.3.2. Objetivos

De um modo geral, pretende-se com esta investigação contribuir para a compreensão do processo terapêutico com clientes involuntários no contexto da terapia familiar sistémica, particularmente ao nível da construção e evolução da aliança terapêutica. Para tal, foram definidos sete objetivos principais (entre parênteses é/são indicado/s o/s estudo/s desenvolvido/s para os atingir):

1. Avaliar as diferenças e semelhanças na força da aliança terapêutica entre famílias involuntárias e voluntárias, em dois momentos do processo de terapia familiar (1ª e 4ª sessões), a partir dos comportamentos observáveis dos clientes,
(Estudo 1)
2. Examinar as diferenças e semelhanças entre os contributos observáveis dos terapeutas para a aliança terapêutica em processos terapêuticos com famílias involuntárias e voluntárias na 1ª e 4ª sessões de terapia familiar.
(Estudo 2)
3. Comparar os resultados terapêuticos de famílias involuntárias e voluntárias no contexto da terapia familiar.
(Estudo 3)
4. Explorar os eventuais efeitos da aliança terapêutica e da condição inicial de involuntário e voluntário nos resultados terapêuticos.
(Estudo 3)
5. Investigar a interação entre os comportamentos de clientes e terapeutas na (co)construção da aliança terapêutica, especialmente em momentos de rutura na aliança.
(Estudos 4 e 5)

6. Retirar implicações para a prática clínica, no sentido de formular recomendações que possam otimizar a construção da aliança terapêutica e a intervenção com famílias involuntárias.

(Estudos 1, 2, 3, 4 e 5)

7. Adaptar para o contexto Português dois instrumentos que visam fomentar a investigação e uma prática clínica mais informada no âmbito da terapia familiar, nomeadamente:

- 7.1. Uma ferramenta observacional específica das terapias conjuntas que permite avaliar a força da aliança terapêutica – *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA-o; Friedlander et al., 2006).

- 7.2. Um método de avaliação dos resultados terapêuticos adaptado ao contexto de intervenção familiar – *Goal Attainment Scaling* (GAS; Kiresuk & Sherman, 1968).

(2 Estudos Preparatórios)

2.3.3. Desenho da Investigação

Com o intuito de procurar cumprir estes objetivos foi elaborado um plano de investigação que contempla um desenho sequencial explicativo, no âmbito das investigações por métodos mistos (Creswell, 2006). O programa de investigação comporta assim oito estudos: um enquadramento teórico, três estudos empíricos quantitativos, dois estudos qualitativos complementares e dois estudos preparatórios (cf. Figura 2).

A primeira fase da investigação consistiu numa revisão da literatura sobre a temática dos clientes involuntários, de modo a construir um referencial teórico orientador dos estudos a realizar. De seguida, realizaram-se os estudos preparatórios com a adaptação portuguesa das ferramentas que constituem o protocolo de investigação, nomeadamente os estudos psicométricos do SOFTA-o (cf. Apêndice A) e GAS (cf. Apêndice B), tal como a tradução do *Manual de Treino* do SOFTA-o (cf. Apêndice C). Posteriormente, executaram-se os estudos empíricos quantitativos 1, 2 e 3. Estes três estudos quantitativos procuraram dar resposta aos quatro primeiros objetivos, tal como contribuir para o sexto objetivo. A Figura 3 apresenta o desenho da

investigação dos estudos quantitativos, representando, graficamente, as variáveis investigadas, bem como as relações entre elas.

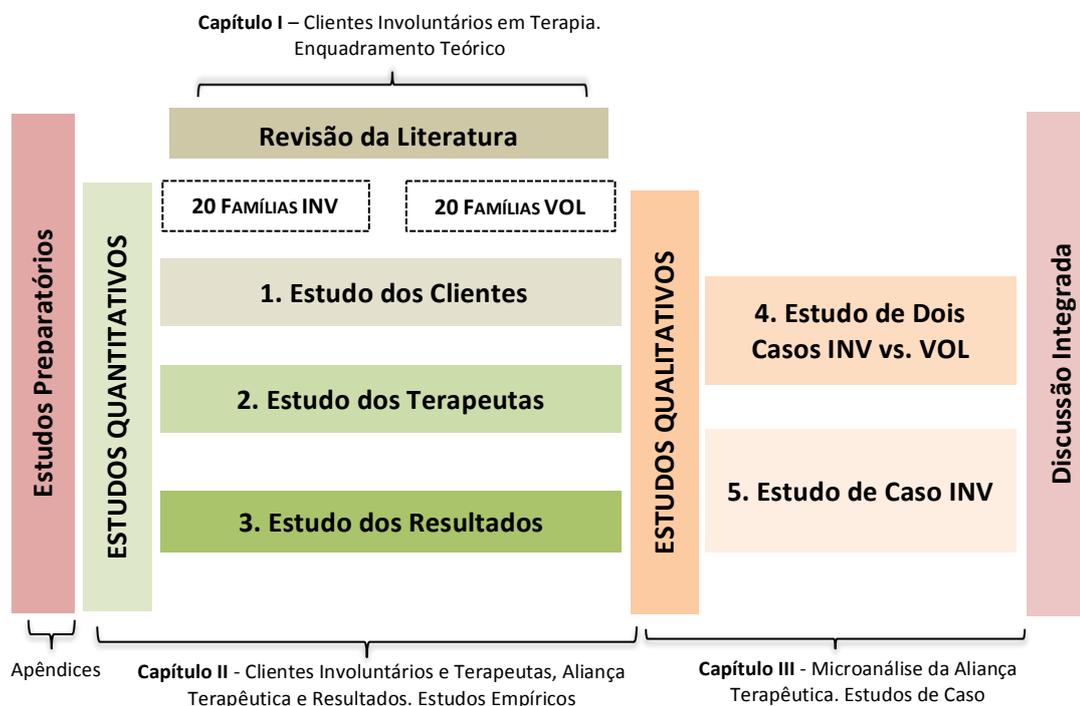


Figura 2. Desenho Sequencial Explicativo

O *Estudo dos Clientes* (1.) centrou-se numa primeira fase em comparar os comportamentos observáveis da aliança terapêutica de clientes involuntários e voluntários na 1ª e 4ª sessões (comparação intergrupos) (1.1.) e, posteriormente, em analisar a evolução da aliança terapêutica da 1ª para a 4ª sessão em ambos os tipos de clientes (comparação intra e intergrupos) (1.2). O *Estudo dos Terapeutas* (2.) focou-se em comparar os comportamentos observáveis dos terapeutas que contribuem para a aliança com clientes involuntários e voluntários na 1ª e 4ª sessões (comparação intergrupos) (2.1) e em analisar a evolução desses contributos da 1ª para a 4ª sessão em ambos os grupos (comparação intra e intergrupos) (2.2.). Finalmente, o *Estudo dos Resultados* (3.) concentrou-se em comparar os resultados terapêuticos dos clientes involuntários e voluntários (3.1.), para além de investigar se a aliança terapêutica na 1ª e

na 4ª sessão e a condição inicial dos clientes (involuntários vs. voluntários) têm um efeito nos resultados finais da terapia (3.2.).

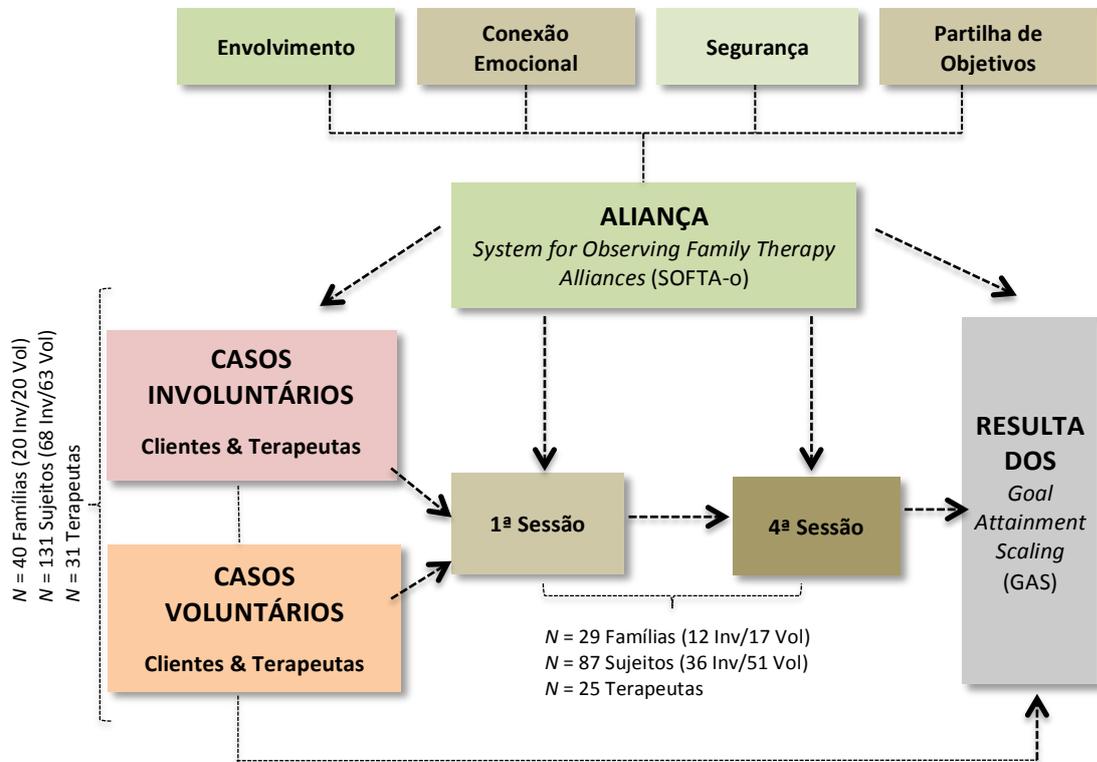


Figura 3. Desenho da Investigação dos Estudos Quantitativos

Na última fase da investigação foram conduzidos dois estudos empíricos qualitativos (*Estudos de Caso 4 e 5*), com vista a estudar o processo de interação entre os comportamentos de clientes e terapeutas, em particular procurando perceber como reagem os terapeutas às ameaças e quebras na aliança por parte dos clientes. O primeiro estudo consistiu na análise de dois casos clínicos, um involuntário e outro voluntário, acompanhados pela mesma equipa de terapeutas. Num primeiro momento (4.1.) comparou-se de que forma a mesma equipa de coterapeutas contribui para a aliança terapêutica (análise de frequências), após a manifestação de comportamentos negativos por parte dos clientes voluntários e involuntários nas 1ª e 4ª sessões e, posteriormente, (4.2) efetuou-se uma microanálise da sequência de manifestações negativas dos clientes e da resposta dos terapeutas no caso clínico com a família involuntária nas sessões 1 e 4. O segundo estudo qualitativo contemplou um estudo de caso com a identificação

(5.1) de marcadores de rutura da aliança por parte dos clientes e (5.2) indicadores da sua reparação por parte dos clientes e terapeutas, bem como (5.3) uma microanálise sequencial do binómio rutura/reparação ao longo de todo o processo terapêutico. A Figura 4 representa o desenho de investigação dos dois estudos qualitativos.



Figura 4. Desenho da Investigação dos Estudos Qualitativos

2.3.4. Recolha de Dados

a) Amostras

Foi recolhida uma amostra aleatória de 40 processos clínicos finalizados (20 com famílias involuntárias e 20 com famílias voluntárias) a partir dos arquivos vídeo com registo do processo terapêutico completo da *Consulta de Casal e Família* do *Centro de Prestação de Serviços à Comunidade da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação* (CPSC¹-FPCEUC). Excluindo-se à partida os processos de terapia de casal, foram analisados os processos clínicos arquivados e concluídos entre 2000 e 2009 ($N = 130$), tendo-se dividido os casos em dois grupos, involuntários e voluntários, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

Famílias Involuntárias. (1) Através da análise da ficha de pedido de consulta, foram identificados todos os casos que foram encaminhados para terapia por um serviço

¹ Antigo Núcleo de Seguimento Infantil e Acção Familiar (NUSIAF)

público ou privado (e.g., escolas, serviços de saúde, serviços de proteção de menores). Com base neste critério foram categorizados como involuntários 73 casos clínicos, os quais foram posteriormente aleatorizados (i.e., a partir de uma lista com os 73 casos foi escolhido um de três em três), de modo a constituir-se um subgrupo de 20 casos. (2) Uma análise detalhada dos registos clínicos dos 20 processos terapêuticos aleatorizados (designadamente, da ficha de pedido de consulta, do relatório da primeira sessão e das notas dos terapeutas) permitiu eliminar os casos que não cumpriam uma segunda condição, designadamente que mais de metade dos membros da família tivessem afirmado claramente que não queriam, não precisavam ou não acreditavam na utilidade da terapia. Cada caso eliminado foi substituído por outro também aleatoriamente selecionado, tendo-se aplicado de forma sistemática estes critérios até o grupo de 20 casos manifestamente involuntários estar completo.

Famílias Voluntárias. (1) Com base na informação disponibilizada na ficha de pedido de consulta foram identificados 39 casos voluntários, isto é, os casos em que o pedido de ajuda foi feito por um membro da família de forma espontânea sem que houvesse qualquer referência a uma entidade externa. Estes processos clínicos foram então aleatorizados, novamente de três em três, no sentido de se constituir um subgrupo de 20 casos voluntários. (2) A análise detalhada dos registos escritos contidos nesses 20 processos permitiu eliminar os casos em que não foi atendida uma segunda condição: a de que nenhum membro da família tivesse dito que não queria, não precisava ou não acreditava na utilidade da terapia. Foi usado um procedimento semelhante ao descrito anteriormente para substituir os casos eliminados até que a subamostra de 20 casos claramente voluntários estivesse constituída.

Dos 130 processos clínicos analisados inicialmente não foi possível identificar a origem do pedido em 18, por esse motivo foram eliminados previamente ao processo de seleção atrás descrito. O objetivo principal do segundo critério de inclusão foi “limpar” as subamostras dos casos duvidosos, isto é, dos casos em que a maioria dos elementos familiares expressou explicitamente o seu desejo pela terapia, apesar do encaminhamento feito por terceiros (falso involuntários) e dos casos em que alguns dos elementos da família (ou apenas um deles) expressou explicitamente a sua oposição à terapia, apesar do pedido espontâneo para a terapia (falsos voluntários).

No grupo das 20 famílias involuntárias que cumpriram os critérios de seleção, cinco casos foram encaminhados pela escola, cinco por serviços de saúde mental, quatro por centros de saúde e seis por serviços de promoção e proteção de menores. Destas 20 famílias apenas seis (i.e., enviadas pelos serviços de proteção de menores) podem ser consideradas mandatadas (Rooney, 1992), no sentido em que estão na terapia porque enfrentam consequências legais/jurídicas no caso de se recusarem a participar.

Do processo descrito resultou então uma amostra total de 40 famílias e 131 indivíduos, distribuídos pelos dois grupos do seguinte modo: 20 famílias e 68 indivíduos (grupo de involuntários) e 20 famílias e 63 indivíduos (grupo de voluntários). De notar que, o número de famílias (e sujeitos) não é o mesmo na 1ª e na 4ª sessão, dado que houve elementos da família que não estiveram presentes em ambas as sessões, e processos terminados com alta e desistências/abandonos da terapia sem alta antes da 4ª sessão. Assim, participaram na 1ª sessão 127 sujeitos (40 famílias) (quatro elementos de famílias involuntárias estiveram ausentes na 1ª sessão), distribuindo-se pelos dois grupos do seguinte modo: 20 famílias e 64 indivíduos (grupo de involuntários) e 20 famílias e 63 indivíduos (grupo de voluntários). Na 4ª sessão estiveram presentes 91 sujeitos (29 famílias), assim distribuídos pelos grupos: 12 famílias e 40 sujeitos (grupo de involuntários) e 17 famílias e 51 sujeitos (grupo de voluntários). De notar que a maior parte das análises efetuadas nos estudos quantitativos (1, 2 e 3) tiveram por base os casos clínicos com dados completos das 1ª e 4ª sessões, ou seja, uma subamostra constituída por 29 famílias (12 involuntárias e 17 voluntárias) e 87 indivíduos (36 involuntários e 51 voluntários). Os quatro elementos de famílias involuntárias que não participaram na 1ª sessão (estiveram presentes apenas na 4ª) foram excluídos das análises estatísticas.

Relativamente aos terapeutas, foram contabilizados 31 terapeutas na amostra total, tendo sido analisada no Estudo 2 (acerca dos contributos dos terapeutas para a aliança) uma subamostra de 25, correspondente a 21 pares de coterapeutas. Esta subamostra foi originada pelo facto de se terem utilizado nas análises efetuadas apenas os casos clínicos com as duas sessões completas (1ª e 4ª sessões). Oito terapeutas participaram apenas em casos de clientes involuntários, nove participaram exclusivamente em casos de voluntários e oito estiverem envolvidos em processos terapêuticos com ambos os grupos (voluntários e involuntários).

Para os dois estudos qualitativos, que tiveram como objetivo a microanálise das rupturas na aliança, foram selecionados da amostra de 40 casos anteriormente descrita três casos clínicos, atendendo a um conjunto de critérios de inclusão específico de cada estudo. Para o Estudo 4 foram escolhidos dois casos clínicos, um involuntário e outro voluntário, tendo em consideração os seguintes critérios: (1) terem a mesma equipa de coterapeutas, (2) possuírem resultados terapêuticos semelhantes, (3) inexistência de uma grande variabilidade sociodemográfica (especificamente ao nível das habilitações, composição familiar e etapa do ciclo vital) e (4) semelhanças em relação ao motivo do pedido. Para o Estudo 5 foi selecionado um processo clínico com uma família involuntária marcado por uma frequência elevada de rupturas na aliança, em comparação com outros casos da mesma tipologia, e em que houvesse bons indícios da reparação da aliança, designadamente através da obtenção de bons resultados terapêuticos no final da terapia.

b) Métodos e Procedimentos

Os dados foram recolhidos a partir dos registos áudio e vídeo das sessões terapêuticas, das fichas de pedido de consulta, dos relatórios de sessão e de outras informações contidas nos arquivos dos processos clínicos selecionados. A vídeo-gravação das sessões é uma prática padrão no centro de terapia (CPSC-FPCEUC), e todos os clientes deram o seu consentimento para a gravação das sessões e o seu uso eventual em investigação. Foram analisadas as vídeo-gravações de 69 sessões terapêuticas: 40 vídeos de primeiras sessões e 29 de quartas sessões. A escolha destas sessões deveu-se ao facto de estarmos particularmente interessados em obter dados acerca da aliança terapêutica na fase inicial e intermédia da terapia. Para além disso, a quarta sessão foi escolhida porque tem sido indicada como um momento-chave do processo terapêutico em que é possível prever os resultados da terapia breve (Lambert, & Vermeersch, 2008; Stratton et al., 2014).

Os casos clínicos objeto de análise nesta investigação reportam-se a processos de terapia familiar sistémica. Uma forma de intervenção psicoterapêutica – assente num conjunto de pressupostos teórico-epistemológicos específicos – explicitamente focada em alterar as interações entre os elementos da família e que procura melhorar o

funcionamento da família, dos seus subsistemas e/ou dos seus membros individuais (Gurman et al., 1986; Relvas, 2003). Os processos terapêuticos seguem a lógica dos modelos de terapia familiar breve (6-9 sessões, espaçadas de 3 a 4 semanas) (Ausloos, 2003) e são compostos por sessões ou entrevistas interpessoais conjuntas formadas pelo sistema terapêutico – constituído pela família e pelos terapeutas – através de um processo conversacional de construção de novos significados (Anderson & Goolishian, 1992). Tendo sempre por base uma postura de segunda ordem (ou perspectiva pós-moderna), caracterizada por uma posição de curiosidade terapêutica (*not knowing*) e pela procura de visões múltiplas (Nichols & Schwartz, 1998; Relvas, 2003). As especificidades da intervenção (i.e. o/s modelo/s teórico/s focado/s) podem variar em função do caso, da sessão ou mesmo do momento dentro de uma sessão (Relvas, 2003). Assim, a metodologia utilizada baseia-se na conversação terapêutica (Ausloos, 2003) e no questionamento circular (Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1980), com recurso a técnicas aplicadas de forma flexível e pragmática em resposta à complexidade dos contextos dos clientes. Os processos terapêuticos desenvolvem-se num *setting* clássico de terapia familiar: duas salas contíguas, separadas por um espelho unidirecional, equipadas com um sistema de som e vídeo. Regra geral, os processos são acompanhados por três ou quatro terapeutas, funcionando dois deles em coterapia na condução das sessões, enquanto os restantes ficam atrás do espelho numa posição de observadores. Em todas as sessões analisadas foi feito um intervalo e um comentário final (ou reenquadramento), acompanhado por vezes pela prescrição de tarefas.

Resumindo, nos processos clínicos analisados o contexto terapêutico constituiu-se a partir: 1) da relação entre sistemas observantes, acoplados (terapeutas e clientes); 2) de uma estrutura colaborativa (não-hierárquica); 3) de uma compreensão circular do problema, ausente de juízos de valor; 4) da procura de uma mudança de significados ou de contextos, mais do que de mudanças específicas comportamentais ou estruturais, e 5) do reconhecimento das limitações da intencionalidade e do controlo do terapeuta (Relvas, 2003). Em termos terapêuticos, a ênfase coloca-se no significado (e não na patologia) e no diálogo ou conversação (e não na técnica), fazendo sentido que se aborde a terapia como um processo de construção e desconstrução do problema, por meio da recursividade clientes-terapeutas.

c) Instrumentos

Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar (SOFTA-o) – versão clientes (Friedlander et al., 2006; versão portuguesa de Sotero & Relvas, 2014a). Desenvolvida no âmbito desta investigação, esta ferramenta permite estimar a força da aliança terapêutica, a partir dos comportamentos observáveis (verbais e não verbais, positivos e negativos) dos clientes presentes nas sessões de terapia familiar, em quatro dimensões específicas: Envolvimento no Processo Terapêutico, Conexão Emocional com o Terapeuta, Segurança dentro do Sistema Terapêutico e Sentimento de Partilha de Objetivos na Família. No final do processo de codificação cada dimensão da aliança é pontuada numa escala de sete pontos (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3), correspondendo o 0 a uma *aliança neutra* ou *nada a assinalar*, o -3 representa o extremo negativo da escala (*aliança extremamente problemática*) e o +3 o extremo oposto (*aliança extremamente forte*). Os procedimentos de codificação adotados (e.g., treino dos avaliadores, cálculo do *Coefficiente de Correlação Intraclasse*) seguiram as instruções do *Manual de Treino* (Friedlander, Escudero, Heatherington et al. 2005; versão portuguesa de Sotero, Portugal, Cunha, Vilaça, & Relvas, 2010) e estão pormenorizadamente descritos em cada um dos respetivos estudos.

Este instrumento foi usado nos estudos 1, 3, 4 e 5. No estudo dos clientes (Estudo 1) e dos resultados (Estudo 3) as análises foram efetuadas com base nos valores quantitativos da aliança (de -3 a +3). Nos estudos qualitativos 4 e 5 foi feita uma microanálise dos comportamentos dos clientes, sem atender diretamente às pontuações globais da aliança.

Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar (SOFTA-o) – versão terapeutas (Friedlander et al., 2006; versão portuguesa de Sotero & Relvas, 2014a). Esta versão possibilita identificar e avaliar os comportamentos observáveis (verbais e não verbais, positivos e negativos) dos terapeutas que contribuem (positivamente ou negativamente) para a construção e manutenção da aliança terapêutica. As pontuações das contribuições dos terapeutas são idênticas às identificadas previamente para os clientes. Assim, uma pontuação de +3 significa que o terapeuta contribuiu de forma muito positiva para o Envolvimento dos clientes, ou para a sua Segurança, etc.. Da mesma forma que uma pontuação de -3 significa que o comportamento do terapeuta

contribuiu muito para o detrimento da aliança na dimensão que está a ser analisada.

Nos Estudos 2, 4 e 5 foram analisadas as contribuições dos terapeutas para a aliança com esta versão do instrumento. No estudo 2, especificamente sobre os terapeutas, a análise dos dados baseou-se na avaliação quantitativa dos comportamentos-contributo dos terapeutas para a aliança. A microanálise dos comportamentos dos terapeutas foi alvo de análise nos estudos 4 e 5.

Escala de Objetivos Atingidos (Kiresuk & Sherman, 1968; versão portuguesa de Sotero & Relvas, 2014b). A versão portuguesa adaptada à intervenção familiar da GAS foi desenvolvida no contexto da presente investigação e permite avaliar os resultados de uma determinada intervenção, de acordo com objetivos específicos previamente definidos. É uma abordagem de avaliação individualizada, i.e., centrada no cliente ou grupo (Young & Chesson, 1997) e que possibilita avaliar longitudinalmente a mudança (Ottenbacher & Cusick, 1990). O método proposto consiste na identificação prévia dos objetivos a atingir com a intervenção (ou terapia) e na avaliação posterior do grau em que estes foram alcançados. A versão da GAS aqui apresentada é constituída por cinco níveis de mudança (+2, +1, 0, -1, -2), para cada uma das metas definidas (geralmente três). Relativamente a um objetivo pré-definido, a pontuação de +2 significa uma *melhoria acentuada* enquanto uma pontuação de -2 representa um *agravamento acentuado*. Pode ser adicionalmente calculado um índice global de mudança (somando as pontuações de cada uma das metas a dividir pelo número de metas) que traduz a evolução do caso.

No Estudo 3, sobre os resultados terapêuticos, foi utilizada a versão portuguesa da GAS, recorrendo-se ao valor do índice global de mudança nas análises efetuadas. Nos Estudos 4 e 5 os dados obtidos com a GAS foram um importante recurso na definição da amostra, incluindo-se nos critérios de inclusão informação relativa aos resultados terapêuticos finais.

3. ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação integra uma *Introdução*, onde se apresenta a temática dos clientes involuntários e da aliança terapêutica e se explicitam os motivos que conduziram à escolha do tema (*Enquadramento Temático*). São ainda clarificados na *Introdução* os contornos conceptuais e metodológicos que orientaram o processo de investigação (*Mapas Conceptual e Metodológico*), através da definição da questão de partida, dos objetivos, do desenho da investigação e dos procedimentos de recolha de dados. Para além disso, é composta por três capítulos, uma discussão integrada e apêndices.

O primeiro capítulo (*Clientes Involuntários em Terapia. Enquadramento Teórico*) é composto pelo artigo de revisão da literatura intitulado *A Intervenção com Clientes Involuntários: Complexidade e Dilemas* (Sotero & Relvas, 2012). Este capítulo apresenta a base teórica subjacente à origem desta investigação, enquadrando conceptualmente o tema dos clientes involuntários. São abordados nesse artigo os seguintes tópicos: as dificuldades inerentes à própria definição de clientes involuntários, a importância do posicionamento epistémico do terapeuta, as especificidades na intervenção com estes clientes (aliança terapêutica, dilemas éticos, motivação e mudança) e, finalmente, os modelos de intervenção apontados pela literatura como os mais adequados na intervenção com estes clientes.

O segundo capítulo denominado *Clientes Involuntários e Terapeutas, Aliança Terapêutica e Resultados. Estudos Empíricos*² constitui o corpo central da tese e apresenta-se dividido em três subcapítulos. O primeiro (2.1. *Estudo dos Clientes*) é constituído pelo artigo *The therapeutic alliance with involuntary clients: How does it work?* (Sotero, Major, Escudero, & Relvas, 2016b), onde se apresenta um estudo empírico de carácter quantitativo que compara o estabelecimento da aliança terapêutica com clientes involuntários e voluntários no contexto da terapia familiar. De forma

² Os estudos empíricos que integram o capítulo II são apresentados em formato de artigo científico e em língua inglesa, pelo facto de constituírem artigos publicados, submetidos e em preparação em revistas científicas internacionais cuja língua oficial é o inglês.

complementar, o segundo (2.2. *Estudo dos Terapeutas*) é relativo ao artigo *Building Alliances with (In)Voluntary Clients: A study focused on therapists' observable behaviors* (Sotero, Cunha, Silva, Escudero, & Relvas, 2016a) onde se expõe um estudo quantitativo que compara, por sua vez, os contributos dos terapeutas para a aliança com clientes involuntários e voluntários. O terceiro e último subcapítulo (2.3. *Estudo dos Resultados*) reporta-se ao artigo *When the family doesn't want to come to therapy, is there any hope? A study focusing on outcomes and alliance with (in)voluntary clients* (Sotero, Moura-Ramos, Escudero & Relvas, 2016c) onde se descreve um estudo, igualmente quantitativo, que compara os resultados finais da terapia com famílias involuntárias e voluntárias e analisa o efeito da aliança e da condição inicial de involuntário/voluntário nos resultados terapêuticos.

O terceiro capítulo da tese, designado *Microanálise da Aliança Terapêutica. Estudos de Caso*, (3.1. *Estudo da Interação Clientes-Terapeutas*) reporta-se aos trabalhos focados na interação entre clientes e terapeutas na co-construção da aliança e corresponde a parte de um capítulo de livro publicado em espanhol *Rupturas de la alianza* (Relvas & Sotero, 2014). O primeiro estudo centra-se na análise das respostas da mesma equipa de coterapeutas às manifestações negativas de clientes involuntários e voluntários. O segundo consiste num estudo de caso de uma família involuntária e concentra-se na identificação de marcadores de rutura e de reparação na aliança ao longo de todo o processo terapêutico.

Por fim, na *Discussão Integrada e Considerações Finais. Dos Clientes (In)Voluntários ao Sistema Terapêutico, Múltiplas Versões da Aliança* é feita, num primeiro momento, uma reflexão crítica sobre a caracterização e conceptualização dos clientes involuntários em terapia familiar e, num segundo momento, é efetuada uma reflexão integradora, com base nos principais resultados obtidos na investigação, numa tentativa de descrever e caracterizar o processo de co-construção da aliança terapêutica, clarificando também a relação entre resultados terapêuticos, aliança e condição inicial dos clientes (involuntário vs. voluntário). A discussão abrange, ainda, implicações para a prática clínica, formação e treino dos terapeutas familiares e uma reflexão crítica sobre o processo de investigação, evidenciando as principais limitações e tecendo considerações sobre caminhos futuros na investigação do processo terapêutico em terapia familiar.

O apêndice A corresponde ao capítulo de um livro com a descrição do trabalho de adaptação da versão observacional do SOFTA. No apêndice B apresenta-se outro capítulo de livro com os estudos de adaptação da GAS para o contexto de intervenção familiar. Estes dois capítulos estão publicados na obra *Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção* (Vol. I) (Relvas & Major, 2014). Do apêndice C consta o *Manual de Treino* do SOFTA-o traduzido para Português no âmbito desta investigação e disponível no site do instrumento www.softa-soatif.com. No apêndice D podem encontrar-se as grelhas de codificação do SOFTA-o (versão clientes e versão terapeutas) e da GAS. Finalmente, os apêndices E e F são compostos por um conjunto de gráficos relativos aos estudos de caso (Estudo 3.1), para os quais o leitor será remetido quando se justificar.

4. Referências

- Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25-39). Thousand Oaks: Sage.
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias: Tempo, caos, processo* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Bakeman, R. (2000). Behavioral observations and coding. In H. T. Reis & C. K. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social psychology* (pp. 138–159). New York: Cambridge University Press.
- Bateson, G. (1987). *Natureza e Espírito: Uma unidade necessária* (M. R. Carrilho, Trad.). Lisboa: Publicações Dom Quixote. (Trabalho original publicado em 1979).
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Calder, M. C. (2008). *The carrot or the stick? Towards effective practice with involuntary clients in safeguarding children work*. Dorset: Russell House Publishing.

- Creswell, J. W. (2006). Understanding mixed methods research. In Creswell, J. W. & Plano-Clark, V. (Eds.), *Designing and Conducting Mixed Methods Research* (pp. 1-19). Thousand Oaks: Sage.
- Daly, K. J. (2007). *Qualitative methods for family studies & human development*. Thousand Oaks: Sage.
- De Jong, P., & Berg, I. (2001). Co-constructing cooperation with mandated clients. *Social Work, 46*, 361-374. doi: 10.1093/sw/46.4.361
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P., ... Cutting, M. (2005). *System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o) Training Manual* – revised. Retrieved from http://www.softa-soatif.com/docusofta/softa%20instruments/manuales/Softa_CodingManual.pdf
- Tradução Portuguesa de Sotero L., Portugal A., Cunha D., Vilaça M. & Relvas, A. P. (2010). Universidade de Coimbra: Material não publicado.
- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy, 48*, 25-33. doi: 10.1037/a0022060
- Honea-Boles, P. & Griffin, J. E. (2001). The court-mandated client: Does limiting confidentiality preclude a therapeutic encounter? *TCA Journal, 29*, 149-160.
- Guba, E., & Lincoln, Y. S. (1994). Comparing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). Thousand Oaks: Sage.
- Gurman, A., Kniskern, D., & Pinsof, W. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. In S. Bergin & A. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 565-624). New York: Wiley.
- Greenson, R. R. (1965). The working alliance and transference neurosis. *The Psychoanalytic Quarterly, 34*, 155-181.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.

- Horvath, A. O., Del Re, C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 9–16. doi: 10.1037/a0022186
- Lambert, J., & Vermeersch, A. (2008). Measuring and improving psychotherapy outcome in routine practice. In D. Brown & W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (4th ed., pp. 233-248). Hoboken, US: John Wiley & Sons Inc.
- Mahaffey, B. A., & Lewis, M. S. (2008). Therapeutic alliance directions in marriage, couple, and family counseling. In G. Walz, J. Bluer, & R. Yep (Eds.), *Compelling Counseling Interventions: Vistas 2008* (pp. 59-69). American Counseling Association: Counseling Outfitters.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford.
- Nichols, M. O., & Schwartz, R. C. (1998). *Family therapy concepts and methods* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*, 98-102. doi: 10.1037/a0022161
- Ottensbacher, K. J., & Cusick, A. (1990). Goal Attainment Scaling as a method of clinical service evaluation. *American Journal of Occupational Therapy, 44*, 519-525.
- Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1980). Hypothesizing – Circularity – Neutrality: Three guidelines for the conductor of the session. *Family Process, 19*, 3-12. doi: 10.1111/j.1545-5300.1980.00003.x
- Pinsof, W. B. (1989). A conceptual framework and methodological criteria for family therapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 53-59. doi: 10.1037//0022-006X.57.1.53
- Pinsof, W. B. (1992). Toward a scientific paradigm for Family Psychology. *Journal of Family Psychology, 5*, 432-447. doi: 10.1037/0893-3200.5.3-4.432
- Pinsof, W. B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Horvath and L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173-195). New York: Wiley.

- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal Of Marital And Family Therapy*, 12, 137-151. doi:10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x
- Prochaska, J. O. (1999). How do people change, and how can we change to help many more people? In M. A. Hubble, B. L. Duncan, and S. D. Miller (Eds.), *The Heart and Soul of Change* (pp. 227-255). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453.
- Relvas, A. P. (2003) *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Relvas, A. P., & Sotero, L. (2014). *Familias obligadas, terapeutas forzosos: La alianza terapéutica en contextos coercitivos*. Madrid: Ed. Morata.
- Rooney, R. H. (1992). *Strategies for Work with Involuntary Clients*. New York: Columbia University.
- Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (2003). Functional family therapy: A mature clinical model for working with at-risk adolescents and their families. In T. L. Sexton, G. R. Weeks, & M. S. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples* (pp. 323-348). New York: Brunner-Routledge.
- Snyder, C., & Anderson, S. (2009). An examination of mandated versus voluntary referral as a determinant of clinical outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 3, 278-292. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00118.x
- Snyder, D., & Kazak, A. (2005). Methodology in Family Science: Introduction to the Special Issue. *Journal of Family Psychology*, 19, 3-5. doi: 10.1037/0893-3200.19.1.3
- Sotero, L., Cunha, D., Silva, J. T., Escudero, V., & Relvas, A. P. (2016a). *Building alliances with (in)voluntary clients: A study focused on therapists' observable behaviors*. Manuscript submitted for publication.

- Sotero, L., Major, S., Escudero, V., & Relvas, A. P. (2016b). The therapeutic alliance with involuntary clients: How does it work? *Journal of Family Therapy*, 38, 36-58. doi: 10.1111/1467-6427.12046
- Sotero, L., Moura-Ramos, M., Escudero, V. & Relvas, A. P. (2016c). *When the family doesn't want to come to therapy, is there any hope? A study focusing on outcomes and alliance with (in)voluntary clients*. Manuscript in preparation.
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: Complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 24, 187-196. doi: 10.1590/S0102-71822012000100021
- Sotero, L. & Relvas, A. P. (2014a). Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar, Versão Observacional (SOFTA-o). In A. P. Relvas e S. Major (Coord.) *Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção* (Vol. I, pp. 121-149). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Sotero, L. & Relvas, A. P. (2014b). Escala de Objetivos Atingidos (GAS). In A. P. Relvas e S. Major (Coord.) *Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção* (Vol. I, pp. 177-200). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Stanton, M. (2009). The systemic epistemology of family psychology. In J. H. Bray & M. Stanton (Eds.), *Handbook of family psychology* (pp. 5–20). Oxford, United Kingdom: Wiley-Blackwell. doi: 10.1002/9781444310238.ch1
- Stanton, M., & Welsh, R. (2012). Systemic thinking in Couple and Family Psychology research and practice. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1, 14-30. doi: 10.1037/a0027461
- Sterba, R. (1934). The fate of the ego on analytic therapy. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 117-126.
- Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Janes, E., & Peppiatt, A. (2014). Detecting therapeutic improvement early in therapy: Validation of the SCORE- 15 Index of Family Functioning and Change. *Journal of Family Therapy*, 36, 3-19. doi: 10.1111/1467-6427.12022
- Symonds, B. D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, 43, 443-455. doi: 10.1037/a0022060

- Young, A., & Chesson R. (1997). Goal Attainment Scaling as a method of measuring clinical outcome for children with learning disabilities. *British Journal of Occupational Therapy*, 60, 111-114.
- Zetzel, E. R. (1956). Current concepts of transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 37, 369-378.

Capítulo I

Clientes Involuntários em Terapia.

Enquadramento Teórico

A Intervenção com Clientes Involuntários: Complexidade e Dilemas³

Luciana Sotero* & Ana Paula Relvas*

*Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Resumo

O presente artigo de revisão da literatura centra-se na temática dos clientes involuntários. Analisaram-se criticamente os trabalhos de autores que: (1) propõem a sua caracterização, designadamente no que respeita ao posicionamento do cliente na situação de ajuda, concluindo-se pela complexidade da sua identificação; (2) conceptualizam o papel dos profissionais de saúde mental, bem como as singularidades da relação terapêutica, destacando a importância da aliança, dos dilemas éticos e da motivação para a intervenção; (3) apresentam os modelos terapêuticos mais utilizados nestas situações, enfatizando-se as terapias colaborativas, e particularmente as centradas nas soluções, como as que melhor promovem o envolvimento destes clientes. Ao longo da pesquisa manteve-se a preocupação de rever obras abrangentes na área do acompanhamento psicológico que simultaneamente evidenciassem ou favorecessem uma perspectiva crítica e complexa sobre o tema. Na organização do artigo procurou-se seguir uma perspectiva diacrónica que mostrasse a evolução da conceptualização e *praxis* sobre a problemática.

Palavras-chave: clientes involuntários; intervenção mandatada; abordagem sistémica pós-moderna.

³ Sotero, L. & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: Complexidade e Dilemas, *Psicologia & Sociedade*, 24, 187-196. doi: 10.1590/S0102-71822012000100021

Recebido em 25/07/2010; Revisão em 18/10/2010; Aceite em 17/11/2010.
Nota: Este texto não foi escrito ao abrigo do Novo Acordo Ortográfico.

Abstract

The involuntary clients issue is the core of this literature review article. Critical analysis was carried out over the work of authors who: (1) propose their characterization, namely in what concerns the client's positioning in a help situation, leading to a notion of complexity in its identification; (2) conceptualize the role of mental health technicians, as well as the singularities of the therapeutic relationship, highlighting the importance of the alliance, ethical dilemmas and the motivation towards an intervention; (3) point out the therapeutic models mainly used in these situations, emphasizing collaborative therapies, particularly solution focused therapies, as those who better promote the involvement of clients. Reviewing extensive literature on psychological intervention that simultaneously underlined a critical and complex perspective on the matter was a constant concern throughout the research process. The article's structure is outlined diachronically so that the evolution of both conceptualization and praxis on the subject becomes clear.

Keywords: involuntary clients; mandated intervention; post-modern systemic approach.

Introdução

A maioria das teorias e modelos terapêuticos baseia-se no pressuposto de que os clientes procuram e querem a assistência de serviços sociais e humanos. Contudo, a verdade é que um número significativo de vezes os técnicos de saúde mental têm na sua frente indivíduos que não formularam um pedido de ajuda, tendo sido, ao invés, referenciados por serviços ou instituições públicas (tribunais, escolas, serviços de protecção de menores). Esta incoerência fundamenta o interesse por uma temática que têm sido muito pouco abordada, quer do ponto de vista teórico, quer empírico (De Jong & Berg, 2001).

De um ponto de vista psicossocial e crítico, tal interesse é reforçado na medida em que ocorre actualmente um importante debate que problematiza o lugar legitimado de saber/poder do profissional de ajuda na intervenção com estes sujeitos, questionando a componente ético-política das acções clínicas e psicológicas e exigindo uma reflexão

sobre as suas implicações mais amplas numa multiplicidade de sentidos sociais, políticos e históricos (Nascimento, Manzini, & Bocco, 2006). O terapeuta (perito) é aqui entendido enquanto agente político ou de controlo social, representando um “poder disciplinar” e fazendo parte de um mecanismo alargado de controlo e dominação social com vista à manutenção do *status quo* (Moraes & Nascimento, 2002). Já em 1984, Cingolani defendia que a intervenção com clientes involuntários é mais um processo político, de sanção e controlo social, do que um processo terapêutico, assumindo a existência de um conflito de interesses entre o sujeito e o contexto social. Considerava, contudo, que a relação entre terapeutas e clientes é de uma dimensão distinta, sendo necessário que os primeiros se “libertem” e não lidem com o comportamento problemático como um acto político ou social. Do ponto de vista das terapias sistémicas pós-modernas ou de segunda ordem (Relvas, 2003), ao fazê-lo o terapeuta não se transforma num agente neutro, mas toma uma opção consciente. A desconstrução do papel do psicólogo enquanto especialista objectivo e apolítico (Coimbra & Nascimento, 2001) abre portas à análise crítica das práticas psicológicas e dos seus efeitos na produção de “verdades” a respeito da intervenção mandatada. Este aspecto entronca, de algum modo, nos dilemas éticos destas intervenções.

Seja como for, Rooney (1992) afirma que, nestes casos, a resistência no interior da relação terapêutica é mais a regra do que a excepção e que os “técnicos involuntários” estão, por vezes, tão relutantes em trabalhar com clientes involuntários, como estes com eles. Tohn e Oshlag (1996) descrevem o processo como complexo e frustrante. Também do ponto de vista clínico parece então pertinente reflectir sobre estes pacientes, procurando clarificar de que forma são identificados e caracterizados pelos terapeutas, bem como perceber se a intervenção a que são sujeitos é ou não qualitativamente diferente da realizada com clientes voluntários.

Face a esta tripla fonte de interesse (teórico, psicossocial e clínico) torna-se relevante: 1) discutir como a literatura que se debruça sobre o tema, nos domínios social e da intervenção psicológica, caracteriza os clientes involuntários e a sua relação com os profissionais, e vice-versa; 2) analisar como os modelos terapêuticos, designadamente os mais actuais e enquadrados na perspectiva sistémica, conceptualizam a intervenção nestas situações, comparativamente com o que acontece com os voluntários. Finalmente, o presente artigo pretende encontrar respostas, convergentes e/ou divergentes, que possam

inspirar novas interrogações a respeito da realidade designada intervenção “mandatada” que, tanto quanto foi possível perceber na revisão efectuada, tem sido por vezes pouco reconhecida como tal, tanto em termos conceptuais como clínicos.

1. Complexidade conceptual: clientes involuntários, não voluntários e mandatados

O termo “involuntário” tem diversos significados para diferentes autores, o que faz com que a identificação destes clientes dependa do olhar do técnico face à questão.

Thibaut e Kelley (1959) definiram a relação não voluntária, atribuindo-lhe um ou mais dos seguintes elementos: primeiro, a relação não é voluntária se a pessoa se sentir forçada a nela permanecer devido a coacção psicológica ou legal, inexistindo alternativas válidas ou atractivas, ou ambas; segundo, a escolha de permanecer na relação não voluntária é feita porque o custo de deixar a relação é considerado demasiado alto; terceiro, a pessoa acredita que está em desvantagem na actual relação porque admite estarem disponíveis melhores alternativas. Cingolani (1984) considerou clientes involuntários aqueles que devem lidar com o profissional de ajuda porque se comportaram de forma considerada indesejável ou problemática para a sociedade, sugerindo que os termos e conceitos derivados dos modelos da prática voluntária não devem ser aplicados nestes casos. Dado que a primeira razão para o contacto é desviante, ou pelo menos decorre da identificação de um problema por parte de alguém que não o próprio, existe um conflito ou desacordo fundamental entre técnico e cliente acerca de qual é o problema, o que inviabiliza que a interacção entre eles seja terapêutica (Cingolani, 1984).

De acordo com Rooney (1992), os clientes involuntários podem ser subdivididos em duas categorias, atendendo à fonte de pressão experienciada: clientes “mandatados” e clientes “não voluntários”. Os “mandatados” são indivíduos que vão ao encontro do profissional de saúde mental (psicólogo, assistente social, psiquiatra) por causa de um mandato legal ou ordem judicial. Os profissionais que trabalham em *settings* públicos com clientes mandatados estão usualmente conscientes da natureza involuntária destes contactos, uma vez que o mandato legal descreve as

responsabilidades do técnico e, frequentemente, específica os direitos do cliente. Já os “não voluntários” recorrem à intervenção psicológica ou psicossocial devido a pressões de entidades, de outras pessoas e/ ou de eventos exteriores, como por exemplo, escolas ou entidades empregadoras, ou outros significativos, como os pais, ou o cônjuge. Assim, são muitas vezes considerados “involuntários invisíveis”, uma vez que os constrangimentos que enfrentam não são judiciais e, com frequência, são encarados por quem os atende como voluntários relutantes ou resistentes. Contudo, tanto os clientes mandatados como os não voluntários devem ser caracterizados como involuntários, e em ambas as situações podem apresentar-se resistentes relativamente ao processo terapêutico. Esta distinção é também considerada por Ivanof, Blythe e Tripodi (1994). Já na definição proposta por Tohn e Oshlag (1996), mandatado refere-se ao cliente que foi enviado ou trazido por alguém à terapia. Esta definição inclui indivíduos referenciados pelas mais diversas fontes, desde tribunais a outros significativos, não havendo, portanto, uma distinção entre clientes mandatados e não voluntários.

No contexto da Terapia Centrada nas Soluções (Berg & Miller, 1992; De Jong & Berg, 1998, 2001; de Shazer, 1984, 1988), os autores definem três tipos de clientes habitualmente identificados no início da terapia: (a) visitantes (que não reconhecem o problema a trabalhar e não estão disponíveis para negociar os objectivos terapêuticos – em muitos casos acreditam que outros se enganaram a seu respeito, que não existe nenhum problema, sendo este tipo de relação comum quando foram pressionados para a terapia); (b) queixosos (clientes e terapeutas estão de acordo quanto à natureza do problema, mas os primeiros não se reconhecem a si próprios como parte da solução; até podem estar altamente motivados para resolver o problema, mas acreditam que outros, como familiares, profissionais de ajuda ou os que se queixam dele, têm que mudar para que a situação melhore); e (c) clientes (indivíduos que estão motivados e têm objectivos pessoais, marcando uma relação em que terapeuta e cliente definem em conjunto o problema e negociam os objectivos terapêuticos – o sujeito reconhece a sua participação no problema e coopera na planificação do que for necessário para alterar a situação). Friedlander, Escudero e Heatherington (2006) propõem um quarto tipo de relação, “relacionamento refém”, muitas vezes comum nos casos mandatados. Aqui, o cliente não só não reconhece o problema, como vê a terapia como injusta. Consequentemente, torna-se hostil ou tem ressentimentos para com o terapeuta.

Com base no conjunto de definições atrás referidas, nas quais se cruzam expressões como involuntário, mandatado ou não voluntário, apercebemo-nos de que a utilização destes conceitos não é linear. Este dado, por um lado, parece não facilitar a tarefa de estudar a intervenção terapêutica com clientes involuntários e, por outro, traduz a complexidade da realidade que se descreve. Parecem existir, portanto, diversos critérios para a identificação dos clientes involuntários: existe acordo na sua identificação quando há um mandato judicial, mas os “invisíveis involuntários” não são, muitas vezes, considerados como tal.

Outro dado importante aponta para o facto de que as transacções involuntárias não são estáticas, ou seja, mudam ao longo do tempo e são influenciadas por percepções subjectivas, o que torna difícil identificar os clientes involuntários atendendo apenas ao estatuto legal. O seu *status* inicial pode mudar para voluntário, e vice-versa, dependendo de como o cliente percebe os serviços (desejáveis ou indesejáveis) (Chui & Ho, 2006).

Com base nesta discussão, apesar da complexidade inerente ao tema, parecem existir dois critérios fundamentais na identificação dos clientes involuntários: por um lado, a questão da referenciação e, por outro, a questão da vontade do cliente. O critério da referenciação diz respeito a quem faz o pedido: o próprio cliente, o tribunal, a escola, os serviços de protecção de menores ou a família, dando os autores diferente relevo à distinção destas fontes (De Jong & Berg, 1998; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006; Ivanof, Blythe, & Tripodi, 1994; Rooney, 1992; Tohn & Oshlag, 1996). O critério da vontade representa as percepções, objectivas e subjectivas, do(s) próprio(s) cliente(s) a respeito do pedido, dos objectivos da intervenção, das possibilidades de escolha e do poder no processo (Osborn, 1999; Rooney, 1992; Thibaut & Kelley, 1959).

2. Posicionamento(s) epistémico(s) e atitude do terapeuta

A forma como os profissionais de ajuda percebem estes casos constitui-se como um dos grandes desafios da intervenção e, mais uma vez, diferentes autores equacionam de modo distinto a dimensão da “resistência à terapia”. Na literatura encontra-se, com frequência, a associação entre clientes involuntários e características do processo, tais como resistência, relutância ou ambivalência. Segundo De Jong e Berg (2001) se pedirmos aos terapeutas para apontarem palavras relacionadas com clientes

mandatados irão surgir expressões como resistentes, difíceis, não cooperantes, em negação ou hostis. Na sua opinião, este dado é alarmante pois a maioria dos sujeitos com quem os profissionais trabalham nas instituições públicas são clientes mandatados ou, pelo menos, involuntários em algum grau (De Jong & Berg, 2001).

Na literatura, os termos involuntário e resistente são muitas vezes usados indiscriminadamente, pelo que há uma necessidade imperiosa de distinguir os dois conceitos: involuntário refere-se ao estatuto do cliente; resistente diz respeito aos comportamentos ou características que impedem ou dificultam o processo terapêutico (Chui & Ho, 2006). Na revisão efectuada emerge um conjunto de autores que aponta a “resistência” como uma das maiores dificuldades na intervenção com clientes involuntários (Cingolani, 1984; Riordan & Martin, 1993; Ritchie, 1986; Rooney, 1992), contrapondo-se esta posição àquela comungada por quem reenquadra a “resistência” como um desafio relativo à colaboração dos clientes (de Shazer, 1984; Miller, 2003; Miller & Rollnick, 2002; Osborn, 1999). Este último grupo de autores, numa perspectiva pós-moderna ou de segunda ordem, enfatiza a noção de colaboração, propondo aos terapeutas uma posição de (co)construção colaborativa. Defendem que a resistência representa com frequência, um desacordo entre terapeuta e cliente face aos objectivos terapêuticos (Miller & Rollnick, 2002). No caso dos involuntários, dada a intervenção de uma terceira parte, o desacordo é ainda mais frequente. Rosenberg (2000) afirma que os terapeutas devem resistir à tentação de se escandalizarem quando os clientes involuntários não querem participar na terapia, ainda que seja muitas vezes desanimador lidar com quem não identifica problemas, não quer soluções e está um pouco “cansado” de múltiplos contactos forçados com técnicos. Alerta para o facto de que as fontes referenciadoras, assim como os terapeutas, desqualificam muitas vezes os clientes mandatados, comportando-se como se soubessem melhor do que eles aquilo de que precisam, o que faz com que estes não se envolvam na relação de ajuda de modo produtivo, mas antes como adversários num processo hierárquico – “quando as pessoas com poder sabem o que a família precisa de fazer, a voz da família com frequência não é ouvida” (Rosenberg, 2000, p. 94).

Completando a ideia anterior, Miller (2003) define resistência como a existência de problemas na interacção terapeuta–cliente, entendendo-a como algo que ocorre em ambos os lados da transacção, podendo o terapeuta ser tão resistente quanto o

cliente. Esta conceptualização oferece um reenquadramento relacional, recursivo e circular, evitando discursos culpabilizantes a respeito dos clientes e permitindo que a resistência seja compreendida como algo que pode ser mutuamente reforçado pelos dois protagonistas da relação terapêutica. De acordo com Chui e Ho (2006), são vários os exemplos da literatura que sustentam que a resistência dos terapeutas que trabalham com clientes involuntários se prende com aspectos como: focalização nas características dos clientes e não na relação; descrições que sublinham a incompetência e o fraco *insight* dos pacientes, permitindo aos profissionais evitar o confronto com as suas próprias limitações ou com as das instituições que representam; ignorância das circunstâncias involuntárias do encontro; minimização do desequilíbrio de poder na relação; e não reconhecimento do conflito entre necessidades individuais e necessidades sociais.

Da discussão apresentada conclui-se que o posicionamento epistémico dos terapeutas face à questão da resistência determina, quer a forma como percebem os clientes involuntários, quer a forma como vão intervir. Numa primeira linha, encontramos autores que se focalizam na resistência dos clientes e que, eventualmente, poderão intervir com estratégias mais confrontativas, e, numa segunda linha, autores que colocam o enfoque no terapeuta e/ou na interacção terapeuta-cliente, sublinhando a co-construção da cooperação através de abordagens mais colaborativas.

3. Singularidades: aliança terapêutica, dilemas éticos, motivação e mudança

3.1. Aliança terapêutica

Muitas são as dúvidas relativamente à possibilidade de estabelecer uma “boa” aliança com clientes involuntários. Parece assim fazer sentido perguntar se é possível criar uma boa relação terapêutica eficaz com pessoas que não vêm voluntariamente procurar ajuda. De que forma é afectada a natureza da relação quando trabalhamos num contexto de coação? Pode uma intervenção mandatada ser realmente terapêutica (baseada na confiança, abertura, respeito, genuinidade, empatia)? A resposta não é obviamente simples e, como seria esperável, nem todos os autores têm a mesma posição face ao tema, apesar de ser hoje comumente aceite a importância da aliança

terapêutica nos resultados da terapia (Honea-Boles & Griffin, 2001; Horvath & Symonds, 1991).

Grande número dos modelos de intervenção terapêutica conceptualiza a relação terapeuta-cliente como a construção de uma aliança fundada na verdade, confiança, respeito, empatia, aceitação positiva, abertura, confidencialidade, genuinidade e congruência. Rogers (1957) hipotetizou que a mudança terapêutica ocorre numa relação em que o terapeuta é empático, autêntico e aceita incondicionalmente o cliente. No contexto da Terapia Centrada na Pessoa, reconhece-se que um relacionamento caloroso e responsivo, num ambiente permissivo (livre de pressão ou coacção), encoraja o sujeito a expressar-se livremente, resultando (habitualmente) esta liberdade de expressão numa mudança psicoterapêutica posterior (Honea-Boles & Griffin, 2001). Talvez por isso Cingolani (1984) sustentasse que “a relação terapêutica forçada é um logro” (p.446). No seu ponto de vista, este tipo de relação é desumana e desonesta, uma vez que estão delineados papéis de dominância e submissão. A autora defende, ainda, a necessidade de se reconhecer esta relação como fazendo parte de um processo mais político do que terapêutico.

O desafio de estabelecer uma relação terapêutica com um cliente involuntário é também determinado pelo número de pessoas envolvidas e pelos motivos inerentes ao pedido, o que significa que o terapeuta deve ter não só a capacidade de estabelecer uma boa relação com cada um dos elementos presentes, mas também a habilidade de gerir os eventuais motivos em conflito (Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006). Segundo Friedlander et al. (2006), quando a obrigatoriedade é explícita e reconhecida por todos os envolvidos, o terapeuta pode planear estratégias apropriadas para criar a aliança. Na primeira sessão, o terapeuta deve falar acerca da pressão ou mandato, com vista a negociar os objectivos e os termos da terapia, bem como o tipo de relação que vai estabelecer com o cliente. Deve ser claro e transparente acerca dos seus contactos com a entidade referenciadora, explicitando qualquer condição limitadora imposta pela terceira parte. Através do encorajamento de uma discussão aberta acerca dos pensamentos e sentimentos associados a esse tópico, o terapeuta demonstra a intenção de criar uma atmosfera de verdade e liberdade dentro dos limites estabelecidos. No caso de a pressão ser encoberta, isto é, quando a terapia surge como voluntária mas não o é, o profissional pode detectar constrangimentos “escondidos” através da consideração das

diferentes dimensões da aliança terapêutica. É improvável que numa terapia associada ao “relacionamento refém” os clientes estejam inicialmente conectados com o terapeuta, ou que facilmente cooperem nas tarefas e procedimentos da terapia (Friedlander, Escudero & Heatherington, 2006).

3.2. Dilemas éticos

O'Hare (1996) descreve da seguinte forma as questões éticas no trabalho com clientes involuntários: “the ethical dilemmas inherent in working with involuntary and court-ordered clients smolder beneath the profession like a quiescent volcano” (p. 421). De acordo com Kirakofé e Wells (2007), na terapia ou no aconselhamento mandatado emergem, pelo menos, quatro questões profissionais e éticas. A primeira questão é definir quais os interesses que estão a ser servidos através do processo terapêutico. A maioria dos terapeutas concordará, seguramente, que trabalha no sentido do melhor interesse dos clientes. O desacordo aparece quando tem que se decidir quem é o cliente e qual é o maior interesse. Com efeito, pese embora o argumento anterior, se o sujeito percebe o processo terapêutico como uma extensão de uma acção judicial, facilmente este se transforma num castigo. Quando acredita que nada fez para merecer o “castigo” da terapia, os dilemas éticos na intervenção são ainda mais complicados (Honea-Boles & Griffin, 2001). Sem a aceitação da necessidade de terapia, com vista à mudança de comportamento, por parte do indivíduo, o processo terapêutico torna-se uma actividade ao serviço da instituição e, conseqüentemente, a instituição, não o sujeito, torna-se o cliente.

A segunda questão diz respeito ao consentimento informado, aspecto bastante relevante nos processos psicoterapêuticos e de aconselhamento. O consentimento informado tem o carácter voluntário como elemento essencial, assumindo que quando o indivíduo dá o seu consentimento para a intervenção está a agir sem pressões no processo de tomada de decisão. Segundo Rooney (1992), a investigação acerca da implementação do consentimento informado sugere, contudo, que este “espírito” é frequentemente violado. As formas de consentimento são muitas vezes descritas em termos legais incompreensíveis para o sujeito, são apresentadas como meras formalidades e raramente são disponibilizadas vias alternativas de intervenção.

Em terceiro lugar, a intervenção mandatada em resposta a um comportamento disruptivo pode criar outros dilemas. Pode dar-se o caso de um cliente estar a trabalhar adequadamente no processo terapêutico e agir de forma disruptiva noutro(s) contexto(s). Nesta situação deverão os objectivos da terapia ser independentes dos parâmetros de comportamento esperados? Kiracofe e Wells (2007) criticam a assumpção implícita (pela entidade referenciadora) de que o comportamento disruptivo pode ser gerido ou alterado como resultado da participação regular nas sessões de terapia, uma vez que esse pressuposto tem como efeito remover a responsabilidade da mudança do cliente para o contexto terapêutico. Deste modo, o terapeuta é frequentemente colocado numa posição difícil, em que está implícita a sua responsabilidade relativamente ao comportamento inadequado do cliente.

A quarta questão está associada à frequente expectativa, ou exigência, de que na intervenção mandatada devem ser feitos e enviados relatórios periódicos à entidade referenciadora. A este propósito Kiracofe e Wells (2007) citam a pesquisa de Gallagher, Zhang e Taylor (2003) que revelou que 65.5% dos técnicos inquiridos confirmaram a realização da sessão inicial na sequência do aconselhamento mandatado, 34.5% confirmaram que os clientes cumpriram as recomendações da intervenção, 8.1% fizeram declarações acerca dos progressos, e apenas 5.1% foram livres de não fazer nenhum relatório à entidade referenciadora. Os relatos para assegurar o cumprimento da sanção, ainda que limitados, servem para minar a confidencialidade, um dos maiores pilares do processo terapêutico.

Honea-Boles e Griffin (2001) escreveram a propósito da questão da confidencialidade dos terapeutas que trabalham nas instituições sociais e que intervêm com clientes involuntários do Sistema de Protecção de Menores (SPM). Nestes casos, é muitas vezes esperado que os clientes partilhem tudo, enquanto o SPM tem acesso às informações recolhidas no âmbito do processo terapêutico. Sugerem que muitos dos clientes involuntários podiam ser envolvidos na terapia com sucesso, se a única informação partilhada entre terapeutas e entidade referenciadora dissesse respeito à frequência das sessões (i.e. se os sujeitos estão ou não a ser acompanhados). Quando existe um protocolo que estipula que o SPM define objectivos para a intervenção, recebe um *feedback* acerca do desenrolar das sessões e mantém um contacto regular com a equipa terapêutica, os terapeutas tornam-se agentes duplos (Popiel, 1980). O cliente

experiência, também, o *double-bind* de recusar a intervenção vs. admitir “falhas” a um terapeuta aliado das autoridades, enquanto o profissional enfrenta o dilema de respeitar o cliente e investir no estabelecimento da relação terapêutica, à medida que “conspira” com as autoridades (Honea-Boles & Griffin, 2001).

3.3. Motivação e mudança

São várias as referências bibliográficas acerca dos clientes involuntários que apontam para a necessidade de atender à sua motivação para perceber se estão ou não prontos para a mudança. Os terapeutas podem ter o conhecimento e o domínio das estratégias que levam à mudança dos comportamentos, mas isso não é mais determinante do que o próprio desejo de mudar dos clientes (Kiracofe & Wells, 2007).

Dado que existe um *continuum* entre voluntário e involuntário e, tal como afirmado anteriormente, uma vez que a entidade referenciadora, de forma isolada, não nos permite identificar “onde está o cliente”, torna-se premente a utilização de outros recursos. O’Hare (1996) sugere os estádios ou fases do Modelo Transteórico da Mudança (Prochaska & DiClemente, 1984) como um dos recursos possíveis. De forma simples, este modelo prevê que, quer o sucesso do cliente em realizar acções com vista à mudança durante a intervenção, quer a continuidade do sucesso após o tratamento estão relacionados com a fase na qual foi iniciada a intervenção. Com base na investigação, foram estabelecidas cinco fases de mudança, representando, cada uma, um nível motivacional: pré-contemplação (momento em que o cliente minimiza ou nega o problema e sente-se forçado no tratamento); contemplação (fase em que tem consciência do problema e considera mudar); preparação (ponto em que quer mudar mas precisa de ajuda para o conseguir); acção (fase em que está motivado e activamente envolvido em fazer tentativas para mudar); e manutenção (fase em que o cliente já fez mudanças, quer mantê-las e consolidá-las, prevenindo a recaída).

O’Hare (1996) realizou um estudo em que examinou a relação entre fonte referenciadora, identificação de problemas pelo cliente e disponibilidade para a mudança em indivíduos admitidos num serviço de saúde mental. Nas conclusões, afirma que, apesar da fonte referenciadora, só por si, parecer ter algum valor como indicador clínico útil da motivação, a disponibilidade para a mudança manifesta-se num

continuum: embora os clientes mandatados tenham sido 10 vezes mais classificados na fase de pré-contemplação, os resultados mostram que um quarto (28.3%) destes sujeitos involuntários pensam acerca da mudança (contemplação), envolvem-se activamente a fazer algo acerca do problema (acção), ou pretendem manter os ganhos prévios ao lidar com o problema (manutenção). Segundo o autor, a identificação das fases de mudança providencia um indicador mais refinado e discriminante da motivação do cliente do que a fonte referenciadora de modo isolado. Sendo certo que a relação entre fonte referenciadora e disponibilidade para a mudança mostra uma tendência para que os clientes voluntários expressem mais envolvimento no processo de mudança, é também verdade que não confirma a assumpção de que os mandatados são incapazes ou não desejam mudar. A disponibilidade para a mudança é, para Kiracofe e Wells (2007), um factor chave para o sucesso da intervenção. Segundo estes autores, os serviços que emanam de um processo judicial só deviam ser aceites quando o cliente evidencia comportamentos indicadores das fases de preparação e acção do modelo de mudança. Deveriam, portanto, ser capazes de identificar as suas próprias preocupações, bem como ser capazes de se comprometer a um certo nível com o processo de mudança.

A noção de que os clientes, para beneficiarem inteiramente da intervenção, devem estar motivados, e de que a utilização de pressões legais está amplamente afastada da importância da motivação na recuperação, é uma questão complexa, sem uma resposta conclusiva (Fargan, 1999). A este propósito, Burke e Gregoire (2007) afirmam que a resolução do debate em torno do impacto dos contextos de coacção nos resultados da intervenção é, em grande parte, uma questão empírica, ainda que, por exemplo, os estudos efectuados com clientes mandatados para o tratamento do consumo abusivo de substâncias não tenham sido consensuais nas suas descobertas. Estes autores reportam um conjunto de investigações que concluíram que os sujeitos mandatados se saem tão bem ou melhor do que aqueles que entram voluntariamente no tratamento, enquanto noutros estudos não se encontram diferenças significativas na retenção no tratamento entre clientes mandatados e voluntários. As conclusões daí decorrentes são, portanto, de algum modo divergentes, o que, para além de alimentar a controvérsia em torno das intervenções mandatadas, leva a reflectir acerca das limitações dos estudos apresentados (falhas na identificação dos clientes involuntários, diferentes medidas dos resultados da intervenção, necessidade de várias avaliações ao longo do tempo,

etc.). Deste modo, e ainda de acordo com Burke e Gregoire (2007), torna-se premente uma abordagem mais abrangente e compreensiva da avaliação das pressões sobre os clientes, o que poderá ajudar a clarificar a análise dos resultados da intervenção em função de um *continuum* de circunstâncias divergentes, mais do que uma simples dicotomia, tal como é encontrado na maior parte dos estudos.

4. Paradigmas de intervenção, objectivos e processo

O paradigma dominante indica que o psicólogo deve envolver os clientes através da escuta activa e da empatia, de modo a que a confiança e a cooperação possam ser construídas. Este paradigma assume que os indivíduos são livres de pedir ajuda e que, embora possam sentir-se ansiosos ou com incertezas relativamente à mudança, estão motivados para perceber os seus problemas, com o objectivo de os verem resolvidos. Assim, tendo em atenção o que foi descrito atrás acerca dos clientes involuntários, o paradigma dominante parece não responder às dificuldades apontadas.

O desenvolvimento de modelos e estratégias de intervenção com estes sujeitos emergiu, sobretudo, na literatura dedicada à área social (Cingolani, 1984; Ivanoff, Blythe, & Tripodi, 1994; Rooney, 1992; Trotter, 2006). Cingolani (1984) foi uma das primeiras a escrever que trabalhar com clientes involuntários requer um modelo prático diferente. A autora sugere que se trabalhe a partir do modelo do conflito social, que assume que o cliente e o sistema que o referenciou têm potencialmente interesses em conflito e definições diferentes acerca da situação. Deste modo, o técnico não deve assumir a responsabilidade de resolver as visões em conflito, mas funcionar como um negociador que conhece a realidade e respeita o direito de escolha do cliente. Embora a autora discuta diferentes formas do papel de negociador, não oferece procedimentos práticos específicos.

Na literatura surgem outras contribuições para a intervenção com clientes involuntários que discutem procedimentos práticos. Rooney (1992) e Ivanoff et al. (1994) são autores de referência nesta área porque sugerem estratégias que procuram, por um lado, maximizar o controlo e as escolhas do cliente e simultaneamente, por outro, clarificar os aspectos não negociáveis, como é o caso daqueles que são mandatados judicialmente. São cinco as estratégias que sugerem: aceitar sem

julgamentos o cliente, de forma a explorar os seus pontos de vista e a reduzir a sua reactividade; reenquadrar no sentido de aumentar o ajuste entre a motivação do sujeito e as pressões externas; incentivar com o objectivo de favorecer a conformidade com as condições não negociáveis; explorar o objectivo de o cliente pretender eliminar o sistema ou as pressões externas da sua vida como uma fonte de motivação, e informá-lo do seu direito a poder escolher não acatar as consequências prováveis como factor de motivação para o cumprimento de requisitos mínimos. Ambas as fontes admitem a utilização do confronto, favorecendo a sua forma menos intrusiva e reservando o seu uso directo para questões não negociáveis.

De forma similar, Trotter (2006) desenvolveu um modelo prático, designado “abordagem integrada”, com base na sua experiência profissional na área da protecção de menores. Para este autor, a resistência é minimizada numa relação terapêutica que é clara, honesta e inclui discussões frequentes acerca dos papéis do cliente e do profissional. As estratégias por ele apresentadas como mais eficazes são: modelar e encorajar expressões e acções pró-sociais, recompensando e reforçando comportamentos positivos; utilizar uma abordagem colaborativa de resolução dos problemas, focada nas definições do cliente acerca do(s) problema(s) e dos objectivos. O(s) problema(s) deve(m) ser claramente definido(s) e compreendido(s) por ambas as partes, os objectivos devem ser concretos e alcançáveis e o interventor deve utilizar competências de comunicação como a empatia e a escuta reflexiva. Nesta linha, Chui e Ho (2006) argumentam que há evidência científica que suporta a noção de que os técnicos devem encorajar a auto-determinação dos clientes. Trabalhar com as forças e recursos dos indivíduos aumenta a noção de controlo dos mesmos.

O’Hare (1996) não apresenta nenhum modelo de intervenção com clientes involuntários, mas argumenta que o primeiro objectivo da intervenção deve ser transformá-los em “clientes” através da aceitação da sua relutância inicial, evitando a confrontação prematura, clarificando o papel duplo do terapeuta na matriz terapêutica-sistema judicial, e promovendo alguma noção de controlo e de poder de escolha do cliente na selecção dos objectivos e métodos de intervenção.

Embora não exista um modelo de intervenção que se sobreponha, as abordagens colaborativas são muitas vezes descritas como uma “boa prática” no trabalho com clientes involuntários, especialmente aquelas que são centradas nas soluções. As referências à

utilização da terapia centrada nas soluções com clientes involuntários começaram a aparecer na segunda metade da década de 90 (De Jong & Berg, 1998; Osborn, 1999; Tohn & Oshlag, 1996). Este modelo terapêutico promove a co-construção de versões futuras alternativas, sem recorrer a conselhos ou à confrontação, mas como consequência do questionamento dos clientes acerca do que querem que seja diferente e de como podem fazer para que isso aconteça. De acordo com De Jong e Berg (2001), a co-construção de uma base de cooperação é a forma mais produtiva de envolver clientes mandatados. No trabalho centrado nas soluções, o objectivo não é transformar clientes resistentes em clientes colaborantes através da influência de técnicas, mas co-construir uma maneira de cooperar com eles, perguntando-lhes e ouvindo-os acerca do seu próprio conhecimento sobre o contexto mandatado em relação com as suas esperanças para o futuro. Um dos pilares da abordagem centrada nas soluções é convidar os sujeitos a desempenharem o papel de peritos, ou seja, reconhecê-los como os maiores conhecedores das suas próprias vidas, experiências e percepções. Para além disso, os terapeutas adoptam uma postura de *not-knowing* (Anderson & Goolishian, 1992), na qual formulam as questões de forma a colocar os clientes em posição de informar os profissionais sobre si próprios. Este posicionamento é especialmente importante para envolver os clientes mandatados, uma vez que são convidados a assumir o controlo de descrever a sua situação mandatada (De Jong & Berg, 2001). Para De Jong e Berg (2001) existe uma grande similitude entre o trabalho com clientes mandatados e voluntários, daí que esta distinção conceptual não tenha sido considerada pertinente na investigação suportada na terapia centrada nas soluções. Nesta prática clínica, os pressupostos acerca dos clientes e dos procedimentos práticos são os mesmos para clientes mandatados e voluntários.

Osborn (1999) apresenta igualmente a terapia centrada nas soluções como uma alternativa positiva na intervenção com clientes involuntários, identificando a cooperação como a chave para o sucesso. Com base na abordagem humanista, a terapia centrada nas soluções centra-se no cliente, aceitando a assumpção de que a mudança positiva é possível, ressaltando e amplificando as forças e recursos do cliente. Ainda neste contexto, Rosenberg (2000) apresenta uma variação da questão milagre, específica para casos mandatados, argumentando que, elaborada da forma tradicional, a questão milagre nem sempre permite a integração dos três componentes em influência:

entidade referenciadora, cliente e terapeuta. De recordar que a tradicional questão milagre (de Shazer, 1988) promove as descrições do cliente acerca de como é que este irá agir no dia a seguir à resolução do problema: “Suppose that one night, while you were asleep, there was a miracle and this problem was solved. How would you know? What would be different?” (p. 5). A variação da questão milagre proposta por este autor oferece uma conexão ao que o cliente quer a partir do momento em que a questão é feita, e permite aproximar os objectivos da entidade referenciadora e os objectivos da família:

Suppose that one night, while the (insert 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)

A questão formulada proporciona ao cliente a oportunidade de se imaginar como a pessoa que tem o poder (“juiz”), respondendo às questões desse ponto de vista. Este processo metafórico permite trazer a voz do “juiz” para a sessão, desmistificando-o enquanto poder supremo e voz da autoridade. Quando se favorece o balanço entre as várias perspectivas em influência, enquanto se privilegia e amplifica a voz do cliente, oferece-se com frequência ao cliente mandatado a possibilidade de escolher uma terapia de sucesso (Rosenberg, 2000).

Conclusão

A atenção prestada à natureza involuntária do contacto terapêutico tem sido marcada por períodos de intenso debate, alternados por períodos de desatenção e de falta de reconhecimento da questão (Rooney, 1992). No mesmo sentido, o número de artigos e livros acerca dos clientes involuntários é, em muito, proporcionalmente inferior ao número de vezes que os técnicos de saúde mental trabalham com estes clientes (De Jong & Berg, 2001). Também o facto de a maioria dos modelos de intervenção partirem do pressuposto de que os clientes são voluntários denota o

desinteresse por esta problemática. Da revisão feita sobressai a complexidade da tarefa de identificar os clientes involuntários, o que obviamente tem implicações na forma como se investiga e, conseqüentemente, nas conclusões retiradas. A este respeito, pode sublinhar-se a evidente necessidade de, na investigação a desenvolver futuramente nesta temática, se cruzarem diferentes critérios para identificação dos clientes involuntários, nomeadamente o critério da referenciação e o critério da vontade, reconhecendo, por um lado, que a maior parte dos clientes involuntários não fez um pedido espontâneo de ajuda e, por outro, que é necessário atender à vontade expressa, interesse e/ou disponibilidade para o processo terapêutico. Deste modo, os clientes que não formularam um pedido de terapia, foram referenciados formalmente por uma entidade e, para além disso, manifestam o seu desinteresse, falta de envolvimento e desmotivação face ao processo terapêutico podem, com alguma segurança, ser identificados como clientes involuntários. Não obstante, esta diferenciação, apesar de útil porque permite categorizar e organizar a realidade que se pretende investigar, não passa de um artefacto intelectual que não deve ser reificado. Deste ponto de vista, um cliente é involuntário porque numa dada altura do processo se comporta como involuntário, podendo alterar esse “estatuto” a qualquer momento, ou novamente regressar a ele.

Um outro aspecto relevante que ressalta desta revisão teórica prende-se com a aparente falta de eficácia quando se trabalha com clientes involuntários numa abordagem centrada nos problemas, geralmente confrontativa, culpabilizadora e em que a mudança é prescrita pelos profissionais. Por oposição, acresce a evidência científica da eficácia das intervenções colaborativas com clientes involuntários, baseadas na co-construção, caracterizadas pela partilha de responsabilidade e poder entre clientes e profissionais e, sobretudo, centradas nas soluções e competências.

Há contudo razões para afirmar que muito falta saber a respeito de uma realidade que tem sido algo menosprezada em termos teóricos e investigativos, tornando-se determinante (re)conhecer os limites e os desafios da intervenção com clientes involuntários, avaliando-se por exemplo, como é influenciada a aliança terapêutica nos processos terapêuticos mandatados, ou quais as contribuições do terapeuta que facilitam ou dificultam a passagem de clientes involuntários a voluntários (ou vice-versa).

Referências

- Anderson, H. & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. In S. McNamee & K. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 25-39). Thousand Oaks: Sage.
- Berg, I. K. & Miller, S. d. (1992). *Working with the problem drinker: A solution oriented approach*. New York: Norton.
- Burke, A. C. & Gregoire, T. K. (2007). Substance abuse treatment outcomes for coerced and noncoerced clients. *Health & Social Work, 32*, 7-15.
- 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.
- Cingolani, J. (1984). Social conflict perspective on work with involuntary clients. *Social Work, 29*, 442-446.
- Coimbra, C. & Nascimento, M. L. (2001). O Efeito Foucault: desnaturalizando verdades, superando dicotomias. *Psicologia Teoria e Pesquisa, 17*(3), 245-248.
- 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. (1984). The death of resistance. *Family Process, 23*, 79-93.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: W. W. Norton.
- Fargan, R. W. (1999). The use of required treatment for substance abusers. *Substance Abuse, 20*, 249- 261.
- 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.
- Honea-Boles, P. & Griffin, J. E. (2001). The court-mandated client: Does limiting confidentiality preclude a therapeutic encounter? *TCA Journal, 29*, 149-160.

- Horvath, a. O. & Symonds, B. d. (1991). Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy. A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Ivanoff, A., Blythe, B. J. & Tripodi, T. (1994). *Involuntary clients in social work practice: A research-based approach*. New York: Aldine de Gruyter.
- Miller, G. (2003). Writers, clients, counselors and readers perspectives in constructing resistant clients. In C. Hall, K. Juhila, N. Parton, & T. Poso (Eds.), *Constructing childhood in social work and human services: Interaction, identities and practices* (pp. 193-207). London: Jessica Kingsley.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Nascimento, M. L., Manzini, J., & Bocco, F. (2006). Reinventando as Práticas Psi. *Psicologia & Sociedade*, 8(1), 15-20.
- Moraes, T. & Nascimento, M. L. (2002). Da norma ao risco: transformações na produção de subjetividades contemporâneas. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 91-102.
- O'Hare, T. (1996). Court-ordered versus voluntary clients: Problem differences and readiness for change. *Social Work*, 41, 417-422.
- 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.
- Popiel, D. J. (1980). Confidentiality in the context of court referrals to mental health professionals. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50, 678-685.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood, IL: Down Jones Irwin.
- Kiracofe, N. M. & Wells, L. (2007). Mandated disciplinary counseling on campus: Problems and possibilities. *Journal of Counseling and Development*, 85, 259-268.
- Relvas, A. P. (2003). Hipotetização em terapia familiar. A curiosidade co-construída. In A. P. Relvas, *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família* (pp. 39-84). Coimbra: Quarteto Editora.

- 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 Consulting Psychology, 21*, 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.
- Thibaut, J. W. & Kelley, H. H. (1959). *The social psychology of groups*. New York: Wiley.
- Tohn, S. L. & Oshlag, J. A. (1996). Solution-focused therapy with mandated clients: Cooperating with the uncooperative. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 152-183). San Francisco: Jossey-Bass.
- Trotter, C. (2006). *Working with involuntary clients: A guide to practice* (2^a ed.). NSW: Allen & Unwin.

Capítulo II

Clientes Involuntários e Terapeutas,
Aliança Terapêutica e Resultados.
Estudos Empíricos

2.1. Estudos dos Clientes

The therapeutic alliance with involuntary clients: how does it work?⁴

Luciana Sotero^{*}, Sofia Major^{*}, Valentín Escudero^{**}, and Ana Paula Relvas^{*}

^{*} Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Coimbra

^{**} Department of Psychology, University of A Coruña

Abstract

This study aimed to compare involuntary and voluntary clients in the establishment of the therapeutic alliance in the context of family therapy. The system for observing family therapy alliances was used to rate the alliance in sessions 1 and 4 from videotapes of 40 families seen in brief family therapy. This instrument has four alliance dimensions. In the first session, results showed that the clients who sought therapy voluntarily demonstrated more alliance-related behaviour than did involuntary clients in all alliance dimensions. In the fourth session, however, only the Engagement dimension showed group differences. Notably, there also were group differences in the evolution of the alliance from the first to the fourth session in the Safety dimension, with the voluntary clients developing this dimension more negatively. The results are discussed in terms of the specific characteristics of involuntary clients, as well as the implications for practice.

Keywords: therapeutic alliance; involuntary clients; family therapy; SOFTA.

Practitioner points

- Be aware of differing motives, motivations, and degrees of readiness for therapy within the family
- Inquire about the amount of pressure experienced by clients, and the source of that pressure, early in the family therapy
- Promote and monitor the therapeutic alliance with involuntary clients
- Promote a safe context, providing structure and guidelines for safety and confidentiality and helping clients to talk truthfully

⁴ Sotero, L., Major, S., Escudero, V., & Relvas, A. P. (2016). The therapeutic alliance with involuntary clients: How does it work? *Journal of Family Therapy*, 38(1), 36-58. doi: 10.1111/1467-6427.12046
Article first published online: 15 June 2014. Received 10 April 2013; Revised 26 July 2013; Accepted 11 February 2014.

Note. References were presented according to the *Journal of Family Therapy* submission instructions.

Introduction

Therapeutic intervention with involuntary clients can be considered a major challenge for therapists but also for clients (Sotero and Relvas, 2012), for several reasons, such as ethical dilemmas, motivational issues and alliance problems. The psychotherapeutic work carried out with clients who do not spontaneously apply for help but who are referred, pressured or mandated to participate in therapy is commonly described as complex or frustrating (Tohn and Oshlag, 1996), despite the significant contributions of some studies on how to work with them (for example, Higham *et al.*, 2012; Trotter, 2006; Weakland and Jordan, 1992). The actual circumstances of involuntary referral for therapy sometimes make professionals feel as reluctant to work with involuntary clients as clients themselves do; these therapists have even come to be labelled ‘involuntary practitioners’ (Rooney, 1992, p. 6). Furthermore, professional training (in therapy if not in professions like social work) usually assumes that clients are self-selected, while in fact most therapists eventually work with clients who come to therapy because of a court order or through the pressure of referral sources, other people or family members. According to the distinction made by some authors (Rooney, 1992), involuntary clients may include two subsets: mandated clients who are legally referred to therapy (for example, by state agencies or the law court), and non-voluntary ones who do not seek help spontaneously, although the source of pressure is not a legal one.

One of the issues highlighted in the literature on involuntary intervention concerns the difficulties in establishing and maintaining a good therapeutic alliance with such clients (Friedlander *et al.*, 2006; Honea-Boles and Griffin, 2001; Snyder and Anderson, 2009). In the present study, we began with the general question: how can we generate a good alliance with people who did not look for help voluntarily? How can we develop a strong alliance with clients who are angry because they were coerced into being with the therapist? The assessment of the therapeutic alliance with these clients becomes even more relevant when we consider the results of several studies that show the alliance to be a significant predictor of the success of the therapy, particularly when measured at the beginning of the intervention (Horvath *et al.*, 2011).

Thus, the present study aimed to assess the establishment and development of the therapeutic alliance with involuntary clients by comparison with a group of voluntary ones in the context of systemic family therapy.

1. *Why the therapeutic alliance?*

When considering a common factors approach, a sustained interest in the therapeutic alliance is evident, which, by definition, is a joint product of both therapist and client (Sprenkle *et al.*, 2009). According to Bordin's (1979) conceptual model the alliance is composed of three elements: bonds (the affective quality of the therapist–client relationship, which includes dimensions such as trust, care and engagement); tasks (the agreement between client and therapist on the tasks carried out in the therapy) and goals (the extent to which client and therapist work together in order to achieve compatible goals). Research indicates clearly that the alliance is a very important and powerful variable in therapeutic outcome, both in individual (Horvath *et al.*, 2011) and in family therapy (Escudero *et al.*, 2008; Friedlander *et al.*, 2011). There is evidence that treatment retention as well as therapeutic outcomes can be predicted from a therapeutic alliance established early in the therapy, before any specific therapy procedures have been applied (Lambert and Ogles, 2004; Martin *et al.*, 2000).

Among the common factors, client variables appear as one of the major sources of variance in psychotherapy (Duncan and Miller, 2000; Sprenkle and Blow, 2004). These relate to (i) personal characteristics (like the individual's motivation level, commitment to change, internal resources and religious faith) and (ii) extra-therapeutic factors in the client's social life (for example, social support, involvement in the community and stressful events). Although there is some research focusing on the socio-demographic characteristics of clients (such as their age, race, gender and sexual orientation), most studies have shown that these characteristics do not have relevant correlations with therapy outcomes (Sprenkle *et al.*, 2009). On the other hand, few studies have been developed concerning the clients' non-static characteristics (for example, their level of commitment, emotional expression and level of motivation). From this point of view, Sprenkle and Blow (2004) draw attention to the lack of research on the motivational characteristics of clients in family therapy, which may

correlate directly with involvement and collaboration in treatment and with a willingness to participate in therapy. Consequently, these are the client variables that may be strongly related to the therapeutic alliance and to the therapy outcome.

The topic of alliance in the context of therapeutic intervention with involuntary families is important, therefore, and it appears to be necessary to understand how the alliance is (or is not) affected when working with clients who are seen as uncooperative or do not want to be in therapy. The aim of the present study is, indeed, to explore how the voluntary or involuntary status, as a client variable, and the alliance, as a therapeutic relationship variable, are related to and influence each other.

2. The case of conjoint therapies

The way the therapeutic alliance with involuntary clients is developed and maintained has been neglected in individual psychotherapy, but ignored and forgotten even more in family therapy (Snyder and Anderson, 2009). Family therapists very often work with clients who did not voluntarily seek help, clients who were referred, pressured or mandated by agencies or elements outside the family (such as schools, courts, child protection services, family doctors and employers). However, family and even couple therapy can often also emerge from pressure within the family. Children, adolescents and one member of a couple are examples of clients who are in therapy because other members of the family ‘forced’ them to be there. It may happen that these people recognize that they need help or that they need to change something in their lives, but the choice to seek professional help was not theirs. In the case of family therapy, the challenge of dealing with one (or more than one) family member’s unwillingness to attend the therapy is even greater because the therapist must also have the ability to develop a good therapeutic alliance with each individual in particular, and with the family as a whole (Sprenkle and Blow, 2004). The presence of more than one client in the session, their different developmental levels and variety of reasons and motivations for being in therapy, make the building and maintenance of the therapeutic alliance in conjoint therapies a more complex process (Escudero *et al.*, 2010).

In this type of therapeutic format, alliances develop simultaneously at the individual level and at group level. As in individual therapy, in conjoint therapies, the alliance involves the development of a strong emotional connection with the therapist, as well as the negotiation of goals and tasks. Moreover, multiple alliances interacting systematically will coexist throughout the intervention (Pinsof, 1994). In this sense, the alliance dimension of the family as a whole, which is more than the sum of its parts, has been alternatively conceptualized as an allegiance (Symonds and Horvath, 2004), a within-family alliance (Pinsof, 1994) and a shared sense of purpose within the family (Friedlander *et al.*, 2006). These constructs refer not only to the willingness to cooperate in therapy, but also to a strong emotional bond among family members (Friedlander *et al.*, 2011). The evaluation of the alliance in conjoint therapies thus implies attention not only to individual alliances between clients and therapist but also to the alliance that family members establish with one another.

Another important aspect of the alliance in family therapy is the degree of safety and comfort of each element in the therapeutic context. The sense of safety related to other family members is an important and unique dimension of the therapeutic alliance in conjoint therapy (Friedlander *et al.*, 2006). Unlike what happens in individual therapy, what is revealed in the sessions (secrets, conflicts, feelings) will have an impact at home and on the everyday life of the family. When family members realize the implications of what is said in the sessions and feel that what they say can be used against each other outside the sessions, their sense of safety within the therapeutic context and their trust in the therapist are at risk. Moreover, the degree of safety within the therapeutic system also changes when new problems are revealed or explored and when different family members participate in or quit therapy (Beck *et al.*, 2006).

Conflicting motives and ambivalence about participating (or not participating) in therapy are common components of the therapeutic process when working with families, but particularly with involuntary families who engage in therapy as a result of pressure or referral from a third party. To be clear, we stress that when talking about involuntary families in the present study one should keep in mind that these families were referred to family therapy as a whole. In these circumstances we have to face multiple situations. There are cases in which all family members identify themselves as involuntary, assuming the position that they do not want to be there and do not wish to

engage in the therapeutic process. We may also face other situations in which some members want to be part of the process and others do not (the most frequent situation). Finally, in some cases it is difficult to perceive whether some members of the family want to engage in therapy or not, as there appears to be a covert refusal. If we add to these possibilities the fact that the (in)voluntary self-perception status is not static and changes over time (for example, someone who began therapy involuntarily may spontaneously desire therapeutic help after one or two sessions), it becomes easy to see that the task of identifying involuntary and voluntary families and clients is complex (Sotero and Relvas, 2012). Perhaps this may partially explain why research in this area is scarce and many questions about therapeutic intervention with involuntary clients remain unanswered, despite the considerable frequency with which therapists work with these clients and the lack of specific intervention models to deal with involuntary clients' conditions.

As far as we know, there are no studies on the therapeutic alliance with involuntary clients in the context of conjoint family therapy, although we can find 'few but solid' (Friedlander *et al.*, 2011, p. 31) analyses of the alliance in family therapy. A recent meta-analysis of 24 published studies indicates that the association between alliance and outcome was statistically significant and accounted for a substantial proportion of variance in couple and family therapy retention and outcome (Friedlander *et al.*, 2011). The weighted average effect size was $r = .26$, $z = 8.13$ ($P < 0.005$), with a 95% confidence interval of .33 and .20. According to conventional benchmarks, an r of .26 ($d = .53$) is a small-to-medium effect size in the behavioural sciences; this value is quite similar to the $r = .275$ reported by Horvath *et al.* (2011) on the alliance in individual therapy. The same authors state that, despite the few studies on moderator and mediator variables of the alliance, the literature indicates three important alliance-related phenomena: (i) the frequency and impact of split alliances (when there is evidence of a positive alliance with the therapist in one member or subsystem of the family and a negative or weak alliance in another family member of subsystem), (ii) the importance of creating a safe therapy context, and (iii) the need to promote a strong sense of shared purpose within the family (Friedlander *et al.*, 2011). Concerning therapy with involuntary clients, Friedlander *et al.* (2006) also hypothesize that lack of safety

within the therapeutic system and poor levels of shared sense of purpose within the family would be obvious signs of the involuntary nature of the therapeutic relationship.

Therefore, the general goal of this study is to test whether there are significant differences in the strength of the therapeutic alliance established by the members of involuntary families compared with voluntary ones. As specific goals we aimed to (i) compare the alliance-related behaviour established by the two groups in sessions 1 and 4 (between-group comparative analysis) and (ii) analyse the evolution of the strength of the alliance from session 1 to session 4 in each group as well as between groups (within and between-group comparative analysis).

Method

Participants

We describe the study participants both as families and as individuals, since our unit of analysis was the family, although using individual as well as family group measures. The sample was composed of 40 families ($N = 131$ individuals; all family members attending therapy), divided into two groups: 20 involuntary families ($n = 68$ individuals) and 20 voluntary families ($n = 63$ individuals). Treatment demands included intra-family conflicts, communication problems, difficulties in adjusting to family ruptures (such as separation, divorce and grief), and parenting difficulties. From the 20 involuntary families who met the selection criteria (explained below), five cases were referred by a school, five by mental health services, four by health centres and six by public child protective services. Only six cases could be classified as mandated families (Rooney, 1992) in the sense of being in therapy because of a legal obligation or court order.

In all 27 cases completed the therapy and 13 were dropouts. They were distributed in the subsamples as follows: 10 completed cases and 10 dropouts in the involuntary families group, and 17 completed cases versus three dropouts in the voluntary group ($\chi^2(1) = 4.10, P = 0.043$). It is important to note, in all the ensuing analysis, the varied rates of dropout in each group.

The first and fourth sessions were analysed for the study. Of the total sample of 131 individual participants (that is, sessions 1 and 4 combined), 127 family members attended in session 1 (four involuntary participants missed session 1), and only 91 family members attended in session 4 (28 involuntary and 12 voluntary participants missed that session). All sessions analysed included at least two family members.

According to the categorization proposed by Relvas (1996) the two groups did not differ in the stage of the family life cycle. Families with adolescent children (35%) and families with children at school (35%) constituted the majority (70%) of the family sample. As for socio-demographic variables (age, gender and educational level), there were no statistically significant differences between the participants in the two groups (age $\chi^2(6) = 11.08, P = 0.09$; sex $\chi^2(1) = .099, P = 0.75$; educational level $\chi^2(5) = 9.22, P = 0.10$).

Most participants were two-parent families ($n = 24$). The sample included 39 mothers, 25 fathers, one grandfather, two girlfriends and 39 children and teens (aged 6–16). All clients were Portuguese Caucasian, aged between 5 and 70 years ($M = 28.92$ and $SD = 16.45$), with a balanced distribution of both genders (56% female). In all, 45 per cent of the clients had a basic educational level (1st, 2nd [corresponding to primary school] or 3rd study cycle [corresponding to secondary school]).

Sample selection and determination of involuntary versus voluntary condition

The families were selected from the archive of a Portuguese university centre of systemic family therapy. Initially, we analysed all archived clinical cases concluded between 2000 and 2009 ($N = 130$). The families were divided into two groups, involuntary and voluntary, according to the following inclusion criteria:

Involuntary families. (i) By analysing the therapy demand form, all cases that had been referred to therapy by a private or public institutional service (for example, child protection services, schools, and health centres) were selected. Using this criterion 73 cases were identified as involuntary. They were then randomized in order to constitute a random subgroup of 20 involuntary cases. (ii) A detailed analysis of the written records of the clinical files of those 20 cases (including the demand form, first session report

and therapists' notes) was made to eliminate any case that did not meet a second condition: that more than half of the present family members had clearly said they did not want, need or believe in the usefulness of therapy. Each eliminated case was replaced by another chosen at random and the criteria were applied systematically until the group of 20 clear cases of involuntary families was completed.

Voluntary families. Procedures to categorize voluntary families were as follows. (i) Among the clinical cases characterized by a spontaneous appeal for help, that is, where the demand was made by a family member without an external referral, 39 cases were identified as voluntary. They were then also randomized to set up a subgroup of 20 voluntary cases. (ii) A detailed analysis of the written records of those 20 clinical files was made to eliminate any case that did not meet a second condition: that no family member had said they did not want or need the treatment or that they did not believe in the usefulness of therapy. A similar procedure to the one described in the involuntary group selection was used to replace these eliminated cases, until the 20-case sample was completed.

Among the 130 clinical cases originally analysed, an undefined source of demand was found in 18 cases, so they, too, were eliminated in a preliminary stage of the selection process described above. The main objective of the second criterion was to clean up the subsamples of doubtful cases, that is, the cases in which most family members expressed their explicit desire for therapy, despite a demand made by a third party (false involuntary) and the cases in which some of the family elements (or only one of them) explicitly expressed their opposition to therapy, despite a spontaneous demand for therapy (false voluntary).

Treatment conditions

The collected data refer to time-limited systemic interventions, with two co-therapists and an observation team behind the one-way mirror adopting an integrative model of short-term family therapy (6–9 sessions, spaced from 3 to 4 weeks). This model assumes a second order epistemological perspective, characterized by a curious position and a search for multiple descriptions (Nichols and Schwartz, 2006; Relvas,

2003). Every session included a break and a final comment or reframing, together with regularly prescribed task(s) (Relvas, 2003). The average number of sessions for this sample was 6.64 (SD = 3.25). Video recording is a standard practice in this therapy centre, and all the clients had given their consent for the recording of the sessions and their use in research. Families were allocated to therapists based on schedule availability. There were 31 family therapists involved in the selected therapeutic processes, 24 women and seven men, aged between 22 and 49 ($M = 31.39$, $SD = 7.31$), with a clinical experience varying from 1 to 20 years ($M = 6.30$, $SD = 6.07$). Most therapists (75%) had specific training in family therapy and systemic intervention, while the remainder (25%) were trainees from the final year of an integrated Master's course in clinical psychology. Each therapist followed on average 2.55 cases ($SD = 2.20$) and 39% ($n = 12$) participated in both involuntary and voluntary clinical cases.

Instrument

System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o) (Friedlander *et al.*, 2006). This instrument, which enables us to evaluate the strength of the therapeutic alliance (client and therapist versions), was developed simultaneously in the USA and in Spain, and is based on a multidimensional and trans-theoretical definition of the construct. In the client version SOFTA-o allows us to evaluate the alliance by means of the observable behaviour of clients (verbal and nonverbal, positive and negative) throughout the therapy sessions. The behaviour is grouped into four dimensions, as follows.

1. Engagement in the therapeutic process (for example, The client expresses their agreement with the goals proposed by the therapist). A high score on this dimension indicates that the client considers the treatment to be important, feels involved in the therapy and works together with the therapist in the definition and negotiation of the goals and tasks of the process.
2. Emotional connection with the therapist (for example, The client avoids eye contact with the therapist). This dimension enables us to assess whether the client sees the therapist as an important person in their life and feels that the relationship is based on trust, affection, interest and a sense of belonging.

3. Safety within the therapeutic system (for example, The client reveals a secret or something that no other family member knows about). This dimension includes behavioural indicators that the client sees (or does not see) therapy as a context in which they can take risks and be open and flexible.
4. Shared sense of purpose within the family (for example, Family members blame one another). This dimension evaluates the sense of unity and solidarity of family members in relation to therapy, making it possible to realize the extent to which family members see themselves as working together in order to improve family relationships and achieve common goals.

To rate the sessions with SOFTA-o, trained observers watch the videos and take notes on the observation of the behavioural descriptors included in the training manual (Friedlander *et al.*, 2005; see www.softa-soatif.net). The manual provides guidelines for this task. At the end, each dimension is scored according to the type, frequency and intensity of the behavioural indicators, the score ranging from -3 (extremely problematic) to +3 (extremely strong), where 0 corresponds to not remarkable or neutral. Thus, each family member receives a score on the strength of the alliance in the engagement, connection and safety dimensions, while the family as a whole is scored on shared sense of purpose. Across five studies, SOFTA-o authors found intra-class correlations (ICC) ranging from .72 to .95 (Friedlander *et al.*, 2006). The present study used the Portuguese version of observational SOFTA-o (client's version) (Friedlander *et al.*, 2006), translated by Sotero *et al.* (2010).

Rating procedures. In the present study 69 video-taped sessions were rated by four raters (two PhD students in family intervention and two MA students in clinical psychology). Of these 40 were first sessions ($n = 127$ individuals) and 29 were fourth sessions ($n = 91$ individuals; as we note above, 11 families quit therapy before session 4). We chose to rate sessions 1 and 4 in order to obtain data from the initial and middle stage of therapy. All family members were rated on every individual dimension of the SOFTA-o, following the SOFTA-o manual instructions. The rating team had been trained for approximately 20 hours with practice videotapes to obtain adequate levels of reliability (ICC ranging from .75 to .97). Then, without the three raters' knowledge of

the purpose of the study, a subsample of sessions (25%) was rated by them to assess interrater reliability (ICCs ranging from .83 to .98). After this reliability test all sessions were rated independently; raters met regularly to negotiate all discrepancies to set the final ratings. In this study the total sample's ICCs were engagement .96, emotional connection .97, safety .97, and shared sense of purpose .99, indicating good interrater reliability.

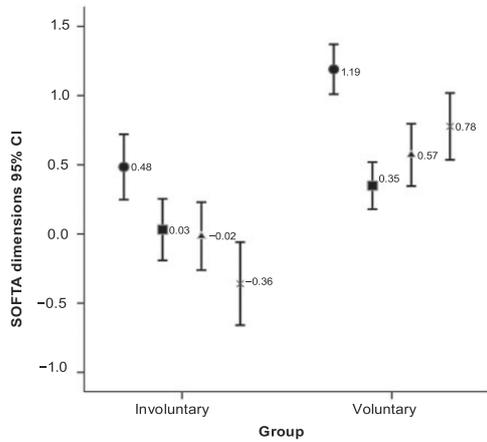
Results

Comparative analyses

Involuntary versus voluntary families' therapeutic alliance (sessions 1 and 4). In the independent comparative analysis for each of the three alliance individual dimensions, the *t*-tests showed significant differences in the first sessions for all dimensions (engagement $t[117] = -4.76, p \leq 0.001$; connection $t[125] = -2.26, p = 0.025$; safety $t[125] = -3.52, p \leq 0.001$) (see Figure 1). The results indicate that in the involuntary group the observed alliances were weaker. To understand the magnitude of the observed differences, effect sizes were calculated based on Cohen's *d* statistic (Cohen, 1988) when independent groups are analysed (*d*; see Morris and DeShon, 2002), where a *d* of .20 is small, .50 is medium, and .80 is large. Based on these standards, the effect sizes were large in engagement ($d = .85$), medium in safety ($d = .63$) and small in connection ($d = .41$). Between-group comparisons made for session 4 only showed a significant difference for engagement ($t[89] = -3.08, p < 0.01$) between the involuntary ($M = 0.98, SD = 0.80$) and voluntary ($M = 1.49, SD = 0.78$) groups (associated with a moderated effect size of .65) (see Figure 2). The results for the shared purpose of the family as a whole indicated differences between groups in the first session ($t[120] = -5.91, p \leq 0.001$) but did not in the fourth session. In the involuntary group the alliance was always weaker. The magnitude of the differences in the first session was extensive in shared purpose ($d = 1.04$).

Figures 1 and 2 also show that in session 1 only the involuntary group obtained negative mean values in alliance dimensions, namely in safety and shared purpose,

while in session 4 negative mean values were just observed in shared purpose for both groups.



Note. ● engagement, ■ connection, ▲ safety, × shared purpose. CI, confidence interval.

Figure 1. Therapeutic alliance in session 1.

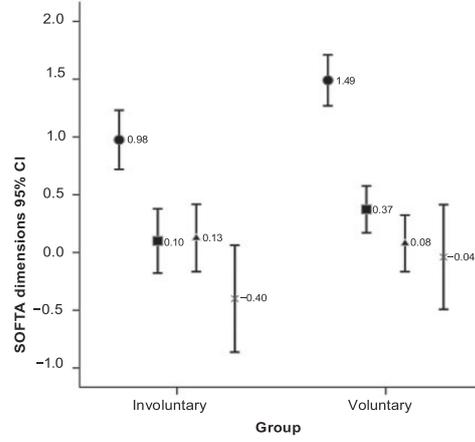
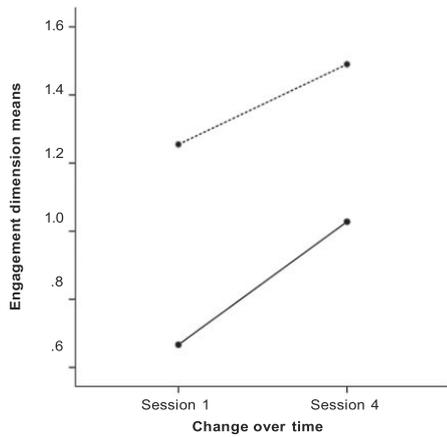


Figure 2. Therapeutic alliance in session 4.

Between-group comparisons of the therapeutic alliance evolution (from session 1 to session 4). A 2×2 mixed ANOVA – two groups (involuntary versus voluntary) \times two sessions (alliance change over time from session 1 to session 4) for each SOFTA dimension was conducted. Obviously, the cases with a single session could not be used in these analyses, so a subsample including the participants who attended both sessions was used (involuntary $n = 36$; voluntary $n = 51$). Because Cohen's d becomes less convenient in multivariate designs in which comparisons are more complex than simply the difference between two means, we described the effect sizes through the partial eta squared (η_p^2 ; .01 = small effect, .09 = moderate effect, .25 = large effect) (Tabachnick and Fidell, 2007).

There was a significant effect for time, $F(1,85) = 8.45, p < 0.01, \eta_p^2 = .09$ (moderate effect), showing that engagement in session 4 was significantly higher than at the beginning of the therapy (session 1). A significant effect for group was also found, $F(1,85) = 14.63, p < 0.01, \eta_p^2 = .15$ (moderate effect), indicating that the involuntary group has weaker engagement than the voluntary. The interaction effect, $F(1,85) = 0.38, NS$, did not reach statistical significance (see Figure 3).



Note. — Involuntary group; ···· Voluntary group.

Figure 3. Between-group comparisons for engagement dimension (session 1 to 4).

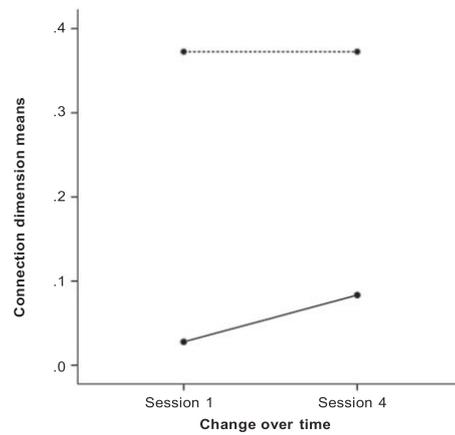


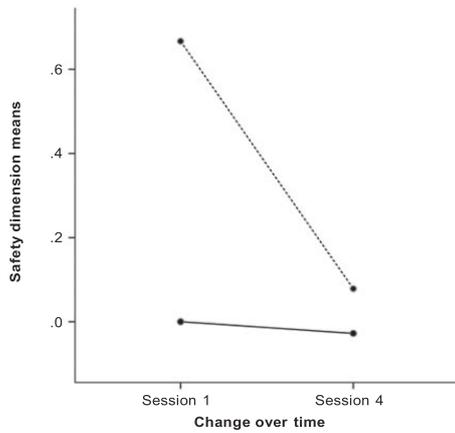
Figure 4. Between-group comparisons for connection dimension (session 1 to 4).

For connection there was no statistically significant main effect for time, $F(1,85) = 0.09$, NS, nor for the interaction effect $F(1,85) = 0.09$, NS. Only the main effect of group on connection was significant $F(1,85) = 5.10$, $p < 0.05$, $\eta_p^2 = .06$ (small effect), indicating that in the involuntary group the emotional connection to the therapist was weaker than in the voluntary group (see Figure 4).

As indicated in Figure 5, from session 1 to 4 safety decreased significantly, $F(1,85) = 7.80$, $p < 0.01$, $\eta_p^2 = .08$ (small effect), showing a main effect for safety over time. Also the main effect of group on the safety scores was significant, $F(1,85) = 6.51$, $p < 0.05$, $\eta_p^2 = .07$ (small effect). A significant effect for the interaction, $F(1,85) = 6.45$, $p < 0.05$, $\eta_p^2 = .07$, indicates that there were significant differences in the effect of therapy over time on the safety dimension for involuntary and voluntary groups. Although both groups decreased in safety across time there was a much stronger effect when clients were voluntary.

Figure 6 shows a significant main effect for shared purpose over time, $F(1,85) = 17.85$, $p < 0.01$, $\eta_p^2 = .17$ (moderate effect). In session 4 the global family's scores in the shared purpose dimension were lower than those at the beginning of the therapy (session 1). The main effect of group on the shared purpose family scores was

significant, $F(1,85) = 6.35, p < 0.05, \eta_p^2 = .07$ (small effect). The shared purpose over time \times group interaction was not significant; $F(1,85) = 2.75, NS$.



Note. — Involuntary group; Voluntary group.

Figure 5. Between-group comparisons for safety dimension (session 1 to 4).

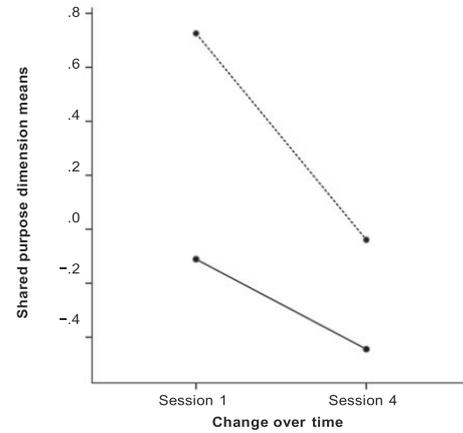


Figure 6. Between-group comparisons for shared purpose dimension (session 1 to 4).

Discussion

The results obtained showed that, in the first session, involuntary families differed from voluntary ones both in individual and group family alliance. Furthermore, they diverged in all specific dimensions of the alliance. These were expected results. Families who experienced pressure to attend therapy and are referred by a third party (involuntary group) emerged as being significantly less engaged, less emotionally connected to the therapist and less safe within the therapeutic context. As a family, they showed less shared sense of purpose than voluntary families. In other words, the present study shows that, at the beginning of the therapy, involuntary clients establish significantly weaker alliances than voluntary ones. These results corroborate the idea that most clients who initiate a therapeutic process unintentionally are less open to therapy, less cooperative and less motivated to change (Miller and Rollnick, 2002; Rooney, 1992).

Although these results are very interesting and reinforce the idea that it is challenging to establish therapeutic alliances with involuntary families, particularly at the beginning of therapy, it is important to remember that in our sample there were more dropouts in the involuntary group than in the voluntary one. To some extent this was expected because some research has shown that dropouts are frequent among clients for whom therapy is mandated (Rempel and Destefano, 2002). In fact, the aim of this study was not to predict dropouts from the initial motivational conditions of clients, but to study (through behavioural observation) how the alliance works in a sample of involuntary versus voluntary families. The point was to analyse how therapy works with involuntary clients who are obliged to be in therapy, so those who choose not to start or not to enter or remain in the therapy were not our focus. If we had eliminated the dropout cases this would have biased the sample and might have weighted the results towards the less involuntary families in the involuntary group! It seems to us that future research on the dropout issue requires a deeper discussion of the concept (such as clarifying the criteria for establishing dropping out, such as whether to use the number of sessions as the cutoff or basing it on a clinical criteria defined by the therapist).

Similar results are also shared with some studies carried out with clients in the motivation stages of pre-contemplation and contemplation of change (Prochaska and DiClemente, 1984), who often are involuntary clients. Earlier in therapy those clients have a lower probability of developing a strong alliance than clients with higher levels of motivation (Connors *et al.*, 2000). Recently a study about the complex interrelationships between distress, referral source, pressure to attend therapy, and motivation to change concluded that the relationship between pressure and referral source was not significant (Moore *et al.*, 2013). While the source of the referral did not seem to be important, the pressure felt by clients did. Those clients are likely to have lower levels of motivation to change. This conclusion is even more important if we take into account the couple and family therapy case because clients often present for therapy at the behest of someone, usually a family member.

Involuntary clients, and particularly mandated clients, often come from poor and multi-stressed (Madsen, 2007) families. Cultural, social factors and family patterns of these clients (Imber-Black, 1988) may sometimes be misunderstood by therapists who do not share their context. This might itself contribute to aspects of feeling forced to

attend therapy, especially when it is provided by services that are seen to be negative and to represent the state (Honea-Boles and Griffin, 2001). As argued by Friedlander *et al.* (2006), when the referring agency has a strained relationship with the family and the family feels threatened or pressured, the logical conclusion must be that this family will see the therapist as an extension of that agency.

However, in the present study the involuntary families did not differ from the voluntary ones in socio-demographic characteristics (such as educational level); besides, there were only six mandated families in the sample (referred by public child protective services) and only one quit therapy before the fourth session. Moreover, involuntary clients didn't show negative emotional connections with the therapists in any of the analysed sessions, although in the first session the voluntary clients evidenced a stronger bond with therapists. So, the present results do not evidence negative relationships with professionals. However, these families were seen in a clinical service that accepts both voluntary and involuntary clients, which might be different from a social services setting where typically all clients are involuntary. This particular contextual difference should not be ignored when interpreting the results; in fact it seems an interesting variable to take into account in future studies.

In the first session, we can remark that alliance negative values were observed only in the involuntary families, namely in safety and shared sense of purpose. These findings suggest a particularly problematic alliance in these dimensions. Thus, it is possible to speculate that the problem is not so much located or related with the therapist as with the therapeutic context itself (not enough safety to be in therapy with the other members of the family). These clients somehow felt the context not appropriate enough to take risks, be comfortable or be flexible. On the other hand, we could expect that shared sense of purpose within the family (togetherness and solidarity of family members in relation to therapy, making family members see themselves as working together in order to improve family relationships and achieve common goals) would be hard to accomplish in involuntary families. In fact, (i) they were usually referred because of the behaviour of one of their members (identified patient), (ii) the other members of the family felt that they did not deserve the 'punishment' of being in therapy, and (iii) they frequently saw themselves as split into good and bad. So, our

findings support the hypothesis of Friedlander *et al.* (2006) that these two dimensions are probably the most crucial when clients, in addition to not recognizing the existence of a problem, also perceive the referral to therapy as unfair (an almost hostage attitude). Accordingly, ensuring safety within the therapeutic system and promoting a shared sense of purpose within the family are of utmost importance for the establishment of therapeutic alliance in these cases (Friedlander *et al.*, 2006).

When the clients' distrust of the intervention is significant, it is difficult to create a safe space for sharing and trust, as a therapeutic context should be. The fear that information will be disclosed is even greater since, in some cases, family members know that the therapist makes reports on their behaviour or is in contact with the referring person or agency. The difficulty of the therapists who work under these circumstances lies in the risk of losing the role of agent of change and becoming an agent of social control (Honea-Boles and Griffin, 2001). In the family therapy centre where the sample was collected, in spite of there being no strict rules on information sharing and contacts between the therapists and the referring person or agency, those contacts are usually minimal. Besides, when reports are required their content is usually shared and discussed with the clients.

The engagement of these clients in therapy may represent a further challenge to therapists (De Jong and Berg, 2001; Honea-Boles and Griffin, 2001; Rooney, 1992). The challenge can be even greater if therapists are not able to anticipate and normalize the rejection and defensiveness of clients. In these cases, the frustration of therapists may lead them to blame their clients and react with anger when they are hostile (Snyder and Anderson, 2009). The alternative is for therapists to resist the temptation of being scandalized when involuntary clients do not want to take part in therapy and to construe the negative reactions of clients as an expectable initial reaction (Snyder and Anderson, 2009) or as an essential task to work on in the initial stages of the treatment (Friedlander *et al.*, 2006).

The differences between involuntary and voluntary families in the middle stage of the therapeutic process faded. This could be a significant and inspiring finding of the present study. By session 4 they differed only in the engagement dimension, with the involuntary clients showing weaker alliances. Furthermore, all the individual

alliance dimensions were positive both in involuntary and voluntary groups. These results may indicate that the therapeutic process pro-motes some convergence between involuntary and voluntary families in alliance behaviour. In fact, there was a significant improvement from session 1 to 4 in engagement in involuntary families (in fact, it was the only dimension where we observe a significant improvement). We can assume that engagement may evolve positively along the therapy, although remaining a problematic dimension when compared with voluntary families.

Unexpectedly, voluntary families worsened significantly in safety and shared purpose in session 4. It is possible that in this middle stage of the process, voluntary families' initial openness to therapy may result in behaviour and feelings that lead to discomfort. This may in turn lead to family members feeling less secure and happy with each other. This is essentially the process of change. These results point towards the conclusions of other authors, namely, that sustaining the alliance is not a steady, uniform process but rather a discontinuous one (Escudero *et al.*, 2008; Higham *et al.*, 2012). In this sense, effective therapy with families involves two seemingly contradictory adaptations (Friedlander *et al.*, 2006). According to Escudero *et al.* (2008) the degree to which safety is possible for a given family member depends on many factors in the family system itself (conflicts, tensions and intimidation) other than the therapist's attitude or techniques. Notably, in a series of case studies (Beck *et al.*, 2006), some clients' observed ratings of safety changed dramatically depending on which members of the family attended the session. Indeed, feeling vulnerable at some point during treatment is so closely associated with therapeutic change that many therapists consider it a necessary part of the process (Friedlander *et al.*, 2006).

Although these findings provide evidence about how the alliance unfolds differently for families who are involuntary compared with families who began therapy voluntarily, we must bear in mind some limitations that may affect or bias the interpretation of the results. The first is that the strength of the alliance was measured only at two different moments throughout the process. This prevents the researcher from obtaining a better understanding of the evolution of the alliance along the process. Secondly, while the heterogeneity of the family members attending the sessions is characteristic of naturalistic research, the diversity of the subsystems present in the sessions adds complexity to the interpretation of results. Thirdly, no therapeutic alliance

self-reports of the participants (both family members and therapists) were used. Next, this study does not provide responses about how the problem of differences in the dropout cases between the groups influences the differential formation of alliances. Future research should focus specifically on how the dropout variable influences the therapeutic alliance and also on how the therapeutic alliance could change the dropout rates in voluntary versus involuntary cases. Finally, the therapist variables were not contemplated in the analysis (namely, their contributions to alliance).

Conclusion

From this study we can underline some main conclusions on involuntary families' therapeutic alliance: (i) at the beginning of the therapy the strength of alliance is significantly weaker in every dimension from that of voluntary families, and (ii) by the fourth session these differences fade. Surprisingly when considering the evolution of alliance from first to fourth session, voluntary families decreased their sense of safety in therapy significantly more than involuntary ones. This finding could indicate the importance of further research to have a better knowledge of the evolution of patterns of alliance throughout the family therapy process and the way it relates with therapeutic change.

Implications for therapy

When family members have differing motives, motivations and degrees of readiness for therapy, several interacting alliances need to be monitored simultaneously. Therapists should pay particular attention to the therapeutic strategies that can lead the families to feel themselves in danger as a unit. For example, when the therapist fails to address one client's stated concerns by only discussing the concerns of another client; or fails to intervene when family members argue with each other about the goals, value or need for therapy. They also need to promote a safe context for these families, facilitating their involvement in therapy. Namely, the therapist should encourage clients to articulate their goals for therapy, providing structure and guidelines for safety and confidentiality and helping clients to talk truthfully and not defensively to each other.

Furthermore, therapists should inquire about the amount of pressure experienced by clients, and the source of that pressure, early in the therapy (Moore *et al.*, 2013). Therapist training and supervision should take these issues into account.

Future directions

Some interesting questions about the establishment of the therapeutic alliance with involuntary clients arise as research challenges for the future: how does the alliance, in these cases, relate to the therapeutic results? What is the role of therapists in the establishment of the alliance with those clients? Can we also speak of involuntary therapists? What strategies may increase the strength of the alliance with those clients? So, in order to find some answers to those questions and to raise new ones, we intend to continue the study on therapeutic alliance in family therapy with involuntary families developing studies focused on: (i) the comparison of therapists' alliance behaviour with voluntary and involuntary families; (ii) the development and testing of a model that relates the SOFTA's alliance clients' and therapists' dimensions with the improvement in therapy, defining some mediators and moderators of alliance variables; (iii) specific conditions related to family characteristics (such as involuntary families with adolescents), specific referrals (for example, mandated families versus non-voluntary families) and by outcomes (dropouts versus completed involuntary family cases); (iv) the qualitative analysis of the process of rupture and repair of alliance in a family therapy session with involuntary clients.

References

- Beck, M., Friedlander, M. L. and Escudero, V. (2006) Three perspectives of clients' experiences of the therapeutic alliance: a discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, **32**: 355–368.
- Bordin, E. S. (1979) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, **16**: 252–260.
- Cohen, J. (1988) *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd edn). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Connors, G. J., DiClemente, C. C., Dermen, K. H., Kadden, R., Carroll, K. M. and Frone, M. R. (2000) Predicting the therapeutic alliance in alcoholism treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, **61**: 139–149.
- De Jong, P. and Berg, I. K. (2001) Co-constructing cooperation with mandated clients. *Social Work*, **46**: 361–374.
- Duncan, B. L. and Miller, S. D. (2000) *The Heroic Client: Doing Client Directed, Outcome-Informed Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Escudero, V., Frielander, M. L., Varela, N. and Abascal, A. (2008) Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants' perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, **30**: 194–214.
- Escudero, V., Heatherington, L. and Friedlander, M. L. (2010) Therapeutic alliances and alliance building in family therapy. In J. C. Muran and J. P. Barner (eds) *The Therapeutic Alliance. An Evidence-Based Guide to Practice*, pp. 240–262. New York: Guilford Press.
- Friedlander, M. L., Escudero, V. and Heatherington, L. (2006) *Therapeutic Alliances in Couple and Family: an Empirically Informed Guide to Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P. *et al.* (2005) System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o) training manual-revised, retrieved 18 December 2008 from http://www.softa-soatif.com/docusofta/softa%20instruments/manuales/Softa_CodingManual.pdf.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L. and Diamond, G. M. (2011) Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy*, **48**: 25–33.
- Higham, J. E., Friedlander, M. L., Escudero, V. and Diamond, G. (2012) Engaging reluctant adolescents in family therapy: an exploratory study of in-session processes of change. *Journal of Family Therapy*, **34**: 24–52.
- Honea-Boles, P. and Griffin, J. E. (2001) The court-mandated client: does limiting confidentiality preclude a therapeutic encounter? *TCA Journal*, **2**: 149–160.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C. and Symonds, D. (2011) *Alliance in individual psychotherapy*. *Psychotherapy*, **48**: 9–16.
- Imber-Black, E. (1988) *Families and Larger Systems: A family therapist's guide through the labyrinth*. New York: Guilford.

- Lambert, M. J. and Ogles, B. M. (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5th edn), pp. 139–193. New York: Wiley.
- Madsen, W. C. (2007) *Collaborative Therapy with Multi-stressed Families*. New York: Guilford Press.
- Martin, D. J., Garske, J. P. and Davis, M. K. (2000) Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **68**: 438–450.
- Miller, W. R. and Rollnick, S. (2002) *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: Guilford.
- Nichols, M. P. and Schwartz, R. C. (2006) *Family Therapy: Concepts and Methods* (7th ed.). New York: Gardner.
- Moore, L. E., Tambling, R. B. and Anderson, S. R. (2013) The intersection of therapy constructs: the relationship between motivation to change, distress, referral source, and pressure to attend. *American Journal of Family Therapy*, **41**: 245–258.
- Morris, S. B. and DeShon, R. P. (2002) Combining effect size estimates in meta-analysis with repeated measures and independent-groups designs. *Psychological Methods*, **7**: 105–125.
- Pinsof, W. B. (1994) An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Horvath and L. S. Greenberg (eds) *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*, pp. 173–195. New York: Wiley.
- Prochaska, J. O. and DiClemente, C. C. (1984) *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Down Jones Irwin.
- Rempel, M. and Destefano, C. D. (2002) Predictors of engagement in court-mandated treatment: findings at the Brooklyn Treatment Court, 1996–2000. *Journal of Offender Rehabilitation*, **33**: 87–124.
- Relvas, A. P. (1996) *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento. Relvas, A. P. (2003) *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família* (2^a ed.). Coimbra: Quarteto.

- Rooney, R. H. (1992) *Strategies for Work with Involuntary Clients*. New York: Columbia University.
- Snyder, C. and Anderson, S. (2009) An examination of mandated versus voluntary referral as a determinant of clinical outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, **3**: 278–292.
- Sprenkle, D. H. and Blow, A. J. (2004) Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, **30**: 113–129.
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D. and Lebow, J. L. (2009) *Common Factors in Couple and Family Therapy. The Overlooked Foundation for Effective Practice*. New York: Guilford.
- Sotero, L. and Relvas, A. P. (2012) A intervenção com clientes involuntários: Complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade*, **24**: 187–196.
- Sotero, L., Relvas, A. P., Portugal, A., Cunha, D. and Vilaça, M. (2010) Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar: SOFTA-o. Versão para Clientes. [Portuguese version of the SOFTA-o for Clients]. Retrieved 14 May 2014 from <http://www.softa-soatif.com>
- Symonds, B. D. and Horvath, A. O. (2004) Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, **43**: 443–455.
- Tabachnick, B. G. and Fidell, L. S. (2007) *Using multivariate statistics* (5th edn). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Tohn, S. L. and Oshlag, J. A. (1996) Solution-focused therapy with mandated clients: cooperating with the uncooperative. In S. D. Miller, M. A. Hubble and B. L. Duncan (eds) *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy*, pp. 152–183. San Francisco: Jossey-Bass.
- Trotter, C. (2006) *Working with Involuntary Clients: a Guide to Practice*. London: Sage.
- Weakland, J. H. and Jordan, L. (1992) Working briefly with reluctant clients: child protective services as an example. *Journal of Family Therapy*, **14**: 231–254.

2.2. *Estudos dos Terapeutas*

Building Alliances with (In)Voluntary Clients: A study focused on therapists' observable behaviors⁵

Luciana Sotero^{*}, Diana Cunha^{*}, José Tomás da Silva^{*}, Valentín Escudero^{**} and Ana Paula Relvas^{*}

^{*} Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Coimbra

^{**} Department of Psychology, University of A Coruña

Abstract

This study aimed to compare therapists' observable behaviors that contribute to their alliances with involuntary and voluntary clients during brief family therapy. The therapists' contributions to these alliances were rated in sessions 1 and 4 using videotapes of the 29 families who were observed in brief therapy. Using the System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o), trained raters searched for the presence of specific therapist interventions that contributed to or detracted from the four alliance dimensions: engagement in the therapeutic process, an emotional connection with the therapist, safety within the therapeutic system, and a shared sense of purpose within the family. In the first session, the results showed that, when working with involuntary clients, therapists presented more behaviors to engage and to promote a shared sense of purpose within the family. However, in the fourth session, the therapists in both groups contributed to the alliance in similar ways. The results are discussed in terms of (a) the therapists' behaviors in building alliances, (b) the specificities of each client group, and (c) the implications for clinical practice, training and research.

Keywords: therapists; therapeutic alliance; involuntary clients; family therapy; SOFTA.

⁵ Sotero, L., Cunha, D., Silva, J. T., Escudero, V., & Relvas, A. P. (2016). *Building alliances with (in)voluntary clients: A study focused on therapists' observable behaviors*. Manuscript submitted for publication.

Introduction

The literature suggests that forming an alliance with involuntary clients is particularly difficult (Friedlander, Escudero, Heatherington, 2006a; Honea-Boles & Griffin, 2001; Snyder & Anderson, 2009; reference removed for blinded review). In other words, allying with clients who have not asked for therapy and do not see the need or value of therapy is challenging (Ivanoff, Blythe, & Tripodi, 1994; reference removed for blinded review). These clients are generally referred to therapy through external agencies (e.g., schools, mental health services, child protective services, or the courts). By contrast, voluntary clients are characterized by a spontaneous appeal for help (i.e., the client makes the demand without an external referral). These clients are often willing to engage with the therapist and to form an alliance, and they are motivated to collaborate in making changes through therapy (O'Hare, 1996; Prochaska, Johnson, & Lee, 2008). Therefore, the notion of an "involuntary client" refers not only to the external source of the referral but also to the clients' unwillingness to cooperate in therapy (reference removed for blinded review). However, in the context of couple and family therapy, the distinction between involuntary and voluntary clients becomes more complex when compared with individual therapy. In fact, in each family, members frequently have different motives, distinctive motivational levels and/or different goals for therapy, irrespective of the source of the referral.

Thus, this study follows the lead of another study about involuntary clients' observable behaviors that reveal the strength of the alliance in brief family therapy. In the first study, we try to understand how involuntary clients, compared with voluntary ones, establish the therapeutic alliance in the first and fourth sessions (reference removed for blinded review). The results showed that families that are pressured to attend therapy and are referred by a third party have significantly weaker alliances than those of voluntary clients in the first session. Nevertheless, these differences in the strength of the alliance between involuntary and voluntary families tend to disappear in the fourth session. The results generally suggest that, despite the initial differences in the strength of alliances, the therapeutic process seems to promote some convergence between involuntary and voluntary clients in terms of alliance behaviors (reference removed for blinded review). In this study, we want to compare the therapists'

observable behaviors on the alliance with involuntary and voluntary families in the first and fourth sessions.

Surprisingly, many therapists work with involuntary families, but little attention has been given to the challenges of interventions under these circumstances (Snyder & Anderson, 2009). One such challenge is the establishment of effective therapeutic alliances. Thus, although the client's motivation prior to treatment can be an essential factor in facilitating the therapeutic process and eventually the therapeutic change, what therapist do in therapy has an impact on the extent to which families become engaged in the process (Sprenkle, Davis & Lebow, 2009). Despite the vast literature about the therapeutic alliance, we know little about in-session therapist behaviors that contribute to this alliance (Crits-Christoph, Gibbons, & Hearon, 2006).

The alliance is recognized as representing interactive and collaborative elements of the relationship – i.e., engaging in the tasks and agreeing on the goals in the context of an affective bond (Bordin, 1979; Horvath, 1994; Pinosof & Catherall, 1986). Therapists, clinicians and researchers agree that the alliance matters and that it is the most robust relationship factor that accounts for change in successful psychotherapy across different types of therapy, clients and problems (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012; Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011).

As in individual therapy, building the therapeutic alliance in couple and family therapy implies the creation of a strong emotional bond and the negotiation of goals and tasks (Bordin, 1979). However, in conjoint family therapies, alliances develop not only between individuals and the therapist (self-with-therapist) but also between family members and between subsystems (e.g., parents, siblings) (groups with the therapist) (Pinosof, 1994; Sprenkle & Blow, 2004). Moreover, each person observes how others in the family feel about the therapy (other-with-therapist) and how the family unit as a whole responds to what is happening in treatment, and these observations affect his or her therapeutic experience (Pinosof & Catherall, 1986). For this reason, during the therapeutic process, family therapists must build several simultaneous alliances and consistently balance the level of alliances between and among clients and subsystems

(Friedlander et al., 2006a). Additionally, the study of the alliances in family therapy requires measurement at the individual and system levels.

In session, family members often disagree about the nature or importance of the problem, the treatment goals, or the value of therapy (Lambert, Skinner, & Friedlander, 2012). This situation occurs more frequently when families come to therapy reluctantly, unwillingly or under coercion (Friedlander et al., 2006a; reference removed for blind review). The degree to which family members are aligned with one another in their views and the motivation behind the therapy has been defined – for the first time by Pinsof (1994) – as the within-family alliance. Research has shown that this unique characteristic of the alliance in conjoint therapy tends to be critically important for therapeutic improvement (Beck, Friedlander, & Escudero, 2006; Friedlander, Lambert, Escudero, & Cragun, 2008; Smerud & Rosenfarb, 2008).

In couple and family therapy, not only the strength of alliances but also the balance among the various alliances matter. An unbalanced (Robbins, Turner, Alexander, & Perez, 2003) or split alliance (Heatherington & Friedlander, 1990; Pinsof & Catherall, 1986) occurs when family members differ considerably in their alliance with the therapist. When alliances are split, the chances for poor treatment outcomes can greatly increase (Heatherington & Friedlander, 1990; Muñiz de la Peña, Friedlander, & Escudero, 2009).

In the therapeutic context, the family members' degree of safety with one another is another important element for understanding the alliance from a systemic viewpoint (Friedlander et al., 2006a). During sessions, family members have less control over what others say; family secrets can be revealed; and the real-life consequences of what occurs in therapy can occur (Friedlander et al., 2006a). These differential characteristics of conjoint therapy – compared with individual therapy – affect the therapeutic alliance. In this sense, each person's willingness to negotiate goals and tasks within the family and with the therapist can be affected by the degree of comfort in the therapeutic system (Friedlander et al., 2011). The literature indicates that safety within the therapeutic context seems to be an important precondition for change (Christensen, Russell, Miller, & Peterson, 1998; Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008).

When synthesizing, family therapists must pay attention not only to individual alliances between clients and therapist but also to the alliance that family members establish with one another and the degree of safety associated with each element in the therapeutic context (Friedlander et al., 2006a). Therefore, therapists need higher competences to keep all the parties engaged, given that threats to the alliance with one family member will likely damage other family alliances (Blow, Sprenkle, & Davis, 2007). In this sense, the alliance is not static; it is a dynamic process, and therapists must be able to recognize difficulties in the alliance, varying specific responses that better foster a strong therapeutic alliance (Blow et al., 2007).

This study aims to compare therapists' observable behaviors towards the alliance with involuntary and voluntary families during the first and fourth session of brief family therapy. Our specific goals are (1) to compare therapist behaviors that reflect contributions to the alliances in both groups – involuntary vs. voluntary (a between-group comparative analysis) and (2) to analyze the evolution of therapists' contributions to the alliance from session 1 to session 4 within in each group and between groups (within- and between-group comparative analysis).

Considering the initial difficulties of establishing a therapeutic alliance with involuntary clients (Honea-Boles & Griffin, 2001; Snyder & Anderson, 2009; reference removed for blind review), we hypothesize that therapists tend to contribute more to alliances with involuntary clients than to those with voluntary ones – at least at the beginning of therapy (first session). If so, the results can corroborate the idea that, to some extent, therapists are able to improve their behaviors to foster alliances when they perceive poor alliances. Because we know little about in-session behaviors that contribute to alliances (Crits-Christoph et al., 2006), this study we hopes to better understand this critical component of conjoint therapy, particularly with clients who express their unwillingness to be in therapy.

Method

Participants

Therapists. This study's sample of therapists included participants in a larger research project about involuntary clients in the context of brief family therapy (see – reference removed for blinded review – for details). The clinical cases that met the selection criteria (involuntary and voluntary, as explained below) came from an archival dataset of a Portuguese university center for family therapy. Video recording was a standard practice in this therapy center, and all the clients had consented to session recordings and their use in research. Twenty-five family therapists were involved in the selected therapeutic processes – 18 women and seven men between the ages of 22 and 45 ($M = 31.32$, $SD = 7.25$) – with clinical experience varying from one to twenty years ($M = 6.08$, $SD = 6.14$). Fifty-six percent of therapists were in training in family therapy, while the remaining participants (44%) were senior therapists who had the complete training. Each therapist followed, on average, 2.36 cases ($SD = 1.73$): eight therapists participated in both involuntary and voluntary clinical cases; eight therapists participated only in involuntary cases; and nine therapists participated only in voluntary cases (see Table 1). Regarding co-therapy, 21 pairs of co-therapists participated, and only six of those pairs followed more than one clinical case.

Clients. The sample included 29 families (involuntary $n = 12$; voluntary $n = 17$) who attended both sessions (the first and fourth sessions). Families with school-age children (36%) and families with young adult children (31%) constituted the majority of the family sample (67%). The remaining 33% were families with adolescent children (30%) and families with young children (3%). The family roles ($N = 87$) included 28 mothers, 16 fathers, 26 daughters and 17 sons. As for sociodemographic variables (age, gender, and educational level), no statistically significant differences were found between the participants in the two groups (age $\chi^2(6) = 8.13$, $p = .238$; sex $\chi^2(1) = 0.01$, $p = .975$; educational level $\chi^2(5) = 4.53$, $p = .476$). The presenting problems were primarily intra-family conflicts, communication problems, difficulties in adjusting to family ruptures (separation, divorce, grief), and parenting difficulties.

Table 1
Description of the Therapists (N = 25)

Therapists	INV		VOL		Both Groups	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Sex						
Female	6	75	6	66.7	6	75
Male	2	25	3	33.3	2	25
Age Range						
20–25	2	25	2	22.2	2	25
26–30	2	25	4	44.4	2	25
31–35	2	25	0	0	1	12.5
36–40	2	25	1	11.1	1	12.5
> 40	0	0	2	22.22	2	25
Clinical Experience						
Trainee	2	25	2	22.2	0	0
1–3 years	3	37.5	1	11.1	2	25
4–6 years	3	37.5	4	44.4	2	25
7–9 years	0	0	1	11.1	1	12.5
> 9 years	0	0	1	11.1	3	37.5
Total	8	100	9	100	8	100

Note. INV = Involuntary and VOL = Voluntary.

Case Selection

The randomly selected clinical cases were concluded between 2000 and 2009 and were divided into two groups (20 involuntary families and 20 voluntary families) to fit certain criteria: a) Involuntary Group – these clients were referred to therapy by a public institutional service (e.g., child protection services, schools, and healthcare centers), and, in the first session, more than half of the family members had clearly expressed that they did not want or need to be there and/or that they did not recognize the value of therapy; b) Voluntary Group – these clients were referred to therapy via a family member’s spontaneous request (without an external referral), and, in the first

session, no family member expressed that they did not want or need the treatment and/or that they did not recognize the value of therapy. The objective of these combined and different criteria was to "clean up" the subsamples of doubtful cases, i.e., the cases in which most family members expressed their explicit desire for therapy, despite the referral by a third party ("false involuntary") and the cases in which some family members (or only one of them) explicitly expressed their opposition to therapy, despite the spontaneous request for therapy ("false voluntary").

Of the 40 selected families, only the cases with the first and fourth sessions (29) were used in this study. Among the 12 involuntary families, five cases were referred by schools; five were referred by child protective services; one was referred by mental health services; and one was referred by a healthcare center. Five cases were "mandated" families (Rooney, 1992), insofar as they were in therapy because of a legal obligation or court order. The two groups of families had no significant differences in therapy outcomes (improvement/lack of improvement) $\chi^2(1) = .95, p = .671$, as rated by Goal Attainment Scaling (Kiresuck & Sherman, 1968; Sotero & Relvas, 2014). The outcomes evaluation involved the previous identification of the goals to be achieved and the subsequent assessment of the degree to which they had been achieved with therapy.

Treatment Conditions

The treatment was supported on a brief-therapy model (six to ten sessions, spaced from three to four weeks). Overall, interventions followed principles of a focus on relationships, an emphasis on strengths and resilience and the establishment of collaborative therapeutic alliances, adopting techniques such as circular questions, reframing, positive connotation and hypothesizing. Sessions were held in a specific therapeutic setting that included a one-way mirror, which was used to separate the therapy room from the observation team room. Each session usually lasted 90–120 minutes, including a break and a final comment or reframing that was addressed to the families, and the intervals between sessions ranged, on average, from two to four weeks, following the logic of brief therapy models. All the therapeutic processes included two co-therapists – usually one senior and one in training (the team was never composed by

two training therapists) – who were assigned to families based on their scheduling availability. The therapeutic family treatments averaged 8.21 sessions ($SD = 2.31$; range: 4–13 sessions).

Instrument

System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o; Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006b). This observational tool was developed inductively and was refined empirically, and it was designed to reflect a transtheoretical, observable, interpersonal and multidimensional conceptual model of the therapeutic alliance. Based on a four-dimensional framework of alliances in couple and family therapy (Friedlander et al., 2006b), the SOFTA-o contains a list of 44 client behaviors and a list of 43 therapist behaviors that are clustered within four dimensions: (1) engagement in the therapeutic process (engagement), (2) an emotional connection with the therapist (connection), (3) safety within the therapeutic system (safety), and (4) a shared sense of purpose within the family (shared purpose). Whereas engagement and connection are similar to Bordin's (1979) components of the alliance in individual therapy, safety and shared purpose reflect aspects of the alliance that are unique to conjoint counseling.

While the clients' behaviors reflect the strength of the alliance (SOFTA-o - Client Version), the therapist's behaviors reflect his or her contributions to the alliance (SOFTA-o Therapist Version). The therapist version evaluates the therapists' contributions to the alliance through their observable behaviors (verbal and nonverbal, positive and negative) in each dimension during the therapy sessions. A rating of +3 (the highest rating) suggests that the therapist contributes substantially to the clients' engagement, safety, connection and shared purpose, whereas a rating of -3 (the lowest rating) indicates that the therapist's behavior is highly detrimental to the clients' experience of each dimension of the alliance. The therapists' descriptors have an operational definition to focus the evaluator on observable behavior and thereby minimize subjective inferences. For example, in the emotional connection dimension in the training manual (<http://www.softa-soatif.net>), the positive descriptor "Therapist discloses his or her personal reactions or feelings toward the client(s) or the situation" is operationally defined as follows:

This item reflects the therapist's self-involvement in the session. The therapist reveals something about his or her inner experience during the family session. Examples: "I felt close to you while you were crying" or "As we talk about this, I feel sadder and sadder" or "I'm excited by what I hear. You all seem to have a lot of energy to work together". (Friedlander, Escudero, Heatherington, et al., 2005, p. 30)

SOFTA-o research has demonstrated adequate interrater reliabilities (ICCs, mean intraclass correlation ranges from .72 to .95), and construct validity has been demonstrated through factor analysis, known-groups validity, and predictive validity (Friedlander et al., 2006a). Studies have shown that (a) poor outcomes are associated with lower SAFE and SHARE ratings in early sessions (Beck et al., 2006); (b) stronger SOFTA-o ratings are associated with more favorable self-reported alliance scores on Luborsky et al.'s (Luborsky, Crits-Cristoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983) Helping Alliance Questionnaire (Friedlander et al., 2006b), session depth (Friedlander, Bernardi, & Lee, 2010) and client improvement (e.g., Escudero et al., 2008; Smerud & Rosenfarb, 2008); and (c) even mildly split alliances can be behaviorally observed using the SOFTA-o (Muñiz de la Peña et al., 2009). The therapist version of the SOFTA-o has demonstrated face and content validity with a sample of 29 family therapy researchers (Friedlander et al., 2006a). In addition, significant correlations were found between therapists' behaviors in all four dimensions and their self-reported perceptions of the session's impact on Stiles and Snow's (1984) Session Evaluation Questionnaire (Friedlander et al., 2006a). Six studies allow us to support the reliability and validity of the Portuguese SOFTA-o version, as they express satisfactory results in terms of reliability (Sotero & Relvas, 2014), convergent validity (Sotero & Relvas, 2014), predictive validity (Sotero et al., 2010) and known-groups validity (Sotero, Relvas, & Escudero, 2011).

Rating procedures. To obtain data from two time points during treatment, sessions 1 and 4 were rated. The first session was chosen because the therapists (and the researchers) should pay attention to the alliance as soon as therapy begins. The fourth session was chosen because it is considered a therapeutic process moment that can predict short-term therapy outcomes (Lambert & Vermeersch, 2008; Stratton et al.,

2014).

Fifty-eight videotaped sessions were rated by four judges (three master's students in clinical psychology and one doctoral student in family psychology), using the Portuguese version of SOFTA-o (the therapist version), which was translated by Sotero et al. (2010). Except for the doctoral student, the raters had no prior knowledge of the study hypotheses. Twenty-nine videotapes captured first sessions, and another 29 filmed fourth sessions (as explained above, 29 families completed the first session and the fourth session ($n = 12$ involuntary; $n = 17$ voluntary)).

To rate the sessions, the observers watched the videos and took notes about the frequency and intensity of specific (positive and negative) alliance-related behaviors as they occurred. Then, after reviewing the session, the raters assigned global ratings (+3 = *extremely strong* to -3 = *extremely problematic*) using the operational definitions of the four dimensions and considering the frequency, intensity, and clinical meaningfulness of the observed behaviors. Because two therapists (co-therapy composed by a senior and a junior therapist or two senior therapists) followed all the clinical cases, we used the therapist system as the unit of analysis rather than an individual therapist. The therapist system received a single rating for each SOFTA dimension, which reflected the joint contribution of the co-therapy that either supported or detracted from the alliance, without missing the synergistic effect of the co-therapy team (i.e., the whole is greater than the sum of its parts) (Hendrix, Fournier, & Briggs, 2001).

First, the rating team had been trained for approximately 20 hours using practice videotapes to achieve adequate levels of reliability (*ICCs* ranged from .89 to .91). After the training phase, a subsample of sessions (25%) was independently rated by the judges to assess inter-rater reliability (*ICCs* ranged from .85 to .95). After this reliability test, all the sessions were rated independently by randomly selected pairs; the raters met regularly to negotiate the largest discrepancies (exceeding two points) to set the final ratings. The total sample *ICCs* were .98 for engagement, .97 for emotional connection, .97 for safety, and .97 for shared sense of purpose. Following the instructions of the coding manual (Friedlander et al., 2005), the ratings used for the analysis were created by consensus.

Results

Within-session and between-group comparisons of the therapists' contributions to the alliance

A 2 x 2 mixed ANOVA – 2 groups (involuntary vs. voluntary) x 2 sessions (session 1 and session 4) – was used to compare the means for each SOFTA dimension (see Table 2).

For the engagement dimension, time was found to have a significant effect, $F(1,27) = 4.82, p < .05, \eta_p^2 = .15$ (a moderate effect), showing that, at the beginning of the treatment (session 1), the therapists contributed significantly more to the clients' engagement than they did in session 4 (Table 2). The group was also found to have a significant effect, $F(1,27) = 6.23, p < .05, \eta_p^2 = .19$ (a moderate effect), indicating that the therapists contributed more to engagement in the therapeutic process in the involuntary group than they did in the voluntary group. The interaction effect, $F(1,27) = 0.14, ns$, did not reach statistical significance (see Figure 1a).

Table 2

Therapist's Contributions to the Alliance in Sessions 1 and 4

SOFTA-o Dimensions	Groups	Session 1		Session 4	
		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Engagement	Involuntary	2.83	0.58	2.25	0.87
	Voluntary	2.24	0.75	1.82	0.95
Emotional Connection	Involuntary	2.42	1.00	2.00	0.95
	Voluntary	1.76	0.90	1.88	0.86
Safety	Involuntary	0.08	0.67	0.42	0.67
	Voluntary	0.18	0.53	0.47	0.87
Shared Sense of Purpose	Involuntary	1.25	0.62	0.83	1.03
	Voluntary	0.47	0.62	0.65	0.61

Note. *N* Involuntary = 12; *N* Voluntary = 17. SOFTA-o = System for Observing Family Therapy Alliances. The contributions of the therapist's behaviors to the four alliance dimensions can range from -3 (*extremely detrimental*) to +3 (*extremely strong*), where 0 = *unremarkable/neutral*.

For the connection dimension, no statistically significant main effects were found for time $F(1,27) = 0.91, ns$, for group, $F(1,27) = 1.55, ns$, or for the interaction effect $F(1,27) = 2.90, ns$.

However, the mean therapist ratings were in the predicted direction, that is, higher for the involuntary group. Figure 1b displays the therapists' contributions to the emotional connections with clients in sessions 1 and 4.

Concerning the therapist's behaviors to foster safety within the therapeutic system, Figure 1c shows that time did not have a significant effect, $F(1,27) = 2.32, ns$, nor did group have a significant main effect, $F(1,27) = 0.20, ns$. Notably, a close look at the data showed that the therapists had higher ratings in the voluntary group in the safety dimension (Table 2). The interaction had no significant effect, $F(1,27) = 0.01, ns$.

Finally, the main effect of the group on the therapists' contributions to the shared purpose within the family was significant, $F(1,27) = 4.83, p < .05, \eta_p^2 = .15$ (a moderate effect). This result showed that the therapists' contributions to the shared purpose were significantly higher in the involuntary group than in the voluntary group. As in the engagement dimension, therapists tended to contribute more to the shared purpose dimension in the involuntary group (Table 2). Time did not show a significant main effect, $F(1,27) = 0.57, ns$, nor did the interaction dimension, $F(1,27) = 3.45, ns$ (see Figure 1d).

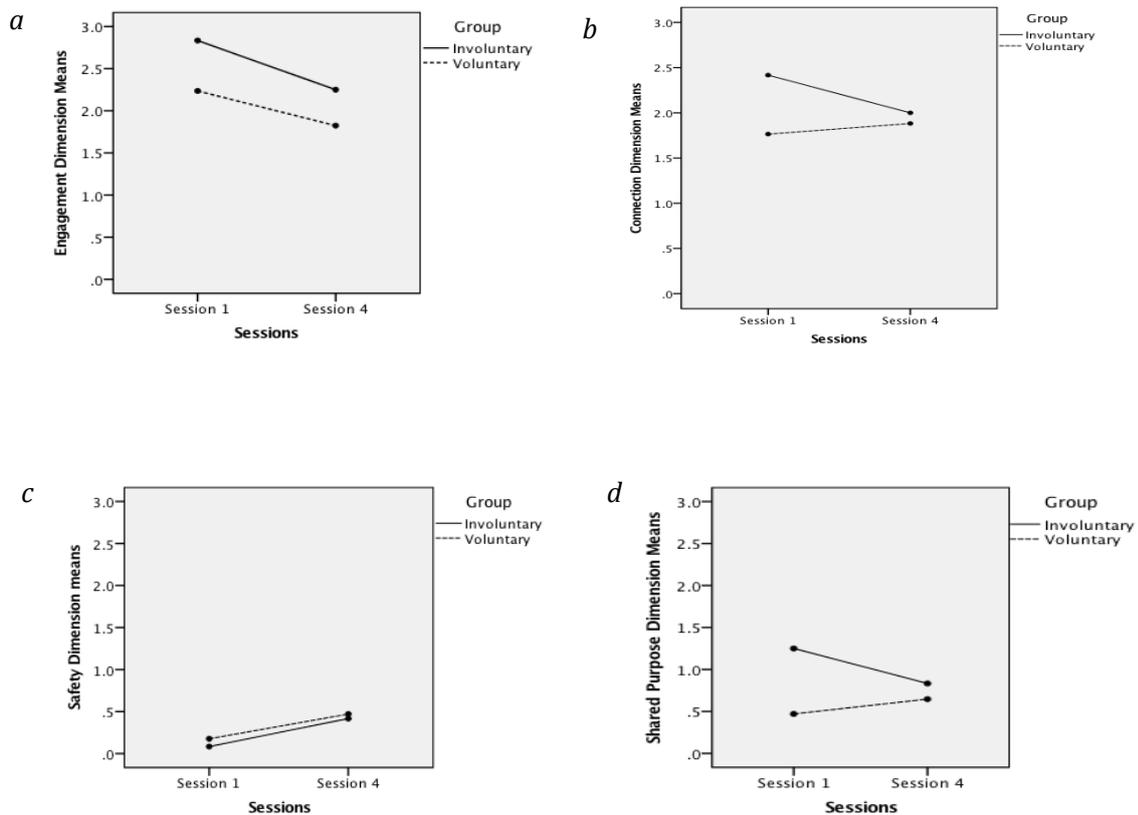


Figure 1. Therapists' contribution to (a) Engagement, (b) Connection, (c) Safety, and (d) Shared Purpose SOFTA dimensions.

Discussion

The results suggest that, despite the initial differences in the therapists' intensity in promoting behaviors that foster alliances (in all SOFTA dimensions except safety), the process seemed to converge for involuntary and voluntary families with respect to the therapists fostering alliance interventions. This convergence corresponds with the results previously obtained about the clients' alliance behaviors. The initial differences in the clients' alliance behaviors (involuntary families presented weaker alliances in all the SOFTA dimensions) tend to fade as the therapeutic process continues, revealing the convergence of involuntary and voluntary families in terms of alliance behaviors (reference removed for blinded review).

In the first session, the therapists display behaviors that are designed to foster engagement and a shared sense of purpose within the family more with involuntary clients than with voluntary ones. In fact, when a family involuntarily participates in therapy, unsurprisingly, clients' cooperation can be more challenging to achieve and sustain. In these cases, the therapists are responsible for finding a way to facilitate engagement and strengthen the family's sense of unity regarding therapy. As we hypothesized, within the involuntary group (reference removed for blinded review), a lack of client engagement and a lack of family unity concerning therapy seems to have an impact on the therapist's behavior.

The results showed that, in the first session, the most frequent therapist interventions involved achieving involuntary clients' engagement in treatment. Most of the therapists' contributions to this engagement lay in describing how therapy works, asking family members what they would like to achieve in therapy, searching for clients' willingness to experiment with a new behavior (after or during sessions), and addressing the client(s) who have been silent or withdrawn for a noticeable period of time (e.g., by deliberately leaning forward and/or calling them by name) (Friedlander et al., 2006a). In the first session, it is especially important that involuntary clients feel the therapeutic process as a non-adversarial context, in which they can make decisions and take an active role, unlike what occurs in other contexts in which they are involved (Honea-Boles & Griffin, 2001). In this sense, the results corroborate that, in the first session, the therapists were primarily concerned with fostering clients' engagement, which appears to decrease by the fourth session.

As previously mentioned, the ways in which an individual family member views therapy (as meaningful or as ineffective) is profoundly related to the ways that other family members feel about it. Hence, engagement is closely associated with a shared sense of purpose within the family (Friedlander et al., 2006a). Arguably, the family system is the most powerful element in terms of the motivation for change (Escudero et al., 2008; Pinsof, 1994) influencing therapeutic outcomes (Symonds & Horvath, 2004). The family system is particularly relevant when families who are referred by a third party and experience pressure to attend therapy begin treatment without a strong within-family alliance (reference removed for blinded review). Sometimes, family members

have opposing reasons for seeking help and accuse one another for the family's problems. According to the results, therapists contribute significantly more to the shared sense of purpose in the involuntary group than in the voluntary group, though this contribution primarily occurs in the first session. The strategies and specific behaviors used to facilitate a family's shared sense of purpose include eliciting family dialogue, encouraging clients to ask one another for their perspectives or to establish compromises, emphasizing similarities among clients' perspectives regarding the solution or problem, and drawing attention to clients' shared feelings, values, needs, or experiences. The task of increasing the family's shared sense of purpose is notably difficult when the family does not voluntarily seek help. In such situations, therapists should try to understand what must change for the family to consider therapy useful (for example, by asking family members, "What would have to occur to make you feel that it is worthwhile to come here?"). Another important issue involves creating a sense of unity within the family and helping clients view their problems more interpersonally and less personally. In doing so, clients will recognize that all the family members need to contribute to a family solution and to focus on family goals rather than individual goals. The way that therapists increase the sense of unity within the family can be related to their preferred theoretical model (e.g., reframing, doing reflecting team, creating enactments that involve the entire family, and using circular questioning) (Friedlander et al., 2006a). During the fourth session, therapists in both groups tended to contribute to the shared sense of purpose within the family in similar ways.

The results also revealed that therapists in both groups (the involuntary and voluntary groups) pay attention to the establishment of strong emotional connections with family members in both sessions. Following the engagement dimension, the emotional connection was the dimension to which therapists contributed more during the first and fourth sessions. Expressing confidence, trust, or belief in the clients, having a sense of humor, showing compassion towards and interest in the clients, and expressing empathy for the clients' struggle were some of the most commonly used therapist behaviors to increase the emotional bond. In fact, research has shown that the bonding component of the alliance is particularly important for families (Beck et al., 2006; Johnson, Wright, & Ketring, 2002). Although we believe that family members

who seek treatment voluntarily come to therapy without excessive defensive armor and are prepared to like their therapist (Friedlander et al., 2006a; reference removed for blinded review), we do not find inter-group differences in the ways that family therapists enhance their emotional connection with their clients.

The therapists' contributions to safety within the therapeutic system were almost non-existent in both sessions. Especially in the first session, therapists should be expected to invite and encourage family members to discuss intimidating aspects of the therapeutic context (e.g., reports to third parties, confidentiality, treatment team observations, one-way mirrors, and research). Furthermore, in working with involuntary families, therapists should inquire early in the therapy about the source and amount of pressure that clients experience (Moore, Tambling, & Anderson, 2013; Sotero & Relvas, 2014). As part of the process of creating a safe context, the therapists should encourage family members to talk about aspects of therapy that may intimidate them or produce their mistrust. A closer look at the marked behavioral descriptors reveals that therapists only contribute negatively to safety, namely, by allowing family conflicts to escalate to verbal abuse, intimidation, and/or threats. For both groups, these negative contributions to the clients' safety only occur during the first session. Indeed, dealing with intra-familial hostility is the most critical aspect of creating safety, and therapists need to be able to control expressions of hostility, blame, and contempt between clients (Friedlander et al., 2006a). Although threats to safety may arise from intimidation, conflicts, and tensions within the family, the degree of safety can improve when the therapist succeeds in controlling and containing the conflict. In research about blaming events in emotion-focused couple therapy (Bradley & Furrow, 2004), therapists were effective when they "facilitated clients' emotional experiencing and promote their disclosure of fears around attachment needs" (p. 243). In the fourth session, therapists in both groups (involuntary and voluntary) slightly increased their contributions to safety, mostly helping clients speak truthfully and non-defensively with each other. However, therapists contributed least to this alliance dimension in both of the analyzed sessions.

Clinical Implications

When therapists have to work with involuntary families, they should mainly pay attention to the creation of the therapeutic alliance when therapy begins. When a family is forced into treatment by an external agency or institution, the therapist must prioritize his or her understanding of the clients' perspectives about the pressure or mandate to attend therapy and must negotiate the goals and terms of therapy. The therapists should not impose goals or tasks on the family without some form of collaborative commitment. To work under these conditions, creating a safe space for everyone and ensuring a minimally workable shared sense of purpose within the family are critical factors. Managing family hostility and conflicts seems to constitute one of the therapists' more difficult responsibilities. Accordingly, therapists' training and supervision should consider the relevance of this aspect, increasing the focus on the therapists' abilities to manage with families' conflicts and hostility. Additionally, other aspects involving the clients' sense of safety within the therapeutic system must be addressed in family therapy training. Like other researchers, we believe that skills for building strong alliances can be learned and developed through training, supervision, personal development and one's own experience with psychotherapy (Blow et al., 2007; Sprenkle et al., 2009). Although research on training family therapists about the therapeutic alliance is rare, at least one study has shown that training family therapy students in alliance-related theoretical and observational skills can have an appreciable influence (Carpenter, Escudero, & Rivett, 2008).

Limitations

Although the data collected in a real-world practice setting support the ecological validity of the results, because of the *ex post facto* nature of the design, causal inferences cannot be made. As such, the naturalistic nature of the study presents some limitations: (a) the therapists were mostly women; (b) many therapists were in training; (c) the non-significant results may reflect lower than desirable statistical power due to the small sample; (d) the heterogeneity of the family members attending the sessions complicates the interpretation of the results; (e) the study was conducted with a short-term limited treatment; (f) the study only addresses an observational perspective

without testing the agreement (or disagreement) among different perspectives (clients, therapists, observations).

Indeed, the co-therapists' characteristics were not controlled in this study, and the alliance differences among the cases (involuntary vs. voluntary) could result from the biased distribution of these characteristics among groups. Thus, this study simply responded to the question of what therapists did, but we were not able to identify who they were.

Conclusion

These empirical findings provide reliable evidence that therapists seem to strive to build therapeutic alliances with involuntary families: (1) at the beginning of the therapy, the therapists' contributions to the engagement and the shared sense of purpose within the family were significantly stronger with involuntary families than with voluntary families, and, (2) by the fourth session, these differences disappeared. Surprisingly, therapists' contributions to safety within the therapeutic system were almost non-existent, and sometimes the therapists seemed unable to handle intra-familial hostility.

These findings indicate the importance of further research to acquire a better understanding of the safety dimension and the ways in which it relates to therapeutic outcomes. In addition, how training and supervision may help therapists become aware of problems in the creation of a safe therapeutic context should be considered a topic of future research. Qualitative analysis of the alliance process is the logical next step to capture the "ebb and flow of clinical interactions" (Norcross, 2010, p. 135) and to advance our knowledge of how family therapists work with different clients.

In sum, we believe that effective therapists are responsive to the different needs of their clients, providing varying levels of particular relationship elements in different cases and within the same case at different moments (Norcross, 2010). In this sense, we should be examining all these elements and their optimal combinations. The best explanation of how treatment functions and succeeds resides in the therapist-client encounter (Blow et al., 2007; Simon, 2006).

References

- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27(4), 371–393. doi: 10.1111/j.1545-5300.1988.00371.x
- 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 psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research Practitioner*, 16(3), 252–260. doi: 10.1037/h0085885
- Bradley, B., & Furrow, J. L. (2004). Toward a mini-theory of the blamer softening event: Tracking the moment-by-moment process. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 233–246. doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01236.x
- 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(4), 411–424. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00442.x
- Christensen, L. L., Russell, C. S., Miller, R. B., & Peterson, C. M. (1998). The process of change in couples therapy: A qualitative investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(2), 177–188. doi: 10.1111/j.1752-0606.1998.tb01074.x
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy (Chicago)*, 43(3), 280–285. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.280
- 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(2), 194–214. doi: 10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x
- Flückiger, 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
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P., et al. (2005). System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o) Training Manual – revised, retrieved December 18, 2008 Retrieved from http://www.softa-soatif.com/docusofta/softa%20instruments/manuales/Softa_CodingManual.pdf, retrieved December 18, 2008.
- Friedlander, M. L., Bernardi, S., & Lee, H. H. (2010). Better versus worse family therapy sessions as reflected in clients' alliance-related behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 57(2), 198–204. doi: 10.1037/a0019088
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006a). *Therapeutic alliances in couple and family: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy (Chicago)*, 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: 10.1037/0022-0167.53.2.2140.1037/0022-0167.53.2.214
- Friedlander, M. L., Lambert, J. E., Escudero, V., & Cragun, C. (2008). How do therapists enhance family alliances? Sequential analyses of therapist-client behavior in two contrasting cases. *Psychotherapy (Chicago)*, 45(1), 75–87. doi: 10.1037/0033-3204.45.1.75
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990). Couple and family therapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16(3), 299–306. doi: 10.1111/j.1752-0606.1990.tb00851.x

- Hendrix, C. C., Fournier, D. G., & Briggs, K. (2001). Impact of co-therapy teams on client outcomes and therapist training in marriage and family therapy. *Contemporary Family Therapy, 23*(1), 63–82. doi: 10.1023/A:1007824216363
- Honea-Boles, P., & Griffin, J. E. (2001). The court-mandated client: Does limiting confidentiality preclude a therapeutic encounter? *TCA Journal, 29*(2), 149–160.
- Horvath, A. O. (1994). Research on the alliance. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice*, (pp. 259–287). New York: Wiley.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago), 48*(1), 9–16. doi: 10.1037/a0022186
- Ivanoff, A., Blythe, B. J., & Tripodi, T. (1994). *Involuntary clients in social work practice: A research-based approach*. New York: Aldine de Gruyter.
- Johnson, L. N., Wright, D. W., & Ketring, S. A. (2002). The therapeutic alliance in home-based family therapy: Is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy, 28*(1), 93–102. doi: 10.1111/j.1752-0606.2002.tb01177.x
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal, 4*(6), 443–453. doi: 10.1007/BF01530764
- Lambert, J. E., Skinner, A. H., & Friedlander, M. L. (2012). Problematic within-family alliances in conjoint family therapy: A close look at five cases. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(2), 417–428. doi: 10.1111/j.1752-0606.2010.00212.x
- Lambert, J., & Vermeersch, A. (2008). Measuring and improving psychotherapy outcome in routine practice. In D. Brown, & W. Lent (Eds.). *Handbook of counseling psychology* (4th ed., pp. 233–248). Hoboken, NJ, United States: John Wiley & Sons.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. A counting signs vs. global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease, 171*(8), 480–491. doi: 10.1097/00005053-198308000-00005
- Moore, L. E., Tambling, R. B., & Anderson, S. R. (2013). The intersection of therapy constructs: The relationship between motivation to change, distress, referral

- source, and pressure to attend. *The American Journal of Family Therapy*, 41(3), 245–258. doi: 10.1080/01926187.2012.685351
- Muñiz de la Peña, C., Friedlander, M., & Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances: How observable are they? *Psychotherapy Research*, 19(2), 133–142. doi: 10.1080/10503300802460050
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.). *The heart and soul of change of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed., pp. 113–141). Washington, DC: American Psychological Association.
- O’Hare, T. (1996). Court-ordered versus voluntary clients: Problem differences and readiness for change. *Social Work*, 41(4), 417–422.
- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 137–151. doi: 10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x
- Pinsof, W. B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173–195). New York: Wiley.
- Prochaska, J. O., Johnson, S. S., & Lee, P. (2008). The transtheoretical model of behavior change. In J. Ockene, S. Schumaker, & K. A. Riekert (Eds.), *The handbook of behavior change* (3rd ed.), (pp. 59–83). New York: Springer Verlag.
- Relvas, A. P., & Sotero, L. (2014). *Familias obligadas, terapeutas forzosos: La alianza terapéutica en contextos coercitivos*. Madrid: Ed. Morata.
- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: Individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology*, 17(4), 534–544. doi: 10.1037/0893-3200.17.4.534
- Rooney, R. H. (1992). *Strategies for work with involuntary clients*. New York: Columbia University Press.
- Simon, G. M. (2006). The heart of the matter: A proposal for placing the self of the therapist at the center of family therapy research and training. *Family Process*, 45(3), 331–344. doi: 10.1111/j.1545-5300.2006.00174.x

- Smerud, P. E., & Rosenfarb, I. S. (2008). The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: An exploratory prospective change process study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 505–510. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.505
- Snyder, C. M., & Anderson, S. A. (2009). An examination of mandated versus voluntary referral as a determinant of clinical outcome. *Journal of Marital and Family Therapy, 35*(3), 278–292. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00118.x
- Sotero, L., Major, S., Escudero, V., & Relvas, A. P. (2016). The therapeutic alliance with involuntary clients: How does it work? *Journal of Family Therapy, 38*(1), 36-58. doi: 10.1111/1467-6427.12046
- Sotero, L., Portugal, A., Cunha, D., Vilaça, M., Alarcão, M., Escudero, V., et al. (2010). *Exploratory study of preliminary Portuguese data with SOFTA-o in systemic family therapy*. Oral communication presented at the 7th European Family Therapy Association (EFTA) Congress, Paris, France. Retrieved from <http://www.europeanfamilytherapy.eu/wp-content/uploads/2012/10/sotero.pdf>.
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: Complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade, 24*(1), 187–196. doi: 10.1590/S0102-71822012000100021
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2014). Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar – versão observacional (SOFTA-o). In A. P. Relvas and S. Major (Coord.), *Instrumentos de Avaliação familiar—Funcionamento e Intervenção*, (Vol. I, pp. 121–149). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Sotero, L., Relvas, A. P., & Escudero, V. (2011). *The therapeutic alliance with involuntary adolescent clients in the context of systemic family therapy*. In Gary Diamond (Chair), *Adolescents in Family Therapy: The Challenge of Building Therapeutic Alliances*. Symposium conducted at the International Meeting of the 42nd Society for Psychotherapy Research (SPR), Bern, Switzerland.
- Sotero, L., Relvas, A. P., Portugal, A., Cunha, D., & Vilaça, M. (2010). *Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar: SOFTA-o. Versão para Terapeutas*. [Portuguese version of the SOFTA-o for Therapists]. Instrumento não publicado. Available from <http://www.softa-soatif.com>

- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113–129. doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D., & Lebow, J. L. (2009). *Common factors in couple and family therapy. The overlooked foundation for effective practice*. New York: Guilford.
- Stratton, P. et al. (2014). Detecting therapeutic improvement early in therapy: Validation of the SCORE-15 Index of Family Functioning and Change. *Journal of Family Therapy*, 36(1), 3–19. doi: 10.1111/1467-6427.12022
- Symonds, D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, 43(4), 443–455. doi: 10.1037/a0022060

2.3. Estudos dos Resultados

When the family doesn't want to come to therapy, is there any hope? A study focusing on outcomes and alliance with (in)voluntary clients⁶

Luciana Sotero*, Mariana Moura-Ramos*, Valentín Escudero** and Ana Paula Relvas*

* Faculty of Psychology and Education Sciences, University of Coimbra

** Department of Psychology, University of A Coruña

Abstract

The purpose of this study was to explore the effects of alliance dimensions and involuntary vs. voluntary referral status on the therapy outcomes in family therapy. The first and fourth sessions of twenty-nine therapeutic processes with involuntary and voluntary families seen in family brief therapy were rated with the System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006a). This instrument allows to evaluate four dimensions of the therapeutic alliance (engagement in the therapeutic process, emotional connection with the therapist, safety within the therapeutic system, shared sense of purpose within the family). The outcomes were measured with the Goal Attainment Scale (GAS; Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994). The obtained results highlight two main conclusions: (1) only in the fourth session did the results show a significant effect of safety within the therapeutic system and shared purpose within the family on the outcomes, namely those alliance dimensions that are unique for conjoint therapy; (2) there were no differences in the outcomes between involuntary and voluntary families. Important clinical implications are discussed concerning the therapeutic work with (in)voluntary families.

Keywords: involuntary clients, outcomes, therapeutic alliance, family therapy, SOFTA

⁶ Sotero, L., Moura-Ramos, M., Escudero, V. & Relvas, A. P. (2016). *When the family doesn't want to come to therapy, is there any hope? A study focusing on outcomes and alliance with (in)voluntary clients*. Manuscript in preparation.

Introduction

The question of how therapy is effective when applied to clients who do not attend therapy voluntarily has received limited attention in the field of psychotherapy and even less in the field of couple and family therapy (Rait, 2000; Snyder & Anderson, 2009). When a family comes to therapy under pressure from public institutions (e.g., schools, health services, social services, child protective services, courts), typically comes reluctantly or even against their will (Escudero, Heatherington, & Friedlander, 2010; Snyder & Anderson, 2009; Sotero & Relvas, 2012). Therefore, involuntary clients are those who come to therapy under pressure from public institutions and also reveal an unwillingness to cooperate in therapy (Sotero, Major, Escudero, & Relvas, 2016). Inversely, voluntary clients are those who come to therapy by a spontaneous appeal for help and adopt “the customer’s role” (de Shazer, 1988), working collaboratively with their therapists.

Most authors agree that involuntary clients enter treatment with greater resistance to therapy and less willingness to change than those who begin therapy voluntarily (Begun et al., 2003; Miller & Rollnick, 2002; Rooney, 2009). In the domain of family therapy, research has also shown that the establishment of therapeutic alliances with involuntary clients is a more challenging process than with voluntary clients (Sotero et al., 2016). From this point of view, and with attention to the alliance-outcome association, the concern about the efficacy of treatment with involuntary clients stems from beliefs that pressure or coercion for therapy might interfere with the therapeutic outcomes, i.e. in how clients can (or cannot) benefit from treatment. Thus, if the willingness to change is a prerequisite to successful therapy, it could be expected that involuntary clients should have poorer outcomes than their voluntary counterparts (Snyder & Anderson, 2009).

Surprisingly, research has not shown that involuntary clients cannot change. The majority of studies, especially in individual therapy but also in-group interventions, support the notion that involuntary clients do as well as clients who enter into therapy voluntarily (e.g., Burke & Gregoire, 2007; Miller & Flaherty, 2000). Snyder and Anderson (2009) undertook a review to examine evidence for the effectiveness of psychotherapy with mandated clients (i.e., legally mandated clients – a subcategory of

involuntary clients; Rooney, 2009) and concluded that involuntary therapy could be as successful as voluntary therapy, across diverse problem types, including domestic violence, child abuse, incest perpetrator, and, most particularly, substance abuse and across different modalities (individual therapy and group intervention). Therefore, it seems that an involuntary referral it is not determinative of worse clinical outcomes and the lack of collaboration found in involuntary clients can be subject to therapeutic intervention and improvement (Snyder & Anderson, 2009). However, and according to these authors, is still unexplained why, among the two therapy populations, similar outcomes are often reported. One of the several possible explanations lies in the fact that outcomes are less dependent on the type of referral than on the quality of the therapeutic alliance between client and therapist (Rooney, 2009), and/or the therapist's ability to help raise a client's level of collaboration (Miller & Rollnick, 2002).

While we do not know what makes therapy work with involuntary clients, we know that good therapeutic outcomes are consistently associated with a strong therapeutic alliance (Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011; Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symonds, 2011). As in individual therapy, therapeutic alliance is a critical factor in the process and outcome in family therapy (Friedlander et al., 2011). However, the therapeutic alliance has distinctive characteristics, despite the commonalities [corresponding to Bordin's (1979) components: goals, tasks and bonds], between the two therapeutic modalities (Pinsof & Catherall, 1986; Friedlander et al., 2006a). In family therapy, the therapists are faced with the following particular challenges in building and maintaining therapeutic alliances: 1) the multiple alliances developed simultaneously; 2) the influence of how others in the family feel about the therapy (and the therapist); 3) how the family as a group works together in therapy; and 4) how each family member feels secure enough to take risks and to be genuine in therapy (Pinsof & Catherall, 1986; Friedlander et al., 2006a; Friedlander et al., 2011).

The group aspect of the alliance – the within-family alliance – has been described as a unique characteristic of couple and family therapy alliances (Friedlander et al., 2006a; Heatherington, Friedlander, Diamond, Escudero, & Pinsof, 2015; Pinsof, 1994; Symonds & Horvath, 2004) and refers to the family members' ability to collaborate and function as allies in regard to their goals and agreement about the tasks in therapy (Heatherington et al., 2015). This unique characteristic of the alliance in

conjoint therapy seems to be more crucial than either family member's alliance with the therapist considered alone (Anderson & Johnson, 2010; Pinsof, Zinbarg, & Knobloch-Fedders, 2008). Moreover, research shows that family members often perceive their personal relationships with the therapist differently from their allegiance with each other (e.g., Beck, Friedlander, & Escudero, 2006; Lambert, Skinner, & Friedlander, 2012). In another study (Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008) the within-family alliance (or shared purpose, in the SOFTA) is the indicator most consistently associated with clients' and therapists' perceptions of therapeutic progress.

Another unique aspect of alliances in couple and family therapy is the family members' degree of safety in the therapeutic context (Friedlander et al., 2011). The degree to which family members feel comfortable and safe with each other determines how they can open up and share painful feelings and express difficult emotions in front of the others. The conjoint nature of CFT – they all hear what everyone says and then go home together – makes complex the process of creating a safe environment. Consequently, the degree of safety felt by family members can change according to what is discussed and who participated in-session (Beck et al., 2006). Research shows that safety was found to be an important element for change in CFT (Escudero et al., 2008) and families who show negative indicators of safety in early sessions had the poorest outcomes (Beck et al., 2006).

A lack of safety can be evident and critical when families are referred for treatment by family court or child protective services, when clients are pressured into therapy by family members, or when external institutions, without legal mandate, have direct or indirect power over them (Friedlander et al., 2006). A recent study with involuntary clients in family therapy (Sotero et al., 2016) showed that at the beginning of the therapy (1st session) the poorest levels of alliance were in the safety and within-family alliance dimensions. The results corroborate the notion that the lack of safety within the therapeutic system and the poor levels of shared sense of purpose within the family would be obvious signs of the involuntary nature of the therapeutic relationship (Friedlander et al., 2006a).

Focusing on involuntary families, therapeutic alliance and ultimate outcomes in family therapy, in the current study we aimed to: (1) compare the outcomes between involuntary families and voluntary ones; (2) at the first and fourth session, determine

the effect of group (involuntary vs. voluntary) and the alliance dimensions (engagement, emotional connection, safety and shared purpose) on the outcomes; and (3) test possible interactions between group and alliance dimensions on the outcomes.

Method

Participants

The study participants were described both as individuals and as families because individual as well as family group measures were used.

Clients. The sample was composed of 87 individual clients, all Portuguese Caucasian, aged between 5 and 70 years ($M = 27.98$ and $SD = 15.98$), with a balanced distribution of both genders (53 female and 34 males), distributed in the two subsamples (which are explained bellow) as follows: 36 individuals in the involuntary clients group and 51 in the voluntary. For sociodemographic variables (age, gender, educational level), there were no statistically significant pattern differences between the participants in the two groups (age $\chi^2(6)=8.13$, $p=.23$; sex $\chi^2(1)=.001$, $p=.97$; educational level $\chi^2(5)=4.53$, $p=.48$).

Families. The sample included 29 families (involuntary $n = 12$; voluntary $n = 17$). Families with school-age children (36%) and families with young adult children (31%) constituted the majority of the family sample (67%). The remaining 33% were families with adolescent children (30%) and families with young children (3%). The two groups didn't differ in the stages of the family life cycle [$\chi^2(3) = 1.64$, $p = .189$]. The family roles ($N = 87$) included 28 mothers, 16 fathers, 26 daughters and 17 sons. The presenting problems were primarily intra-family conflicts, communication problems, difficulties in adjusting to family ruptures (separation, divorce, grief), and parenting difficulties.

Sample Selection

This study's sample of clinical cases is part of a larger research project about brief family therapy with involuntary clients (see Sotero et al., 2016 for details). The cases came from an archival dataset of a Portuguese university center for family therapy

and were all concluded after 2000. Initially, all the archived clinical cases ($N = 130$) were analyzed to fit the next selection criteria and divided into two groups (20 involuntary cases and 20 voluntary cases):

Involuntary Group – families referred to therapy by a public institutional service (e.g., child protection services, schools, and healthcare centers), and, in the first session, more than half of the family members had clearly expressed that they did not want or need to be there and/or that they did not recognize the value of therapy.

Voluntary Group – families referred to therapy via a family member's spontaneous request (without an external referral), and, in the first session, no family member expressed that they did not want or need the treatment and/or that they did not recognize the value of therapy.

The objective of these combined and different criteria was to "clean up" the subsamples of doubtful cases, i.e., the cases in which most family members expressed their explicit desire for therapy, despite the referral by a third party ("false involuntary") and the cases in which some family members (or only one of them) explicitly expressed their opposition to therapy, despite the spontaneous request for therapy ("false voluntary").

Of the 40 selected families, only the cases with the first and fourth sessions ($n = 29$) were used in this study. Among the 12 involuntary families, five cases were referred by schools; five were referred by child protective services ("mandated" families, according to Rooney definition); one was referred by mental health services; and one was referred by a healthcare center.

Treatment Conditions

The collected data refers to therapeutic family processes supported on a brief-therapy model (six to ten sessions, spaced from three to four weeks). Sessions were held in a therapeutic setting that included a one-way mirror, which was used to separate the therapy room from the observation team room. Video recording was a standard practice in this therapy center, and all the clients had consented to session recordings and their use in research. At the beginning of therapy, usually after one or two sessions, therapists establish a therapeutic contract with the family, i.e., a verbal agreement with the

definition of therapeutic goals and the number of sessions that may be needed to achieve those goals. Each session usually lasted 90–120 minutes, including a break and a final comment or reframing that was addressed to the families, and the intervals between sessions ranged, on average, from two to four weeks. The treatments in this sample averaged 8.21 sessions ($SD = 2.31$; range: 4–13 sessions). Specifically, therapy followed principles of a focus on relationships, an emphasis on strengths and resilience and the establishment of collaborative relations, adopting techniques such as circular questions, reframing, positive connotation and hypothesizing. All the therapeutic processes included two co-therapists who were assigned to families based on their scheduling availability. Twenty-five family therapists were involved in the selected therapeutic processes – 18 women and seven men between the ages of 22 and 45 ($M = 31.32$, $SD = 7.25$) – with clinical experience varying from one to twenty years ($M = 6.08$, $SD = 6.14$).

Instruments

System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o; Friedlander et al., 2006a; Friedlander et al., 2006b). This is an observational tool for assessing the alliance-related behavior throughout the therapy sessions (from videotaped or live family therapy sessions). To rate the alliance with this observational system, trained raters observe a session, noting the frequency, type (negative or positive), and intensity of the behavioral descriptors over four dimensions: (1) Engagement in the Therapeutic Process; (2) Emotional Connection with the Therapist; (3) Safety within the Therapeutic System; and (4) Shared Sense of Purpose within the Family. Operational definitions, specific rating guidelines and examples of each behavior are provided in the SOFTA-o training manual (Friedlander *et al.*, 2005; cf. www.softa-soatif.net). After reviewing the session, the raters assigned global ratings (+3 = *extremely strong* to -3 = *extremely problematic*) to the four alliance dimensions. A rating of 0 (*unremarkable or neutral*) is assigned when no alliance-related behaviors are observed. According to the training manual, when only positive behaviors are observed ratings must range between +1 and +3; when only negative behaviors are observed the score must be between -1 and -3; if

there are both positive and negative behaviors the raters should consider ratings between +1 and -1. Each family member receives a rating on Engagement, Emotional Connection and Safety and the family as a whole receives a score on Shared Purpose.

Engagement in the therapeutic process reflects the clients' agreement with the goals and tasks proposed by the therapist, while Emotional Connection with the therapist corresponds to the emotional bond between client and therapist. The Safety and Shared Purpose dimensions reflect the systemic alliance nature in conjoint therapy. Safety reflects the degree to which each family member felt secure enough (or not) to take risks and be open within the therapeutic context. Examples of positive and negative behavior descriptors are, respectively: "client encourages another family member to 'open up' or to tell the truth" and "client refuses or is reluctant to respond when directly addressed by another family member". As these examples illustrate, despite each individual being rated on Safety, the global rating reflects interactional behavior between the family members. On the family level, Shared Sense of Purpose reflects the sense of unity between family members in relation to the value of therapy and the agreement on the nature of the problem(s) and goals.

SOFTA-o research has demonstrated adequate interrater reliabilities (ICCs, mean intraclass correlation ranges from .72 to .95), and construct validity has been demonstrated through factor analysis, known-groups validity, and predictive validity (Friedlander et al., 2006a). Studies have shown that: (a) poor outcomes are associated with lower Safety and Shared Purpose ratings in early sessions (Beck et al., 2006); (b) stronger SOFTA-o ratings are associated with more favourable self-reported alliance scores (Friedlander et al., 2006b) on the Helping Alliance Questionnaire (Luborsky, Crits-Cristoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983), session depth (Friedlander, Bernardi, & Lee, 2010) and client improvement (e.g., Escudero et al., 2008; Smerud & Rosenfarb, 2008); and (c) even mildly split alliances can be behaviorally observed using the SOFTA-o (Muñiz de la Peña et al., 2009). Six studies allow us to support the reliability and validity of the Portuguese SOFTA-o version, translated by Sotero and colleagues (Sotero et al., 2010), as they express satisfactory results in terms of reliability (Sotero & Relvas, 2014a), convergent validity (Sotero & Relvas, 2014a), predictive validity (Sotero et al., 2010) and known-groups validity (Sotero, Relvas, & Escudero, 2011).

Goal Attainment Scaling (GAS; Kiresuck & Sherman, 1968). To evaluate the outcomes a Portuguese version of the GAS (*Escala de Objetivos Atingidos*; Sotero & Relvas, 2014b) was used, adapted from the Spanish version for family interventions (López & Escudero, 2003). At the beginning of the therapy, this method allows the identification of the goals to be achieved, later analyzing the extent to which they were attained as a result of the intervention. The version used was composed of five possible levels of change (ranging from +2 *Marked Improvement* to -2 *Marked Worsening*) for each of the defined goals. The 0 level corresponds to the family's initial situation. The level +2 corresponds to the best-desired improvement and the worst to the level -2. With regard to defined goals, this method permits the setting of a *continuum* of possible changes between two extremes (+2 and -2), from the current status of the family (level 0 - baseline). An average global index change is calculated to reflect the evolution of the case, regarding the pre-established goals. The use of GAS consists of three main steps: 1) identifying the goals that are expected to be achieved with therapy (usually up to three); 2) defining the current situation regarding these goals; and 3) scaling and describing the possible levels of change (the best improvement to the worst deterioration). These tasks can be done conjointly (by the family members and the therapist), separately or by external evaluators. In fact, the use of GAS in multiple contexts (e.g., rehabilitation, education, nursing, occupational therapy) has caused new variants of the original procedure to emerge, finding diverse studies in which the definition of goals and/or evaluation of the outcomes were conducted by professionals, clients, external evaluators or combinations of these possibilities. A full description of the GAS can be found in Kiresuk, Smith, and Cardillo (1994) along with some excellent criteria for scoring (pp. 87-88) and detail information on psychometrics, reliability and validity. Although several studies have shown that this procedure is valid in terms of content (Shefler, Canetti, & Wiseman, 2001; Stolee, Stadnyk, Myers, & Rockwood, 1999), construct and criterion (Shefler et al., 2001), psychometric studies should be conducted case by case, taking into account the singularities of each context, problematic and/or intervention (Schlosser, 2004). Several studies report good levels of inter-judge agreement, with intraclass correlation coefficients ranging from .88 to .93 (Shefler et al., 2001; Stolee et al., 1999). Portuguese studies with the GAS support the

evidence of reliability (interrater agreement; range from .94 to .97) and validity (content and social) (Sotero & Relvas, 2014b).

Rating Procedures

Rating the alliance dimensions – SOFTA-o. Two sessions were rated to obtain data from two different points across the therapeutic process. The first and fourth sessions were selected to obtain data from the beginning and the middle phase of brief therapy. The choice of the fourth session relates to the fact that has been indicated as a therapeutic process moment that is supposed to predict short-term therapy outcomes (Lambert & Vermeersch, 2008; Stratton et al., 2014). After obtaining an overview of the alliance and the theoretical basis of the SOFTA-o, a team of four raters (two PhD students in family psychology and two MA students in clinical psychology; just one of the raters had prior knowledge of the study goals) was trained for around 20 hours with training videotapes until their intraclass correlation reliabilities were comparable to those published for the SOFTA-o authors (*ICC* ranging from .75 to .97) (Friedlander et al., 2006b). Afterwards, the judges beginning to rate the sample of 1st and 4th videotaped sessions independently. When the judges rated approximately 25% of the material a reliability test was done to assess interrater reliability (*ICCs* ranged from .83 to .98). Subsequently, the judges rated the sessions independently and met regularly to negotiate discrepancies. The total sample's *ICCs* were .96 Engagement, .97 Emotional Connection, .97 Safety and .99 for the family's Shared Purpose.

Rating the outcomes – GAS. The outcomes assessment was conducted by a different research team (three PhD students in family psychology and who were also family therapists with more than 7 years of clinical experience and two MA students in clinical psychology; just one of the raters knew the study goals and participated in both teams). First the judges were split into pairs and the clinical cases were randomly distributed to each of them. At the beginning, the pair of judges identified the therapeutic goals previously defined for the clients and therapists through the analysis of the first and/or second therapy sessions (from videotapes and session reports), established the family baseline (or current situation) and scaled the different possible

levels of change. Subsequently, each of the judges independently evaluated the last session of the therapeutic contract (or the session before family dropout), again through the videotaped sessions and clinical reports, to identify the attainment of goals by the family along the therapeutic process (as reported both by the family and the therapists). The extent to which each goal was achieved corresponded to a score between +2 and -2. Finally, the global index change was calculated (by adding the scores of each goal divided by the number of goals). As the number of goals was not the same for all the families (varying between 2 and 3), this calculation of the total score allows a comparison of the final outcomes between families. Finally, the ICC was calculated and the obtained results demonstrated adequate interrater reliabilities: .97 for the global index change and .96, .94 and .96 for each of the goals.

Data Analyses

First, in order to compare the outcomes between involuntary and voluntary families an independent-samples t-test was conducted. Then, the main statistics tests were analysis of variance (ANOVA) with general linear model, using the outcomes as a dependent variable, and the four alliance dimensions (Engagement, Connection, Safety and Shared Purpose) and clients' groups (1= Involuntary; 2= Voluntary) as independent variables, both for session 1 and session 4. When conducting the analysis for session 4, the same variable referring to session 1 (e.g. engagement, connection) was included in the model as covariate. Post-hoc power calculations demonstrated that the achieved sample size was sufficient to detect large effects [$f = .30$ and $.55$ for sample 1 ($N = 87$ individuals) and for sample 2 ($N = 29$ families), $p < .05$, power = $.80$, *G*Power 3*] (Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007). Significance level used was $.05$. The effect sizes were described through partial eta squared to understand the percentage of variance in the effect (or interaction) and its associated error that is accounted for by that effect (η^2 ; $.01 =$ small effect, $.09 =$ moderate effect, $.25 =$ large effect) (Tabachnick & Fidell, 2007).

Results

Involuntary vs. voluntary families' therapy outcomes.

Results showed that involuntary and voluntary families did not differ significantly regarding therapy outcomes $t(27) = 1.09, p = .287$. Nevertheless, figures 1 and 2 showed the distribution of the outcomes in each group (ranging from +3 to -3). In both groups there were two cases with the best outcomes observed ($M = 2.00$) and the cases with the worst outcomes were in the voluntary families group ($M = -0.67$ and $M = 0$).

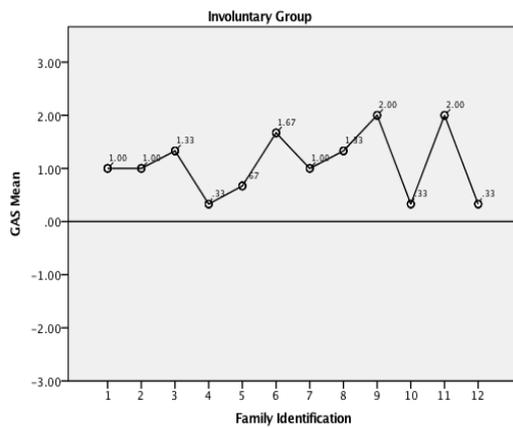


Figure 1. Distribution of the outcomes in the involuntary group

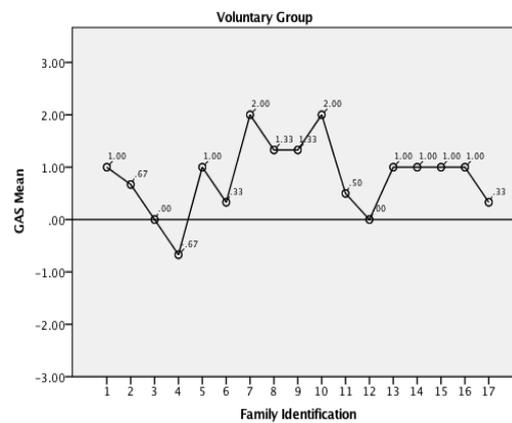


Figure 2. Distribution of the outcomes in the voluntary group

The effect of group (involuntary vs. voluntary) and alliance dimensions on the outcomes.

At session 1.

According to results, there were no significant main effects $F(1, 87) = 0.877, p = .352$, for group and for clients safety within the therapeutic context $F(1, 87) = .056, p = .813$. The results also revealed no significant main effects $F(1, 29) = 0.984, p = .330$ for group and for shared purpose within the family in the first session $F(1,29) = .003, p = .955$. The main effects for engagement $F(1,87) = 0.511, p = .477$ and for group $F(1,87) = 1.615, p = .207$ did not reach statistical significance. Also for emotional connection

$F(1,87) = 0.331, p = .566$ and for group $F(1,87) = 1.419, p = .237$ there was no statistically significant main effect.

At session 4.

Results showed that the alliance dimension clients' safety had a main effect on therapeutic outcomes $F(1,87) = 4.193, p = .044, \eta_p^2 = 0.048$ (small effect), that is, higher safety at session 4 leads to better therapeutic outcomes. The main effect of group was not significant $F(1,87) = 0.722, p = .398$. Concerning the alliance dimension shared purpose within the family a main effect on the outcomes was found $F(1,29) = 7.997, p = .009, \eta_p^2 = 0.24$ (moderate effect), indicating that a stronger shared purpose at session 4 leads to better therapeutic outcomes. Again, the main effect of group was not significant $F(1,29) = 0.703, p = .410$. The main effects for engagement $F(1,87) = 0.151, p = .699$ and for group $F(1,87) = 1.727, p = .192$ did not reach statistical significance, nor for connection $F(1,87) = 0.772, p = .383$ and for group $F(1,87) = 1.605, p = .209$ main effects.

Interaction effects at session 4.

Then we analyzed the interaction effects between safety and shared purpose and group, to test whether these effects were different across the two groups (involuntary vs. voluntary). No interactions effects were found $F(1,97) = 1.546, p = .217$ for safety and $F(1,29) = 0.44, p = .835$ for shared purpose, suggesting that these two alliance dimensions at session 4 influenced the therapeutic results for both groups.

Discussion

When we work in a family therapy context it is very common for one (or more) family member(s) to attend sessions unwillingly, but even more so if the choice to seek professional help was not a family decision. In these circumstances the “recommendation”, “advice” or “suggestion” to attend therapy comes from outside the family, usually from services such as child protective services, schools, social services,

health mental services, etc.. Although the therapeutic work with those clients was frequently described by therapists as frustrating and complex (Tohn & Oshlag, 1996). Snyder & Anderson, 2009), research has shown the effectiveness of involuntary treatment (Snyder & Anderson, 2009). However, as far as we know, there is no evidence about what make this therapy work with these clients. For this reason, in this study we focused on determining the effect of the therapeutic alliance (operationalized in four dimensions: engagement, emotional connection, safety and shared purpose) at two particular points in time over the course of therapy (1st and 4th sessions), and the effect of involuntary or voluntary attendance to therapy on therapy outcomes. The results highlight that the two alliance dimensions unique to the conjoint therapy – safety and shared purpose – at the fourth session are relevant to the final outcomes. Neither the involuntary *vs.* voluntary nature of attendance to therapy nor the dimensions of the therapeutic alliance engagement and emotional connection proved to be determinant in the therapy outcomes. Another important finding, and contrary to what had been shown in research about the influence of alliance in first sessions (e.g. Yoo, Bartle-Haring, & Gangamma, 2016), our results pointed out the importance of the fourth session and, particularly, the specific alliance dimensions in conjoint treatment at that therapeutic moment. That is, our results corroborate the suggestion of examining the relationship between outcomes and alliance during the early phase of the therapeutic process defined as between the second and the fourth session (Horvath & Greenberg, 1989) or between the third and sixth session (Pinsof & Catherall, 1986).

Practical consequences emerge when we attend to the obtained results. First, therapeutic work with involuntary families is viable. As expected, and despite the initial difficulties in the establishment of the therapeutic alliance with those clients (Honea-Boles & Griffin, 2001; Sotero et al., 2016), we didn't find differences on the clinical outcomes between the two client groups. Involuntary families can change (or not) as much as voluntary ones. Second, more important than the way in which involuntary families begin therapy is the way they continue in therapy. In other words, this study demonstrated that the therapeutic alliance (and particularly two dimensions) and not the involuntary *vs.* voluntary referral status was determinant of outcomes. Third, it was the clients' safety within the therapeutic system and the shared sense of purpose within the family (the specific dimensions of conjoint therapy) which were the components of the

alliance at the fourth session that played a role in the subsequent outcomes. In this sense, it is important to recognize that a safe therapeutic context, where the clients feel that they can be open and take risks, can lead to better outcomes. Furthermore, the degree to which family members are working collaboratively and together in therapy can affect the final improvement. In this sense, during the first four sessions of the family therapy, the alliance-building process becomes valuable since it can determine the failure or the efficacy of the intervention with involuntary families. With these conclusions we hope to help to “close the gap” between family therapy practice and research (Pinsof & Wynne, 2000), helping clinicians to make decisions about what to do with involuntary families at particular points in time throughout therapy.

Regarding the relationship between these two unique aspects of alliance in family therapy, previous research showed that safety behavior and perceived improvement was mediated by strong within-family alliance (Friedlander, Lambert, & Muñiz de la Peña, 2008). More precisely, clients who took risks speaking non-defensively about problems in the first session facilitated a within-family alliance at the third session that performs the subsequent improvement perceptions (Friedlander et al., 2008). Other studies suggest that the within-family alliance should be considered a process factor that tends to increase over time (Escudero et al., 2008; Montesano, Feixas, Muñoz, & Compañ, 2014) and is pursuant to the creation of a safe therapeutic context in the therapy sessions. Notably, in a qualitative study developed by Beck et al. (2006) the concerns about safety were most evident in the families whose shared purpose within the family was poorest.

The obtained results take a step forward from a previous study in which we compare the establishment of therapeutic alliance with involuntary and voluntary clients in brief family therapy. Results indicated that the clients who sought therapy involuntarily demonstrated less alliance-related behavior than did voluntary clients in the first session but not in the fourth session (reference removed for blind review). Now, we find that these initial differences may not be so relevant since it is the alliance at the fourth session which matters in the achievement of the targeted goals. The fact that the differences in therapeutic alliances between the two clients groups fade at session four, helps now to understand why the clients’ initial condition did not have an effect on the outcomes at that therapy point. Taken together, these results reveal that therapeutic

outcomes are more dependent on these two alliance dimensions than on the (in)voluntary initial condition.

Although engagement and emotional connection did not affect the therapy outcomes in this study, we believe that the four alliance dimensions reflect distinctive components of the therapeutic alliance in conjoint therapy and should continue to be investigated in order to promote knowledge about how they articulate with each other. Although the four dimensions are interrelated, each dimension offers specific and non-redundant information about the strength of the alliance for a given client and family (Friedlander et al., 2006a). Anyway, in contrast with individual therapy, in systemic therapy, the therapeutic relationship is “de-centered” in favor of the client’s current relationships with significant others (Flaskas, 1989).

As mentioned, the dynamics of therapeutic alliances in family therapy are much more complex than in individual treatments. The challenges of the multiple relationships that are inherent to family work require adopting research designs, measures and analyses that enable us to capture the systemic nature of treatment (Heatherington et al., 2015; Robbins, Turner, Alexander, & Perez, 2003). In fact, despite some exceptions, psychotherapy research generally has failed to capture the relational aspects of therapeutic alliance (Kivlighan, 2007). Indeed, assessing alliance by observing clients’ interaction behaviors, within the family and with the therapists during the therapeutic sessions is a valuable methodology to capture the interpersonal and interactional perspective of therapeutic alliances. Process-outcome research also shows that the clients’ observational perspective on the therapy relationships best predicts outcome (Norcross & Wampold, 2011). Furthermore, identifying the clients’ alliance behaviors that affect the ultimate outcomes, the results can have practical usefulness (Friedlander et al., 2008). One of the recommendations of the interdivisional task force on evidence-based therapy relationships was precisely to encourage researchers to address the observational perspective in the studies and reviews of “what works” in the therapy (Norcross & Wampold, 2011). According to the authors, agreement among observational perspectives provides a solid sense of established fact (Norcross & Wampold, 2011, p. 99).

In the psychotherapy field, although alliance has been linked with outcome, the causal direction (if it exists) of this relationship has not been clearly established

(Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006). The fact that alliance is associated with therapeutic outcomes cannot be taken as proof that the former causes the latter: does alliance cause improvement or simply reflect it? (Norcross & Lambert, 2011). It is particularly complex to answer this question because it is methodologically difficult to meet the three conditions to make a causal claim: nonspuriousness, covariation between the process variable and the outcome measure, and temporal precedence of the process variable (Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1999). Along with discussing alliance as a more general predictor of outcome, it remains to determine and explore whether and when the alliance is a specific mediator, moderator, or an outcome (Barber, Khalsa, & Sharpless, 2010; Kazdin, 2007).

In couple and family therapy the divergences in effect sizes across the outcome studies, as well as mixed findings within studies, raise questions about the circumstances under which alliance figures more or less strongly in outcomes (Friedlander et al., 2011). One of the recommendations for future research is to develop “more fine-grained (...) research on change processes and moderators and mediators of treatment effectiveness” (Heatherington et al., 2015, p. 359). Thus, one of the big mysteries in the psychotherapy field is whether (or not) alliance is a mechanism of change, meaning it is therapeutic in and of itself and accounts for therapeutic improvement (e.g., Barber et al., 2010; Castonguay, Constantino, & Grosse Holtforth, 2006).

Although these findings provide some knowledge about family therapy with involuntary families, concerning therapeutic alliance and outcomes, there are several limitations in the study that must be attended to. The naturalistic nature of the study, despite supporting the ecological validity of the results, brings complexity to the control of some variables, namely: the heterogeneity of problems that led to therapy; a diversity of elements and subsystems that participate in sessions; and the diversity of therapists who varied in ages and level of clinical experience. Another limitation has to do with the determination of therapeutic outcomes. In this study the evaluation of outcomes was derived solely on the basis of a consensus of external judges from the analysis of archived clinical files (videotape sessions and clinical reports). While this method is coherent with some systemic thoughts (e.g., focused on observable patterns of interaction and family communication), future studies should include multidimensional

assessment of final outcomes and measures of family functioning and/or symptoms. Moreover, the results obtained must be interpreted in the context of a brief-therapy model (8.21 sessions, on average) in a therapeutic setting that included an observing team and co-therapy. Finally, these conclusions only concern families (involuntary or voluntary) who remain in therapy at least until the 4th session. In fact, we do not know what occurs in terms of alliance patterns and outcomes with the families who dropped out or concluded their therapy before the 4th session.

In future research in family therapy about involuntary clients, therapeutic alliance and outcomes, a complete evaluation of the initial phase of the therapeutic process (1st, 2nd, 3rd and 4th sessions) should be considered: if some families dropout before the fourth session, we need to know what happens concerning the therapeutic alliance during this range of time. Will there be behavior markers in the alliance that allow us to distinguish the cases that dropout from those who remain in therapy? Another logical step is to explore how therapists contribute to promote a safe therapeutic context and to increase a shared sense of purpose within the family: will there be specific powerful therapeutic interventions to promote these alliance dimensions (e.g., reframing, positive connotation, circular questioning)? More qualitative studies on the process of ruptures and repairs in alliance also must be developed, because it is a privileged method to do research on the therapeutic process “without losing what is most interesting in systemic therapy – the recursive, non-independent influence of multiple participants’ behavior on each other” (Heatherington & Friedlander, & Greenberg, 2005, p. 24).

Clinical Implications

- Safety within the therapeutic context and shared sense of purpose within the family are two of the alliance dimensions that seem to be critical in the process and outcomes in family therapy.
- Independently of the family’s referral status (involuntary vs. voluntary) it is the clients’ safety and shared purpose within the family, namely at the fourth session, which are the influential factors in determining therapy outcomes.
- Creating safety within the therapeutic system could be a challenge. The major

threats to safety come from within the family itself (tension, conflicts, intimidation) and therapists should be able to handle family hostility and blame. The therapists have to deflect those negative reactions, protecting clients from each other, and also stay allied with all members involved in the conflict.

- Strategies to increase a family's shared sense of purpose can derive from different theory-models (e.g., reflecting teams, reframing, enactments, rearranging the seating, circular questioning, and sculptures). However, concerning the within-family alliance, the big task for the therapist is to help clients view their problems less *intrapersonally* and more *interpersonally*. From that point of view, clients recognize that everyone needs to contribute to a family solution.
- Effective training and supervision should focus on conceptual and observational skills relating to the therapeutic alliance in family therapy.

Conclusion

This study regards an unexplored area in therapeutic alliance research (Mahaffey & Lewis, 2008): the impact of clients' unwillingness and therapeutic alliance on the outcomes in family therapy. The obtained results corroborate the empirical evidence that involuntary referral to therapy it is not a determining factor of worse outcomes. So, there is hope when the family does not want to come to therapy, mainly if therapists are able to promote the clients' safety within the therapeutic system and also increase the shared sense of purpose within the family. Our results, pointed towards the fact that more safety in the therapeutic context and a stronger within-family alliance at the fourth session leads to better outcomes. These findings allow us to draw pertinent implications for clinical practice, as well as for the training and supervision of family therapists on therapeutic alliance as a pantheoretical mechanism of change.

References

- Anderson, S. R., & Johnson, L. N. (2010). A dyadic analysis of the between and within-system alliances on distress. *Family Process, 49*, 220-235. doi:10.1111/j.1545-5300.2010.01319
- Barber, J. P., Khalsa, S. R., & Sharpless, B. A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 29-43). New York: Guilford Press.
- Beck, M., Friedlander, M. L., & Escudero, V. (2006). Three perspectives of clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy, 32*, 355-368. doi: 10.1111/j.1752-0606.2006.tb01612.x.
- Begun, A. L., Murphy, C. M., Bolt, D., Weinstein, B., Strodthoff, T., Short, L., et al. (2003). Characteristics of the Safe at Home instrument for assessing readiness to change intimate partner violence. *Research on Social Work Practice, 13*, 80-107. doi: 10.1177/1049731502238758
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*, 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Burke, A. C., & Gregoire, T. K. (2007). Substance abuse treatment outcomes for coerced and noncoerced clients. *Health & Social Work, 32*, 7-15.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training, 43*, 271-279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: W. Norton.
- Escudero, V., Frielander, 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

- Escudero, V., Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (2010). Therapeutic alliances and alliance building in family therapy. In J. C. Muran & J. P. Barner (Eds.), *The Therapeutic Alliance. An Evidence-Based Guide to Practice* (pp. 240-262). New York: Guilford Press.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, *39*, 175-191.
- Feeley, M., DeRubeis, R. J. & Gelfand, L. A. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 578-582.
- Flaskas, C. (1989). Thinking about the emotional interaction of therapist and family. *ANZ Journal of Family Therapy*, *10*, 1-6.
- Friedlander, M. L., Bernardi, S., & Lee, H. H. (2010). Better versus worse family therapy sessions as reflected in clients' alliance-related behavior. *Journal of Counseling Psychology*, *57*, 198-204. doi: 10.1037/a0019088
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006a). *Therapeutic Alliances in Couple and Family: an Empirically Informed Guide to Practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy*, *48*, 25-33. doi: 10.1037/a0022060
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P., ... Cutting, M. (2005). *System for Observing Family Therapy Alliances (SOFTA-o) Training Manual* – revised. Retrieved from http://www.softa-soatif.com/docusofta/softa%20instruments/manuales/Softa_CodingManual.pdf.
- 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*, 214-224. doi: 10.1037/0022-0167.53.2.214
- Friedlander, M. L., Lambert, J. E., Escudero, V., & Muniz de la Pena, C. (2008). A step toward disentangling the alliance/improvement cycle in family therapy.

- Journal of Counseling Psychology*, 55, 118-124. doi: 10.1037/0022-0167.55.1.118
- Heatherington, L., Friedlander, M. L. & Greenberg, L. S. (2005). Family therapy process research: Methodological challenges and opportunities. *Journal of Family Psychology*, 19, 18-27. doi: 10.1037/0893-3200.19.1.18
- Heatherington, L., Friedlander, M.L., Diamond, G.M., Escudero, V., & Pinsof, W.M. (2015). 25 years of systemic therapies research: Progress and promise. *Psychotherapy Research*, 25, 348-364. doi: 10.1080/10503307.2014.983208
- Honea-Boles, P., & Griffin, E. J. (2001). The court-mandated client: Does limiting confidentiality preclude a therapeutic encounter? *Journal of Professional Counseling, Practice, Theory, & Research*, 29, 149-160.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Horvath, A., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Relationships that work* (pp. 25-69). New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
- Kiresuk, T. J., & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453. doi: 10.1007/BF01530764
- Kiresuk, T., Smith, A., & Cardillo, J. (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement*. London: Erlbaum.
- Kivlighan, D.M. (2007). Where is the relationship in research on the alliance? Two methods for analyzing dyadic data. *Journal of Counseling Psychology*, 54, 423-433. doi: 10.1037/0022-0167.54.4.423
- Lambert, J. E., Skinner, A. H., & Friedlander, M. L. (2012). Problematic within-family alliances in conjoint family therapy: A close look at five cases. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 417-428. doi: 10.1111/j.1752-0606.2010.00212.x
- Lambert, J., E., & Vermeersch, A. (2008). Measuring and improving psychotherapy outcome in routine practice. In D. Brown & W. Lent (Eds.), *Handbook of*

- counseling psychology* (4th ed., pp. 233–248). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- López, S. & Escudero, V. (2003). *Familia, evaluación e intervención*. Madrid: Editorial CCS.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy. A counting signs vs. global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease, 171*, 480-491. doi: 10.1097/00005053-198308000-00005
- Mahaffey, B. A., & Lewis, M. S. (2008). Therapeutic alliance directions in marriage, couple, and family counseling. In G. Walz, J. Bluer, & R. Yep (Eds.), *Compelling Counseling Interventions* (pp. 59-69). American Counseling Association: Counseling Outfitters.
- Miller, N.S., & Flaherty, J.A. (2000). Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): a review of the clinical research. *Journal of Substance Abuse, 18*, 9-16.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change*. New York: Guilford.
- Montesano, A., Feixas, G., Muñoz, D., & Compañ, V. (2014). Systematic couple therapy for dysthymia. *Psychotherapy, 51*, 30-40. doi:10.1037/a0033814
- Muñiz de la Peña, C., Friedlander, M., & Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances: How observable are they? *Psychotherapy Research, 19*, 133-142. doi: 10.1080/10503300802460050
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy, 48*, 4-8. doi: 10.1037/a0022180
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*, 98-102. doi: 10.1037/a0022161
- Pinsof, W. B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Horvath, & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173-195). New York: Wiley.

- Pinsof, W. B., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 12*, 137-151. doi: 10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x
- Pinsof, W. M., & Wynne, L. C. (2000). Toward progress research: Closing the gap between family therapy practice and research. *Journal of Marital and Family Therapy, 26*, 1-8.
- Pinsof, W.M., Zinbarg, R., & Knobloch-Fedders, L.M. (2008). Factorial and construct validity of the revised short form integrative psychotherapy alliance scales for family, couple, and individual therapy. *Family Process, 47*, 281-301.
- Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Psychotherapy in Practice, 56*, 211-224. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<211::AID-JCLP7>3.0.CO;2-H
- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: Individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology, 17*, 534-544.
- Rooney, R. H. (2009). *Strategies for work with involuntary clients*. New York: Columbia University Press.
- Schlosser, R. W. (2004). Goal Attainment Scaling as a clinical measurement technique in communication disorders: A critical review. *Journal of Communication Disorders, 37*, 217-239. doi: 10.1016/j.jcomdis.2003.09.003
- Sexton, T., Gordon, K. C., Gurman, A., Lebow, J., Holtzworth-Munroe, A., & Johnson, S. (2011). Guidelines for classifying evidence-based treatments in couple and family therapy. *Family Process, 50*, 377-92. doi: 10.1111/j.1545-5300.2011.01363.x
- Shefler, G., Canetti, L., & Wiseman, H. (2001). Psychometric properties of Goal Attainment Scaling in the assessment of Mann's time-limited psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 971-979.
- Smerud, P. E., & Rosenfarb, I. S. (2008). The therapeutic alliance and family psychoeducation in the treatment of schizophrenia: An exploratory prospective change process study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(3), 505-510. doi: 10.1037/0022-006X.76.3.505

- Snyder, C., & Anderson, S. (2009). An examination of mandated versus voluntary referral as a determinant of clinical outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 3, 278-292. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00118.x
- Sotero, L., Major, S., Escudero, V., & Relvas, A. P. (2016). The therapeutic alliance with involuntary clients: How does it work? *Journal of Family Therapy*, 38, 36-58. doi: 10.1111/1467-6427.12046
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: Complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 24, 187-196. doi: 10.1590/S0102-71822012000100021
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2014a). Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar - versão observacional (SOFTA-o). In A. P. Relvas and S. Major (Coord.), *Instrumentos de Avaliação Familiar - Funcionamento e Intervenção* (Vol. I, pp. 121-149). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2014b). Escala de Objetivos Atingidos. In A. P. Relvas and S. Major (Coord.), *Instrumentos de Avaliação familiar - Funcionamento e Intervenção* (Vol. I, pp. 121-149). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Sotero, L., Relvas, A. P., & Escudero, V. (2011). The therapeutic alliance with involuntary adolescent clients in the context of systemic family therapy. In Gary Diamond (Chair), *Adolescents in Family Therapy: The Challenge of Building Therapeutic Alliances*. Symposium conducted at the International Meeting of the 42nd Society for Psychotherapy Research (SPR), Bern, Switzerland.
- Sotero, L., Relvas, A. P., Portugal, A., Cunha, D., & Vilaça, M. (2010). *Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar: SOFTA-o. Versão para Clientes*. [Portuguese version of the SOFTA-o for Clients]. Instrumento não publicado. Available from <http://www.softa-soatif.com>.
- Stolee, P., Stadnyk, K., Myers, A. M., & Rockwood, K. (1999). An individualized approach to outcome measurement in geriatric rehabilitation. *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 54, 641-647.
- Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Janes, E., & Peppiatt, A. (2014). Validation of the SCORE-15 Index of Family Functioning and Change in detecting therapeutic improvement early in therapy. *Journal of Family Therapy*. doi:10.1111/1467-6427.12022

- Symonds, D., & Horvath, A.O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process, 43*, 443-455. doi: 10.1037/a0022060
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th Ed.). Boston, MA: Allyn and Bacon.
- Tohn, S. L., & Oshlag, J. A. (1996). Solution-focused therapy with mandated clients: Cooperating with the uncooperative. In S. D. Miller, M. A. Hubble & B. L. Duncan (Eds), *Handbook of Solution Focused Brief Therapy* (pp. 152-183). San Francisco: Jossey-Bass.
- Yoo, H., Bartle-Haring, S., & Gangamma, R. (2016). Predicting premature termination with alliance at sessions 1 and 3: An exploratory study. *Journal of Family Therapy, 38*, 5-17. doi: 10.1111/1467-6427.12031

Capítulo III

Microanálise da Aliança Terapêutica.

Estudos de Caso

3.1. Estudo da Interação Clientes-Terapeutas

Nota Introdutória

A presente nota tem como objetivo introduzir o tema das ruturas na aliança terapêutica, com o intuito de enquadrar o leitor para o ponto que se segue e que, tal como referido anteriormente, integra o II capítulo do livro *Familias obligadas, terapeutas forzosos: La alianza terapéutica en contextos coercitivos* (Relvas & Sotero, 2014):

Capítulo II: Clientes involuntarios en terapia familiar: Proceso y alianza terapéutica44

2.1. Objetivos y Modelos de Intervención, 44. – 2.1.1. Terapia Centrada en las Soluciones, 46. – Terapia Multisistémica, 48. – Terapia Familiar Funcional, 49. – Terapia de la Curiosidad, 51. – 2.2. La Alianza Terapéutica “Forzada”, 54 – 2.2.1. Características y Desarrollo, 56. – 2.2.2 Ruturas de la Alianza, 70.

À semelhança do que acontece com os artigos científicos, foi elaborado um resumo em português que sintetiza os estudos realizados e os principais resultados obtidos e que posteriormente são descritos.

Um aspeto particular da aliança terapêutica no contexto das terapias conjuntas, que procurámos explorar nos estudos qualitativos realizados no âmbito desta investigação, prende-se com as ruturas na aliança. Segundo Escudero, Loots e Friedlander (2012), estas podem ser definidas como a deterioração da qualidade das relações e podem variar de intensidade, frequência e duração, ao longo de um *continuum* entre tensões mínimas, difíceis de observar, até quebras significativas na relação de colaboração e que, no limite, podem levar ao *dropout* (e.g., Safran, Croker, McMain, & Murray, 1990). Apesar de tanto os clientes como os terapeutas poderem contribuir para uma cisão na aliança, a responsabilidade de prevenir e reparar estas situações recai sobre os terapeutas (Rait, 2000).

No âmbito da terapia individual, a investigação identificou dois tipos de comportamentos, por parte dos clientes, associados a quebras na aliança: a confrontação e o afastamento (Safran, 1993). Todavia, no contexto da terapia familiar a operacionalização dos tipos de ruturas é uma tarefa particularmente difícil (Escudero et al., 2012). Enquanto na terapia individual as ruturas na aliança refletem dificuldades entre os dois elementos da díade terapêutica, nas terapias conjuntas as ruturas são

bastante mais complexas de circunscrever na matriz relacional do sistema terapêutico (Escudero et al., 2012). Por exemplo, um elemento da família pode envolver-se positivamente com o terapeuta e confrontar ou afastar-se de outro elemento da sua família. Ou, inversamente, um cliente pode confrontar ou evitar o terapeuta e manter uma boa interação com os restantes membros da família.

Para além disso, no contexto das terapias conjuntas, é necessário atender ao equilíbrio, ao balanceamento, entre as diferentes alianças. A este propósito é preciso aludir a um tipo de ruturas único das terapias conjuntas: as alianças cindidas, em inglês “*slipt alliances*” (Heatherington & Friedlander, 1990; Pinsof & Catherall, 1986; Rait, 2000) ou “*unbalanced alliances*” (Robbins, Turner, Alexander, & Perez, 2003). A aliança cindida é descrita como um fenómeno comum em terapia familiar (e.g., Muñiz de la Peña, Friedlander, & Escudero, 2009) e que ocorre quando um ou mais membros do sistema familiar se sentem consideravelmente mais vinculados ao terapeuta comparativamente com outro(s) (Muñiz de la Peña et al., 2009; Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2004). Dito de outro modo, as alianças cindidas referem-se às diferenças nas relações individuais dos diferentes membros da família com o terapeuta (Muñiz de la Peña et al., 2009).

Por tudo o que tem vindo a ser afirmado, e com base nos estudos anteriormente conduzidos, é expectável que o processo terapêutico com famílias involuntárias, pelas suas características, se apresente como especialmente vulnerável às ruturas na aliança. Nesta linha de pensamento, faz então sentido procurar perceber como respondem (ou não respondem) os terapeutas às quebras ou falhas na aliança, explorando para isso a interação e recursividade entre os comportamentos de clientes e terapeutas.

Rupturas de la Alianza⁷

Ana Paula Relvas* y Luciana Sotero*

*Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación, Universidad de Coimbra

[**Resumo:** Este capítulo tem como objetivo explorar a interação entre os comportamentos de clientes e terapeutas no processo de co-construção da aliança terapêutica, atendendo especificamente aos momentos de quebra/rutura na aliança terapêutica. Para o efeito foram realizados dois estudos de caso. O primeiro (Estudo 4) consistiu na comparação de dois casos clínicos, um com uma família involuntária e outro com uma voluntária, conduzidos pela mesma equipa de coterapeutas. O objetivo geral do estudo foi analisar os contributos dos terapeutas para a aliança terapêutica, nos 10 minutos após a manifestação de comportamentos negativos⁸ por parte dos clientes. Os principais resultados apontam para uma maior frequência de comportamentos negativos, ao nível da Segurança e Partilha de Objetivos, na família involuntária. Paralelamente, os terapeutas respondem com maior número de contributos positivos, ao nível do Envolvimento e da Conexão Emocional, também na família involuntária. O Estudo 5 compreendeu o estudo do processo completo de uma família involuntária, com o objetivo de investigar os momentos de rutura e reparação na aliança testando para isso uma proposta de conceptualização de marcadores de rutura e reparação com base o SOFTA-o (Escudero, Loots & Friedlander, 2012). Os principais resultados evidenciaram um elevado número de rupturas na 1ª e 4ª sessões, sobretudo em termos das interações familiares problemáticas, e a sua subsequente reparação. A importância dos momentos de rutura e reparação na aliança é discutida ao longo do capítulo.

Palavras-Chave: aliança terapêutica, rupturas, reparação, estudos de caso, famílias involuntárias]

⁷ Relvas, A. P. & Sotero, L. (2014). Rupturas de la Alianza. In A. P. Relvas & L. Sotero, *Familias obligadas, terapeutas forzosos: La alianza terapéutica en contextos coercitivos* (pp.70-87). Madrid: Ed. Morata.

⁸ Os “comportamentos negativos” referem-se aos descritores negativos do SOFTA-o (versão clientes), ou seja, correspondem aos comportamentos observáveis dos clientes (verbais ou não verbais) que contribuem para a diminuição da força da aliança terapêutica.

Aceptando que la alianza representa una interacción colaborativa entre miembros de una relación (por ejemplo, implicación en tareas, acuerdos en los objetivos) en un contexto de vinculación afectiva (Constantino et al., 2002), hablamos de ruptura de la alianza terapéutica cuando esa interacción colaborativa en la terapia es puesta en entredicho. Obviamente las rupturas de la alianza pueden tener lugar a partir de movimientos de cualquiera de los elementos de la relación, o sea, tanto por parte de los clientes como de los terapeutas. Sin embargo, este fenómeno ha sido particularmente estudiado considerando la ruptura con origen en los clientes y las consecuentes estrategias de reparación desarrolladas por los terapeutas (Escudero, Boogmans, Loots, & Friedlander, 2012).

Se sabe que incluso en los procesos terapéuticos más exitosos es natural que tenga lugar por lo menos una ruptura de la alianza terapéutica, pudiendo esta variar en intensidad, frecuencia y duración (Safran, Crocker, McMains, & Murray, 1990). Así, teniendo en consideración la frecuencia de este fenómeno y sabiendo que puede conducir a un abandono del proceso terapéutico en un momento precoz, el terapeuta no debe subestimar la importante tarea de identificar y reparar posibles rupturas en cada una de las sesiones terapéuticas (Escudero et al., 2012). Esto es aún más relevante en la terapia con clientes involuntarios pues, por todo lo que hemos visto, es esperable que estas intervenciones, por sus características, se presenten como particularmente vulnerables a rupturas de la alianza.

En terapia familiar el fenómeno se vuelve más complejo, puesto que la amenaza a la alianza puede estar localizada en la interacción cliente(s)/miembro(s) de la familia-terapeuta o puede emerger en la relación intra-familiar. En este último caso, esta amenaza puede situarse en la relación entre dos o más miembros de la familia que presenten, por ejemplo, objetivos y motivaciones muy dispares o incluso un fuerte conflicto. Un tipo de ruptura entre dos o más miembros de la familia que presenten, por ejemplo, objetivos y motivaciones muy dispares o incluso un fuerte conflicto. Un tipo de ruptura específicamente asociado a la terapia familiar es la “alianza escindida” (*split alliances*). Este término, originalmente introducido en la literatura por Pinsof y Catherall (1986), se refiere a “diferencias significativas en las actitudes de los miembros de la familia ante la terapia o al terapeuta” (Friedlander et al., 2006, p. 162). Actualmente, se acepta que este patrón de relación tiene lugar cuando uno o más

miembros del sistema familiar se sienten considerablemente más vinculados al terapeuta, en comparación con otro(s) (Muñiz de la Peña et al., 2009), pudiendo, o no, originar desacuerdo en relación a los objetivos y tareas inherentes al proceso terapéutico (Friedlander et al., 2006) (por ejemplo, en el caso de terapias de familias con adolescentes puede establecerse una alianza privilegiada padres-terapeuta o adolescente-terapeuta, escindiendo la alianza en el sistema terapéutico). Es importante que el terapeuta sea capaz de producir una reparación en la relación antes de que la ruptura tenga un efecto perjudicial en el proceso terapéutico (Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011), y teniendo en consideración la multiplicidad de alianzas que se establecen en el contexto de la terapia familiar (Friedlander et al., 2006), el desafío es identificar posibles marcadores de ruptura en cada sesión y actuar de modo que se reparen las alianzas. En ese sentido, Escudero et al. (2012), presentan una conceptualización operacional de los tres principales marcadores de ruptura en la alianza en terapia familiar: 1) *comportamiento de confrontación o alejamiento* por parte de uno de los elementos de la familia; 2) *interacción familiar problemática*; 3) *alianza escindida* con el terapeuta. El primer marcador, común al contexto de la terapia individual, se refiere a la expresión de desacuerdo de forma agresiva y acusatoria (*comportamiento de confrontación*), o a la manifestación de desinterés (*comportamiento de alejamiento*), en relación a los terapeutas o al proceso terapéutico. Los dos últimos, específicos de la terapia familiar, implican un comportamiento de confrontación o alejamiento de un miembro de la familia (o más de uno) en relación al otro (o a varios) (*interacción familiar problemática*) o mayor vinculación de un miembro de la familia, o más de uno, con el terapeuta, con correlativo alejamiento de otro(s) (la *alianza escindida*). En un estudio exploratorio desarrollado por Escudero y colaboradores (2012), la mayoría de las intervenciones de reparación utilizadas por el terapeuta familiar se parecen a las que pueden ser empleadas en terapia individual. De entre ellas se destacan la empatía, normalización, meta-comunicación, introducción de nuevos objetivos y tareas (Safran et al., 1990, 2011). Otras intervenciones de reparación fueron consideradas como más significativas y específicas de la terapia familiar, como por ejemplo la separación de los subsistemas para aumentar la seguridad en el contexto terapéutico o focalizar en las experiencias compartidas por la familia (Escudero et al., 2012). Los mismos autores (Escudero et al., 2012), paralelamente a lo que hicieron para los marcadores de ruptura,

también operacionalizaron tres indicadores de reparación de la alianza, a fin de facilitar su identificación y caracterización: 1) el miembro de la familia involucrado en la ruptura demuestra un comportamiento positivo en una de las cuatro dimensiones de la alianza; 2) terapeuta y cliente discuten la ruptura, directa o indirectamente; 3) el sistema terapéutico supera la ruptura, evolucionando hacia una colaboración productiva en relación a los objetivos y tareas terapéuticas.

Para entender mejor la cuestión ruptura-reparación de la alianza en terapias familiares con involuntarios, orientamos dos disertaciones de Master donde fueron desarrollados dos estudios exploratorios cualitativos, basados en microanálisis de las sesiones: el primero tuvo como objetivo comparar la forma en la que el mismo equipo de coterapeutas contribuye a la alianza en dos casos (uno voluntario y otro involuntario/obligado), a través de un análisis observacional del tipo y frecuencia de los comportamientos de los terapeutas tras manifestaciones negativas de los clientes, en las 1ª y 4ª sesiones (Figueiredo, 2012); el segundo, consistió en un estudio del caso de una familia involuntaria/obligada y se propone identificar y caracterizar los marcadores de ruptura de la alianza de acuerdo con la operacionalización de Escudero y colaboradores (2012), así como los comportamientos de reparación puestos en marcha por los terapeutas a lo largo de todo el proceso (Leitão, 2012). En ambos fue utilizado como instrumento de selección de datos el SOFTA-o (Friedlander et al., 2006; traducido y adaptado por Sotero & Relvas, 2014a), ya presentado en este capítulo (2.2.1.), y, como tal, en la presentación de los resultados y respectiva discusión, seguiremos siempre las cuatro dimensiones ahí consideradas. En los dos estudios fue, además, seguida una metodología de recogida y organización de los datos que permitió considerar, simultáneamente, el tiempo de la sesión (con el fin de percibir si es relevante en la organización de las intervenciones) y los indicadores de ruptura y reparación de la alianza de modo integrado e interactivo (con el objetivo de evidenciar la lógica de contigüidad de las intervenciones de clientes y terapeutas). Para el primer estudio, fueron seleccionados dos casos clínicos de terapia familiar conducidos de acuerdo con el modelo de la Terapia de la Curiosidad (Relvas, 2003; cf. cap. 2, ponto 2.1.), opuestos en la tipología voluntario/involuntario, de acuerdo con los criterios ya referidos para los otros estudios presentados en este libro (cf. p. 68). La selección de estos dos casos tuvo en cuenta tres criterios ordenados: 1) tener el mismo par de coterapeutas; 2) presentar

resultados parecidos en el GAS⁹; 3) inexistencia de gran variabilidad socio-demográfica y en relación al motivo de la solicitud (específicamente, en este punto tuvimos en cuenta los siguientes aspectos: calificaciones, composición familiar, etapa del ciclo vital en el que se encuentra la familia y el motivo de solicitud de consulta). En síntesis, en este estudio analizamos comparativamente dos casos de terapia familiar ya finalizados, seguidos por el mismo equipo de coterapeutas, con mejoría en el nivel de los resultados terapéuticos; ambas familias son monoparentales, una buscó voluntariamente la terapia y la otra fue designada por terceros, y el motivo de la solicitud de consulta se relaciona con reajustes del funcionamiento familiar, sobre todo a nivel del rol parental. Presentamos a continuación una breve descripción de cada una de las familias y del respectivo proceso terapéutico:

Características de la Familia Voluntaria

Familia Antunes

Composición familiar	Familia monoparental constituida por Adelaide (madre, 42 años), por Inés (hija mayor, 12 años), y por João (hijo menor, 9 años).
Solicitud de consulta	Solicitud efectuada espontáneamente por Adelaide, aludiendo que “actualmente está preocupada por sus hijos, concretamente en lo que respecta a lo que ellos piensan y sienten acerca de la actual situación [divorcio]”. Según ella, “los hijos hacen muchas preguntas y los ve muy preocupados por el futuro”, por lo que considera importante la creación de “un espacio en el cual ellos puedan hablar abiertamente”.
Estructura del proceso	8 sesiones y 1 <i>follow-up</i> – Fue establecido con la familia un contrato terapéutico para trabajar la comunicación y la relación entre ellos en esta “nueva familia” de tres miembros, también para ayudarlos en el reajuste de los roles familiares. Entre el alta y el <i>follow-up</i> pasaron 3 meses.
Objetivos terapéuticos alcanzados	<i>2 mejorías moderadamente positivas:</i> 1 – Los miembros de la familia empezaron a sentirse “algunas veces” más tranquilos con la nueva estructura familiar; 2 - La madre se sentía “cada vez más” fortalecida en su rol parental.
Otras informaciones	Los padres están separados hace dos meses. En la 3 ^a , 5 ^a y 6 ^a sesión se pidió que viniese Adelaide sola, mientras que en las restantes estuvieron presentes los 3 miembros del grupo familiar.

⁹ O *Goal Attainment Scaling* (GAS) (Kiresuk & Sherman, 1968; adaptación portuguesa de Sotero & Relvas, 2014b) es un instrumento de evaluación cuantitativa de los resultados terapéuticos, que pretende determinar hasta que punto los objetivos terapéuticos fueron alcanzados por cada familia. A cada objetivo le es atribuida una clasificación entre +2 (“Mejora Notable”) e -2 (“Agravamiento notable” de la situación), siendo el 0 que corresponde a la “Situación actual de la familia”.

Características da Família Involuntaria

Família Gomes

Composición familiar	Familia monoparental constituida por Lurdes (madre, 43 años), por Rui (hijo mayor, 23 años), y Miguel (hijo menor, 15 años).
Solicitud de consulta	Solicitud enviada por la Comisión de Protección de Niños y Jóvenes (CPCJ), solicitando la “colaboración para seguimiento terapéutico del grupo familiar del joven” refiriéndose a Miguel. El padre se ofreció también a participar en la terapia. Objetivos indicados por la CPCJ: (1) construir nuevos patrones de relación y nuevas reglas de funcionamiento familiar; (2) desarrollar una intervención a nivel de reajuste de roles, funciones y tareas de cada miembro de la familia; (3) reajustar el nivel comunicacional en el núcleo convivencial familiar; y (4) potenciar la capacidad de negociación y de percepción de las necesidades familiares inherentes a la fase de su ciclo vital.
Estructura del proceso	6 sesiones – Fue establecido con la familia un contrato terapéutico con el objetivo de ayudar a los padres a conseguir ser más eficaces y ayudar al hijo a cumplir las reglas. A pesar de que el contrato ha sido cumplido, los terapeutas no le dieron el alta a la familia, porque sintieron la necesidad de hacer más sesiones a mayores de las contratadas. La familia no volvió a comparecer.
Objetivos terapéuticos alcanzados	<i>2 mejorías moderadamente positivas:</i> 1 - Miguel empezó a cumplir algunas de las reglas que le eran impuestas; 2 - Los padres empezaron a valorar la importancia de la coherencia en el desempeño de la función parental. <i>1 agravamiento moderadamente negativo:</i> 1 - Hubo una agudización en el foco de la relación en la dimensión control de la interacción padres-hijo.
Otras informaciones	El matrimonio está divorciado hace cuatro años. Rui nunca participó en las sesiones. En la 1ª sesión, solamente estuvieron presentes Lurdes y Miguel, mientras en las restantes comparecieron Lurdes, Miguel y Antonio (padre, 48 años).

Los terapeutas, ambos acreditados por la Sociedad Portuguesa de Terapia Familiar, son del sexo femenino, con edades entre 30 y 35 años y experiencia clínica entre 3 y 6 años. El procedimiento utilizado para la realización del microanálisis fue la siguiente: fueron analizadas la 1ª y 4ª sesiones (inicio y fase intermedia del proceso); en cada sesión fue considerado el primer descriptor negativo de los clientes (comportamientos observables, verbales o no-verbales, que contribuyen a la

disminución de la fuerza de la alianza, medidos a través del SOFTA-o), registrándose a partir de ahí y durante un intervalo de 10 minutos, todas las contribuciones de los terapeutas a la alianza, así como los descriptores negativos y positivos de los clientes codificados en ese intervalo; se procedió a un registro similar a partir del primer descriptor negativo observado después de 10 minutos de análisis, e así sucesivamente. Se presentan a continuación dos cuadros, uno con el total de descriptores negativos de la alianza de las dos familias en las dos sesiones y, otro, con las contribuciones de los terapeutas a la alianza, a cada una de las familias en ambas sesiones, en los 10 minutos consecutivos a la aparición del descriptor negativo en la familia.

Del análisis de estos datos (cf. Cuadro 1) puede concluirse que se observa una mayor frecuencia de descriptores negativos en la familia involuntaria, en ambas sesiones, especialmente localizados en la 4ª sesión y en las dimensiones Seguridad y Compartir el Propósito; los terapeutas respondieron también con mayor número de intervenciones reparadoras en la familia involuntaria, especialmente en la 4ª sesión, pero al contrario de lo que se podría esperar, atendiendo a la constatación anterior, se centraron más en las dimensiones Enganche y Conexión Emocional con el cliente y no tanto en las dimensiones afectadas negativamente por los comportamientos de la familia (cf. Cuadro 2).

Cuadro 1.

Frecuencia de las intervenciones negativas de los clientes.

		<i>E</i>	<i>C</i>	<i>S</i>	<i>CP</i> ¹⁰
S 1	VOL.	0	2	3	3
	INV.	1	0	5	3
S 4	VOL.	0	0	2	0
	INV.	1	5	6	1

¹⁰ E – Enganche, C – Conexión Emocional, S – Seguridad e CP – Compartir el Propósito.

Cuadro 2.

Frecuencia de las intervenciones de los terapeutas tras manifestaciones negativas de los clientes.

		<i>E</i>	<i>C</i>	<i>S</i>	<i>CP</i>
S 1	VOL.	2	0	0	0
	INV.	3	2	0	1
S 4	VOL.	1	0	0	1
	INV.	9	5	1	2

Ante esta constatación pareció, entonces, relevante, estudiar toda la secuencia *manifestación negativa a la alianza del cliente/respuesta del terapeuta*, especialmente en el caso involuntario. Los datos del caso involuntario, o sea, de la Familia Gomes (1ª y 4ª sesión), se presentan en las dos figuras siguientes (cf. Figuras 14 y 15).

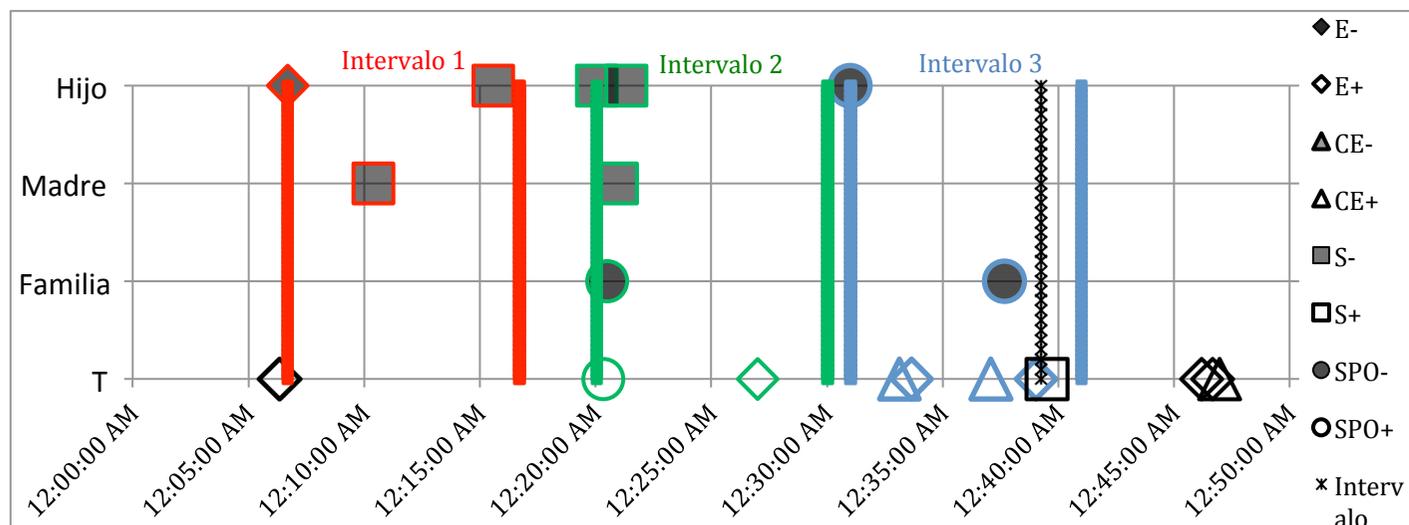


Figura 14. Sessão 1 – Família Gomes (involuntaria).

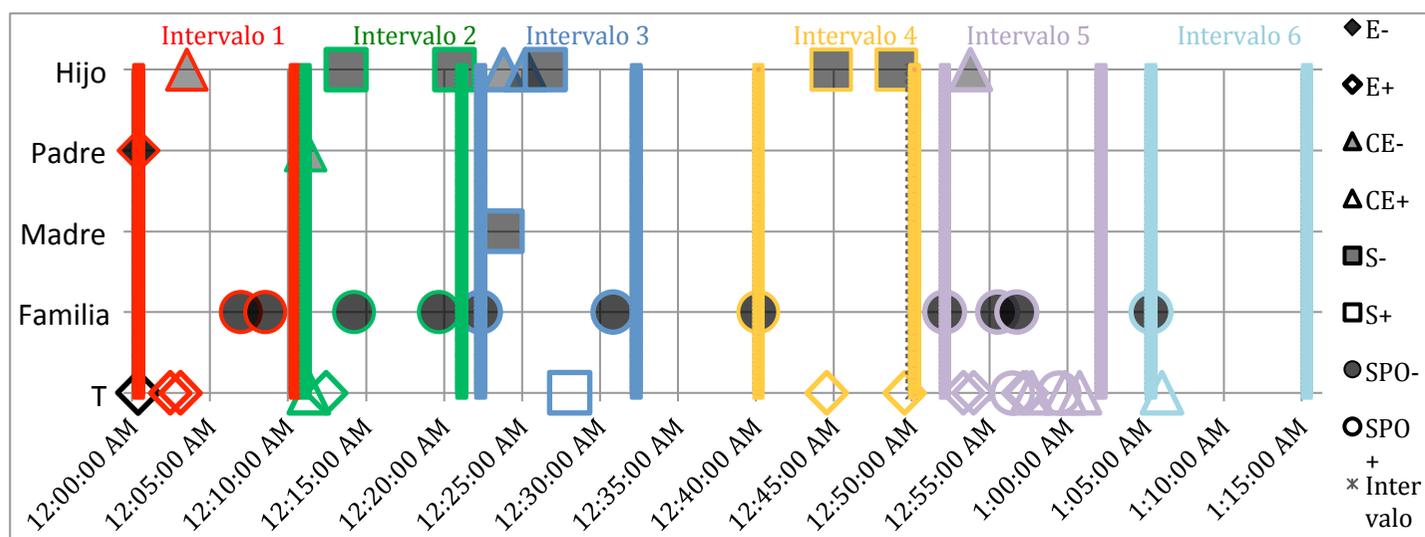


Figura 15. Sessão 4 – Família Gomes (involuntaria).

Los resultados revelan diferencias en el modo en el que este equipo de coterapeutas responde a las manifestaciones negativas de ambas familias¹¹, sobre todo al nivel de la contigüidad y de la calidad de sus contribuciones a la alianza. Los resultados demuestran que, a pesar de las intervenciones de los terapeutas ser siempre positivas y en mayor medida con la intención de contribuir a la implicación de los clientes en la terapia, en el caso de la familia involuntaria sus contribuciones para la alianza son más inmediatas a las manifestaciones negativas de los clientes y más diversificadas en términos de calidad. En esta familia, uno de los datos más relevantes tiene que ver con el aumento de la cantidad de las manifestaciones negativas de la 1ª a la 4ª sesión. La presencia de Antonio (padre) en la terapia, a partir de la 2ª sesión, puede ayudar a comprender este dato, ya que las manifestaciones negativas se deben prácticamente a sus intervenciones (cf. Figura 15). El hecho de ser un caso coercitivo, del padre no estar de acuerdo con esa obligatoriedad y de ser una familia en la que el padre no forma parte del núcleo convivencial familiar, pueden constituir factores complementarios para esa interpretación. En ambas sesiones, el mayor número de descriptores negativos se verificó, como sería teóricamente esperable según Friedlander et al. (2006), a nivel de la Seguridad y del Sentido de Compartir el Propósito. Las contribuciones de los terapeutas, a partir de los primeros cuatro descriptores negativos de la 1ª sesión, son varias e inmediatas y se localizan en el Enganche, Conexión y Compartir el Propósito (cf. Figura 14). En la 4ª sesión, la contigüidad de las intervenciones de los terapeutas en relación a las manifestaciones negativas de los miembros de la familia es todavía superior y se extiende a las cuatro dimensiones de la alianza, revelando una mayor diversidad de sus contribuciones con esta familia, aunque con menor frecuencia en la Seguridad (cf. Figura 15).

De hecho, tanto en la 1ª como en la 4ª sesión, solamente en la familia Gomes (involuntaria) se constatan contribuciones a la Conexión Emocional y a la Seguridad. Por otro lado, en la 4ª sesión, las intervenciones con esta familia son esencialmente ricas en elogios, expresión de optimismo, confianza, empatía y afecto. Puede plantearse la hipótesis de que, en presencia de una familia que *a priori* no quiere estar allí, ya que no pidieron activamente aquel tratamiento, los terapeutas pueden haber sentido como

¹¹ Embora os gráficos relativos à família voluntária não constem do livro, decidimos colocá-los em anexo (cf. Apêndice E) de modo a permitir uma comparação mais detalhada.

fundamental invertir en las dimensiones que suponen una implicación de cada cliente en la terapia, de forma que aumente su motivación para estar allí.

Ya en relación a las semejanzas de las intervenciones de los terapeutas en un caso y en el otro, tal vez la característica común más evidente sea la ausencia de intervenciones negativas en las sesiones de ambos casos. En las dos familias, asistimos también al énfasis en las contribuciones al Enganche ya que esta fue la dimensión privilegiada en las cuatro sesiones analizadas. Estos son aspectos esperables, considerando los principios del modelo de intervención seguido en estos casos (Terapia de la Curiosidad, cf. cap. 2 ponto 2.1), donde es fundamental el trabajo en una perspectiva colaborativa y de co-construcción, por lo que se vuelve muy importante que los clientes se sientan involucrados en todo proceso, lo que podrá explicar la cantidad de intervenciones con ese mismo objetivo, desde el primer contacto con la familia. Otro dato coincidente en los dos casos es la ausencia de contribuciones a la Seguridad en los intervalos de 10 minutos analizados en la 1ª sesión. Ya fuera de esos intervalos, en la familia involuntaria, las terapeutas hacen una contribución a la Seguridad exactamente en el inicio de la 2ª parte de la sesión (cf. Figura 14). En la evolución a la 4ª sesión, se mantiene la contribución a la Seguridad en el sentido de “contener, controlar o gestionar la hostilidad abierta entre los clientes”, lo que no se verifica en ninguna de las sesiones de la otra familia.

En síntesis: en contraposición con la familia voluntaria, el patrón de respuesta más destacable parece ser la contigüidad de las intervenciones de los terapeutas a las manifestaciones negativas de la familia Gomes, intentando al máximo que estos clientes se sientan involucrados, conectados, seguros y compartan un mismo objetivo común en la terapia; otro patrón observado tiene que ver con la diversidad de las intervenciones de los terapeutas en la conclusión de las sesiones: mientras que en la familia Antunes (voluntaria) las intervenciones tras el intervalo de la sesión van todas en el sentido de implicar a los clientes en la terapia, en la familia Gomes (involuntaria) las intervenciones se extienden también a las restantes dimensiones de la alianza; en ambas familias, los terapeutas incentivan mucho a los clientes a definir sus metas en la terapia por lo que, en este aspecto, se considera que existe una gran similitud entre el trabajo con clientes obligados y voluntarios.

Habiendo concluido, a través del estudio anterior, que a pesar de las semejanzas en términos de enfoque emergen patrones de respuesta diferentes a las amenazas a la alianza, conforme se trata de familias voluntarias o involuntarias, sería interesante profundizar en lo que pasa, en concreto, en el binomio ruptura/reparación de la alianza con clientes involuntarios. Con ese objetivo surgió el segundo estudio del que hablamos. Se pretendía analizar el proceso terapéutico completo, de una familia claramente involuntaria (obligada), que presentase una frecuencia elevada de rupturas en la alianza en comparación con otras con la misma tipología, pero que hubiese tenido un éxito terapéutico claro al final del proceso, en el presupuesto de que este hecho sería un buen indicio de la existencia de reparaciones exitosas de la alianza. Después de un proceso de selección con varios pasos y criterios (Leitão, 2012), la elección recayó en la familia Pimenta que presenta 28 rupturas en total de las nueve sesiones realizadas y un resultado terapéutico clasificado como “mejora notable”, a través de la utilización del GAS (los tres objetivos definidos fueron puntuadas con +2). Veamos ahora quien es esta familia y como transcurrió el proceso terapéutico.

Características de la familia Pimenta

Núcleo convivencial	Isabel	34 años	Divorciada	Obrera
	Vanesa	15 años	Soltera	Estudiante do 3º ciclo
	Vânia	12 años	Soltera	Estudiante do 2º ciclo
	César	11 años	Soltero	Estudiante do 2º ciclo
Composición familiar	Familia monoparental (en transición para familia reconstituida)			
Etapa del ciclo vital	Familia con hijos adolescentes			

Características del proceso terapéutico

Motivo de la solicitud de consulta	Solicitud enviada por la Comisión de Protección de Niños y Jóvenes (CPCJ), en la secuencia de la designación efectuada por la escuela a la que Vanesa (la hija mayor) iba. Las razones que motivaron esta designación se sostienen con el absentismo escolar intermitente y con el consumo de sustancias estupefacientes y bebidas alcohólicas por parte de la joven, añadidos a la falta de responsabilidad de Isabel ante el devenir escolar de la hija.
---	--

Objetivos indicados por la CPCJ	<p>De acuerdo con la evaluación de la CPCJ, estos problemas comportamentales y escolares de Vanesa se habrán exacerbado tras la separación de Isabel de su ex-compañero y padre de los dos hijos pequeños (tres años antes de la solicitud).</p> <p>La CPCJ solicitó la “realización de una evaluación familiar y posterior seguimiento terapéutico”, en el sentido de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) promover la reorganización de roles y redistribución del poder en el seno de la familia; 2) facilitar el diálogo intrafamiliar (especialmente entre Isabel y Vanesa) 3) potenciar las competencias de Isabel, contribuyendo a una mejoría del desempeño de su rol de mujer y madre.
Estructura del proceso	<p>El proceso terapéutico con la familia Pimenta empezó a finales de 2008 y terminó en mayo de 2010, habiendo sido realizadas nueve sesiones.</p> <p>Las primeras cuatro tuvieron un intervalo en torno a seis semanas, ya que la familia en diversas ocasiones anuló o no compareció a la sesión. A partir de la 4ª sesión, esta situación se regularizó y las sesiones fueron realizadas cada tres semanas.</p> <p>En la 7ª sesión, fue dada de alta la familia, y, después de esta fecha, fueron realizadas dos sesiones de <i>follow-up</i> (tres y seis meses después del alta).</p> <p>En la mayoría de las sesiones, estuvieron presentes todos los miembros de la familia, excepto en la 3ª sesión, en la que Vanesa faltó, y en la 1ª sesión de <i>follow-up</i> en la que faltaron Vanesa y César.</p> <p>En la 5ª sesión se le pidió a Isabel que viniese sola y a la 6ª sesión se llamó solamente a Vanesa y a su madre.</p>
Objetivos terapéuticos alcanzados	<p><i>3 mejorías notables:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) La familia tiene tiempos y espacios para abordar los diferentes asuntos, concretamente los que más les preocupan; 2) La madre dedica tiempo a sí misma, manifestando satisfacción con la forma en la cual gestiona el tiempo en familia y el tiempo individual; 3) La madre y Vanesa tienen conflictos puntuales, consiguiendo gestionar sus diferencias.

En este estudio, además de utilizarse una metodología de recogida y organización de datos genéricamente semejante a la del caso anterior para el análisis de

todas las sesiones, fueron utilizados los tres indicadores operacionales de ruptura y también de reparación propuestos por Escudero y colaboradores (2012) y descritos previamente de forma pormenorizada, inmediatamente antes de la presentación de los estudios.

Cuadro 3.

Frecuencia de marcadores de ruptura por categoría y sesión.

		S1	S4	FU	TOTAL
Comportamiento de confrontación (C) Alejamiento (A)	E	-	3C	-	3
	C	2A	2A	3A	7
	S	1A	-	-	1
Interacción familiar problemática	CP	7	8	1	16
Alianza escindida con el sistema-terapeutas		1	-	-	1
		11	13	4	28

La primera conclusión extraída es que los marcadores de ruptura, por parte de la familia, se localizan solamente en las sesiones 1, 4 y 2ª de *follow-up*, sesiones que se constituyen como objeto específico de análisis. Atendiendo a la clasificación de los marcadores de ruptura (cf. Cuadro 3), se concluye que las *interacciones familiares problemáticas* (16) son las más frecuentes, correspondiendo a más de la mitad de la totalidad de las rupturas registradas. Todas se corresponden con comportamientos de confrontación entre miembros de la familia. A continuación, surgen los *comportamientos de confrontación o alejamiento* (11), cuya mayoría se manifiesta en la dimensión Conexión (7). De este grupo de marcadores, solamente tres se refieren a *comportamientos de confrontación* (E)¹², todos ellos registrados en la 4ª sesión. En todo el proceso terapéutico solamente se identifica una *alianza escindida*¹³ (AC), aunque en

¹² En la presentación de estos resultados, por una cuestión de simplificación del texto, la dimensión de la alianza implicada tanto en los marcadores de ruptura como en la reparación será identificada con la inicial mayúscula que le corresponde entre paréntesis, complementada, en algunos casos, con la frecuencia de aparición [e.g., (C) o (C-5; E-6...)]; el tiempo de la sesión (horas-minutos-segundos) en las que surge el comportamiento, también, entre paréntesis [e.g., (00:02:55)] junto a la respectiva descripción; finalmente, cuando se transcriben a título ejemplificado pero de modo integrado en el texto los descriptores de las manifestaciones positivas y negativas a la alianza del Manual del SOFTA-o, se utilizan comillas simples (e.g., 'muestra indiferencia acerca del proceso de terapia'), dejando las comillas dobles para la transición del discurso directo de clientes y terapeutas.

¹³ Identificada a partir de la presencia simultánea de descriptores positivos y negativos en la dimensión C por diferentes miembros de la familia.

la 1ª sesión. En síntesis, es posible verificar que las rupturas en la alianza en el proceso con la familia Pimenta se verifican, mayoritariamente, al nivel de la dimensión Compartir el Propósito (16), siendo la Seguridad la dimensión en la que se registran menos, solamente una.

Ilustramos, ahora, estos comportamientos, para tener una idea concreta sobre lo que sucede en los momentos clasificados como ruptura de la alianza. En la 1ª sesión observamos 11 marcadores de ruptura: tres *comportamientos de alejamiento* (dos al nivel de la dimensión C y otro en la dimensión S), una *alianza escindida* y siete *interacciones familiares problemáticas* (CP). La mayoría de esas rupturas se presentan en la fase inicial de la sesión. Los cinco primeros marcadores de ruptura corresponden a *interacciones familiares problemáticas* (CP). En el inicio de la sesión, Vanesa desvaloriza la opinión de la madre a través de expresiones como “En mi opinión, nosotros no estamos alejados, está sólo en su cabeza” (00:02:55), y la familia muestra no estar de acuerdo entre sí sobre el valor de la terapia – mientras que la madre cree que el espacio terapéutico les podrá ser útil, Vanesa dice que no necesitan de “un sitio para hablar en familia se pueden hablar en casa” (00:20:22). Después de 30 minutos de sesión tras el intercambio de un momento de humor entre Isabel y las terapeutas acerca de las dificultades inherentes a la educación de la hija mayor, Vanesa inicia un *comportamiento de alejamiento*, a través de una expresión no-verbal de ansiedad (S). Cerca de dos minutos después, César también presenta un *comportamiento de alejamiento* (C), mostrando reluctancia en responder a las preguntas planteadas por los terapeutas. Este descriptor, sucede poco después de que la madre presente un comportamiento positivo en la misma dimensión, lo que sugiere una alianza escindida con los terapeutas. Se siguen dos *interacciones familiares problemáticas* (CP): culpabilización (00:37:30) e intercambio de comentarios sarcásticos entre Vanesa y la madre (00:58:31). El último marcador de ruptura sucede poco antes del intervalo; es un *comportamiento de alejamiento* por parte de Vânia (C), que muestra reluctancia en responder a las terapeutas cuando es cuestionada acerca de lo que le gustaría que fuera diferente en su familia.

En la 4ª sesión se registran 13 marcadores de ruptura: tres comportamientos de *interacciones familiares problemáticas* (CP). Más de la mitad de los comportamientos de ruptura se observan entre los 20 y los 35 minutos de sesión, cesando incluso antes

del intervalo, las terapeutas cuestionan a la familia acerca de las razones que los llevaron a faltar a las tres últimas sesiones. En ese momento Isabel ‘muestra indiferencia acerca del proceso de la terapia’, aludiendo que dejó de estar motivada a estar presente en las sesiones terapéuticas, desde que siente que esta ayuda les es impuesta. Veinte minutos más tarde, se registran una serie de *interacciones familiares problemáticas* (5-CP). Vanesa y su madre se culpan la una a la otra (00:21:30 e 00:28:10), hacen comentarios hostiles (00:24:04 e 00:25:21) y desvalorizan la opinión la una de la otra (00:31:07). Durante este período, Vanesa, a semejanza de lo que sucede con la madre al inicio de la sesión, presenta un *comportamiento de confrontación* (E), diciendo: “¡yo no quiero ayuda! ¡Cuanto más me intentan ayudar, peor hacen!”. En esta sesión más o menos en el medio de la 1ª parte se observan los últimos marcadores de ruptura: comportamiento *de alejamiento* del hijo menor, César, que evita el contacto visual con las terapeutas en el momento en que le preguntan si también se siente presionado por los diferentes servicios a los que la familia acude (00:33:38). Poco después, Vanesa tiene el mismo tipo de comportamiento, cuando habla sobre las diferencias educacionales entre el padrastro y la madre (00:45:40). Seguidamente surge una nueva *interacción familiar problemática* (CP) cuando Vanesa dice que la madre es la culpable por el hecho de no existir más momentos de diálogo en familia. Poco después, sucede un *comportamiento de confrontación* (E) por parte de Vanesa: “Yo nunca pensé que ni este espacio ni la CPCJ, nada de eso, hiciesen ningún bien. Vengo, porque soy casi obligada, porque si no vengo, tengo faltas. Yo no veo una gran importancia en eso, (...) no veo como me puedan ayudar.” Los dos últimos marcadores en esta sesión son *interacciones familiares problemáticas* (CP) entre la madre y Vanesa: tras haber dicho que la hija mayor es la culpable de las dificultades que ha encontrado en su vida, Isabel hace un comentario hostil acerca de ella: “¡Ahora con aquella... Con aquella niña, nada funciona!”

Finalmente, en la 2ª sesión de *follow-up*, solamente se verifican cuatro marcadores de ruptura: tres *comportamientos de alejamiento* (C) [César se muestra resistente o se niega a responder’ a las terapeutas cuando éstas le preguntan sobre lo que no está bien en casa (00:21:20), sobre el motivo que lo llevó a ser castigado en el colegio (00:29:25) y prefiere repetir 6º curso a pasar para 7º (00:47:48)] y una *interacción familiar problemática* (CP) 39 minutos después del inicio de la sesión, en la

cual César y su madre ‘desvalorizan la perspectiva’ uno del otro acerca de las condiciones necesarias para que César acceda a un Curso de Educación y Formación (00:39:03).

Para concluir este análisis nos pareció interesante percibir como se distribuyen los marcadores de ruptura por los diferentes miembros de la familia, a lo largo de todo el proceso, considerando, también la dimensión de la alianza implicada. El Cuadro 4 que se encuentra a continuación muestra que Vanesa (cuatro indicadores) y su hermano César (cinco indicadores) son los que más destacan, aunque de forma diversa y menos expresiva de lo que esperábamos: Vanesa, al final la paciente identificada y motivadora de la designación de la familia a terapia, es la única que presenta un indicador negativo al nivel de la Seguridad y todos los indicadores de César se localizan en la dimensión Conexión Emocional con el terapeuta. Efectivamente nuestras expectativas estaban centradas en Vanesa, ya que es “más adolescente” y PI, y es la que más fácilmente se puede identificar como fuente de ruptura (individual) en la alianza. Concluimos, bien por los datos del Cuadro 4, bien por la descripción que hicimos previamente, que el estado de involuntario/obligado y la coerción de la participación en terapia, en este caso, se expresa, en términos de ruptura de la alianza, colectivamente y no tanto individualmente, o sea, fundamentalmente se localiza en la propia familia como grupo.

Cuadro 4.

Frecuencia de marcadores de ruptura por miembro de la familia e intrafamiliar y por sesión.

	S1	S4	FU	Total
Isabel (Madre)		1(E)		1
Vanesa (PI) 15	1 (S)	2(E);1 (C)		4
Vânia 12	1 (C)			1
César 11	1 (C); 1(AC)	1 (C)	3 (C)	5
(intra)Familia	7 (CP)	8 (CP)	1(CP)	16
Total	11	13	4	28

A continuación, sabiendo que la demostración de un comportamiento positivo, en una de las cuatro dimensiones de la alianza, por parte del miembro familiar involucrado en la ruptura, es indicativo de reparación (1º marcador de reparación)

(Escudero et al., 2012), pretendemos averiguar si eso sucedió después de los marcadores de ruptura registrados en el proceso con esta familia y exhaustivamente descritos atrás. Observamos que sucedió en todas las rupturas y con casi todos los miembros de la familia en ellas implicados, a excepción de Vânia en la 1ª sesión. Concluimos además que, tras las *interacciones familiares problemáticas*, se registran siempre descriptores positivos en la dimensión Sentido de Compartir el Propósito, muchas veces asociados a situaciones en las que ‘los elementos de la familia comparten entre sí un momento gracioso’ y ‘validan mutuamente sus puntos de vista’, lo que indicia la reparación de este tipo de rupturas en la alianza intrafamiliar.

Fue identificada una discusión directa sobre la(s) ruptura(s) entre terapeutas y clientes (2º marcador de reparación) (Escudero et al., 2012) en la 4ª sesión: los terapeutas vuelven a abordar los motivos que llevan a los elementos de la familia, madre y Vanesa, a no confiar en la utilidad de la terapia, y cuestionan Vanesa sobre lo que cree que podrá ser hecho en ese sentido. Aunque en esta sesión, en los últimos 15 minutos, ya no se observa ningún marcador de ruptura y todos los miembros presentan comportamientos positivos en la dimensión Enganche, mencionando la utilidad del proceso terapéutico (en el caso de la madre) y manifestando acuerdo con las metas propuestas por los terapeutas (en el caso de los hijos).

Finalmente, la disminución de la frecuencia de marcadores de ruptura a lo largo de la(s) sesión(es) (algo sistemáticamente observado en las sesiones en las que tuvieron lugar) sugiere que el sistema terapéutico supera la ruptura, prosiguiendo a una colaboración productiva en relación a los objetivos y tareas terapéuticas (3º marcador de reparación) (Escudero et al., 2012); por ejemplo, esto se confirma en la dimensión Enganche, al final de la 1ª sesión, cuando Vanessa ‘acepta la solicitud de las terapeutas’, explicitando lo que le gustaría que fuese diferente en casa, y la madre, ya después del intervalo, ‘manifiesta su acuerdo con las metas propuestas’. Por otro lado, a partir de la 4ª sesión marcada por un mayor número de rupturas, pero también por un gran número de reparaciones, la familia deja de anular y de faltar a las sesiones.

Tenemos así evidencia de la reparación de las rupturas en el caso de esta familia, con efectos positivos, casi regeneradores, en el proceso y en sus resultados. Corresponde entonces que examinemos, con más detalle, como los terapeutas contribuyeron a ese efecto. En primer lugar, se señala la ausencia de descriptores

negativos para la alianza en todas las sesiones del proceso terapéutico, por parte de los terapeutas, lo que es esperable considerando el modelo seguido (Terapia de la Curiosidad). Remitiéndonos a las tres sesiones en las que se verificaron rupturas por parte de los clientes, la 1ª y el *follow-up* fueron aquellas en las que los terapeutas presentan un mayor número de contribuciones. Curiosamente, no fue la 4ª sesión, en la cual surgen más rupturas por parte de los clientes, aquella que suscitó más contribuciones positivas a los terapeutas (cf. Quadro 5).

Cuadro 5.

Cantidad de contribuciones positivas de los terapeutas por dimensión de la alianza y por sesión.

	S1	S4	FU	TOTAL
Enganche en el Proceso Terapéutico	7	4	5	16
Conexión Emocional con el Cliente	3	4	7	14
Seguridad dentro del Sistema Terapéutico	1	1	0	2
Sentido de Compartir el Propósito	3	1	2	6
	14	10	14	38

Es posible verificar que los terapeutas intervinieron mayoritariamente en el sentido de involucrar a los clientes en la terapia (16) y establecer una conexión emocional con cada uno de ellos (14); la Seguridad es la dimensión en la que menos insistirán (solamente dos contribuciones), seguida de la de Sentido de Compartir el Propósito (6 contribuciones).

Analizando en detalle esta información, se observa un total de 14 contribuciones de los terapeutas a lo largo de la 1ª sesión¹⁴ que se plantean en todas las dimensiones de la alianza (E-7, C-3, S-1 e P-3). Se encuentran distribuidas en dos intervalos temporales: nueve contribuciones en los primeros 35 minutos y cinco en los últimos 20, o sea, se ve priorizado el refuerzo de la alianza, y especialmente de la dimensión Enganche, al principio y fin de la 1ª sesión.

Así, inicialmente, cuando tienen lugar las cinco primeras *interacciones familiares problemáticas* (CP), los terapeutas intentan captar la atención de los hijos

¹⁴ No apêndice F encontra-se o gráfico da sessão 1 (cf. Figura 19).

(00:02:33, 00:03:58 y 00:14:26) y expresan optimismo en relación a la capacidad de todos para dialogar en familia (00:22:23) (E); destacan lo que hay en común en las diferentes perspectivas de cada miembro de la familia sobre el problema (00:06:47) y destacan que todos comparten el deseo de que sucedan cambios en la dinámica familiar (00:20:05) (CP); muestran empatía por la madre, ante las dificultades sentidas en la educación de los tres hijos (00:09:18) y comparten con ella un momento de humor (00:31:58), y por César en relación a su dificultad de hablar sobre asuntos familiares difíciles (00:19:03) (C). No se verifican intervenciones contingentes a las rupturas que tuvieron lugar entre los 30 y los 34 minutos de la sesión. En la fase final, tras una *interacción familiar problemática*, los terapeutas intervienen en el sentido de promover el Enganche y el Sentido de Compartir el Propósito, incentivando a cada uno de los miembros a definir sus metas en la terapia (E) y destacando lo que es compartido por toda la familia en términos de necesidades (CP). En la 2ª parte de la sesión, tras exhibir Vânia un *comportamiento de alejamiento* las terapeutas explican como funciona la terapia (01:12:37) (E) y expresan optimismo diciendo que sienten que la familia ya ha iniciado un proceso de cambio (01:16:35). Al reconocer que la terapia implica aceptar riesgos, las terapeutas contribuyen también a la Seguridad.

Considerando que la 4ª sesión parece ser crucial en la “transformación” del proceso terapéutico, aunque presente el mayor número de rupturas y tenga lugar en la secuencia de varias faltas y anulaciones de la familia, decidimos presentar el gráfico del microanálisis que le corresponde (cf. Figura 16) como ejemplo ilustrativo de la metodología seguida (aunque hayan sido hechas figuras idénticas para todas las sesiones, tanto para las rupturas de los clientes como para las reparaciones de las terapeutas, las cuales podrán ser consultadas en Leitão, 2012). En esta sesión contabilizamos 10 contribuciones de los terapeutas (E-4, C-4, S-1 e P-1), iniciadas tras la primera ruptura y distribuidas a lo largo de toda la sesión. Concomitantemente al primer marcador de ruptura, cuando la madre hace alusión a que ya no se siente motivada para estar presente en el proceso terapéutico, las terapeutas responden, ‘expresando empatía’, ante las dificultades por ella sentidas en este período (C). En seguida, intentan promover la implicación de Vanesa en el proceso terapéutico. Tras 20 minutos de sesión, cuando se registra una serie de *interacciones familiares*

problemáticas entre Vanesa y su madre, los terapeutas ‘tocan afectivamente’ el brazo de Vanesa (00:26:45) y ‘expresan confianza’ en ella (00:29:11) (C).

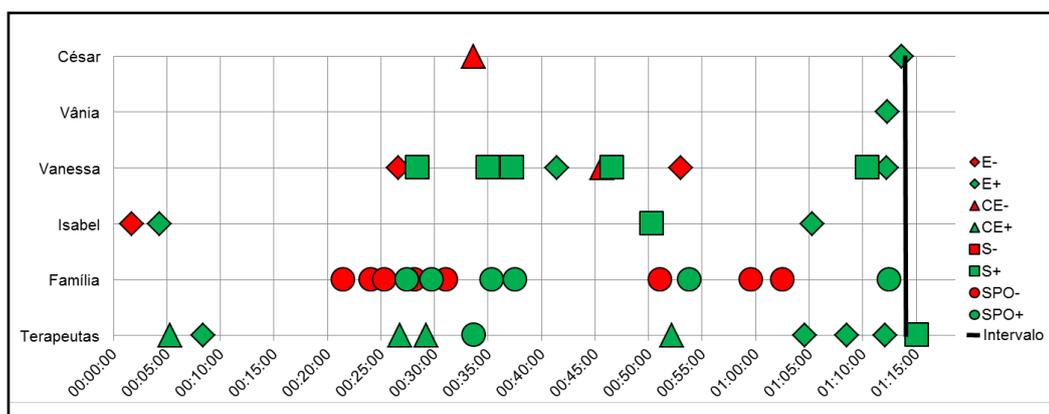


Figura 16. Contribuições para a aliança, negativas e positivas, de clientes y terapeutas, a lo largo de la 4ª sesión.

Tras el *comportamiento de alejamiento* de César, incentivan a los dos hijos menores a exponer sus puntos de vista en relación al asunto analizado (00:33:43)(CP). Más tarde (00:52:10), en una fase de la sesión en la que son abordadas las dificultades entre madre e hija mayor [*interacción problemática* (00:51:07)], ‘acogen y normalizan’ la vulnerabilidad emocional de Vanesa (C). Más cerca del final, tras una ruptura de Vanesa (E) y dos nuevas *interacciones familiares problemáticas*, las terapeutas proponen a la familia que reflexione acerca de lo que pretende del espacio terapéutico, incentivándola a ‘definir sus metas en la terapia’ (01:04:35). A partir de este momento, cesan las rupturas y todos los miembros de la familia presentan indicadores comportamentales positivos que reflejan su implicación en el proceso terapéutico. Los terapeutas continúan explicando a la familia como se estructurará el proceso terapéutico de aquí en adelante (E) y, al terminar, después del intervalo, agradecen a la familia haber conseguido compartir asuntos complicados, reconociendo la dificultad que eso implica (S).

En la 2ª sesión de *follow-up*¹⁵, a pesar de verificarse solamente cuatro marcadores de ruptura, las terapeutas intervienen de forma acentuada con contribuciones a la aliança antes de cualquier manifestación negativa por parte de los

¹⁵ No apêndice F encontra-se o gráfico da 2ª sessão de *follow-up* (cf. Figura 20).

clientes (E-5, C-7, P-2). Primero, promueven la conexión emocional con Vanesa y César, expresando interés por ellos, independientemente del proceso terapéutico (C) y en torno a siete minutos después del primer *comportamiento de alejamiento* de César elogian su motivación para cambiar (E); después, lo incentivan para expresar su punto de vista en relación al asunto abordado por la madre, y expresan empatía por las dificultades que siente (P e C) (00:35:00). Tras una *interacción problemática* entre madre e hijo y el nuevo *comportamiento de alejamiento* de César las terapeutas señalan la aparición de un cambio positivo en la relación madre-hijo (E) (00:57:00). En los últimos minutos de sesión, elogian el esfuerzo de todos en el sentido del cambio (01:08:22), explicitan pormenores relativos a la estructura del proceso terapéutico (01:09:39) (E), se muestran satisfechas en relación a los cambios que tuvieron lugar (01:05:20), revelan un aspecto de su vida personal (01:07:17) y expresan interés por la familia más allá de la terapia, preguntándoles acerca de las próximas vacaciones (01:12:30).

Confrontando los datos obtenidos en estos dos estudios cualitativos con los presentados en los puntos anteriores (2.2.1. características y desarrollo de la alianza “forzada” e 2.2.1.1. contribuciones del terapeuta y estrategias de construcción de la alianza) verificamos que son consonantes y coherentes: en los clientes involuntarios la alianza terapéutica presenta algunas dificultades, concretamente en las dimensiones Enganche, Compartir el Propósito y Seguridad se presentan más debilitadas, mientras que las contribuciones más relevantes de los terapeutas se localizan en el Enganche y en la Conexión Emocional. A través de los microanálisis pudimos además percibir que los terapeutas, por norma, concentran esas intervenciones al final de las sesiones, antes y después del intervalo, sucediendo lo mismo en el inicio de la 1ª sesión. Por otro lado, por parte de los clientes, no se detecta un patrón temporal, ni cualitativo (secuencia de las dimensiones afectadas) de las rupturas en la alianza. Comparando, ahora, los datos de las rupturas de los clientes con las intervenciones de los terapeutas parece que, en estos casos clínicos, no hay un trabajo reflejado relativo a los fenómenos ruptura/reparación, ni al número de intervenciones ni a la equivalencia de las dimensiones. Una vez que las reparaciones de la alianza promovidas por los terapeutas parecen haber tenido éxito, esta información parece apuntar, indirectamente, a la

efectiva interacción entre las dimensiones de la alianza, o, si queremos, nos muestra que la alianza puede ser considerada y trabajada en la clínica como un constructo unitario. Por otro lado, los dos estudios nos permiten confirmar que la falta de motivación y “resistencia” a la terapia, vista como una de las características de estos clientes, particularmente en el período inicial, puede presentar “recaídas” a lo largo del proceso (e.g., familia Gomes); así, estos aspectos deben ser considerados uno de los objetivos terapéuticos a lo largo de toda la intervención y no sólo en la fase inicial, existiendo evidencia de que pueden ser abordados con éxito. Finalmente, también podemos inferir que hay mucho en común en el trabajo clínico hecho con voluntarios e involuntarios (lo que, de algún modo, corrobora lo que dijimos sobre las dificultades de esta distinción en términos dicotómicos absolutos, cf. cap. 1., 1.2.). En otras palabras, el modelo de intervención seguido por los terapeutas (en este caso, la Terapia de la Curiosidad) funciona como guion basado en la conducción de todos los procesos, interfiriendo en la forma en la que los terapeutas responden ante las dificultades específicas notadas con las familias involuntarias, concretamente cuando responden a las amenazas a la alianza, de forma específica con mayor intensidad y contigüidad de las intervenciones, pero siempre siguiendo ese guion que, parece ser más relevante en el enfoque concreto de reparación de las rupturas de la alianza de lo que las dimensiones de la alianza en la que aquellas tienen lugar. Por esta razón, concluimos que los modelos seguidos por los terapeutas familiares en el trabajo con familias involuntarias, y particularmente los respectivos presupuestos teóricos y epistemológicos, son fundamentales en la construcción de la alianza con estos clientes y, por esa vía, en el éxito terapéutico obtenido. De este modo, en la formación y supervisión de terapeutas que trabajan con familias involuntarias se justifica que se de relevancia no sólo a las vicisitudes de la sesión/proceso (e.g., dificultades en establecimiento de la alianza, dimensiones más afectadas, importancia de la implicación en la terapia), sino también en el modelo de intervención a adoptar (e.g., más o menos colaborativos o de confrontación).

Referencias¹⁶

- Constantino, M. J., Castonguay, L. G., & Schut, A. J. (2002) The working alliance: A flagship for the “scientist-practitioner” model in psychotherapy. In G. S. Tryon (Ed.), *Counseling based on process research: Applying what we know* (pp. 81-131). Boston: Allyn & Bacon.
- Escudero, V., Boogmans, E., Loots, G., & Friedlander, M. L. (2012). Alliance Rupture and Repair in Conjoint Family Therapy: An Exploratory Study. *Psychotherapy, 49*, 26-37. doi: 10.1037/a0026747.
- Figueiredo, M. (2012). *Aliança terapêutica em terapia familiar sistêmica com clientes voluntários e involuntários: Microanálise das contribuições dos terapeutas* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.
- 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.
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990). Couple and family therapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy, 16*, 299-306. doi: 10.1111/j.1752-0606.1990.tb00851.x
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal, 4*, 443-453.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process, 43*, 425-442. doi:10.1111/j.1545-5300.2004.00032.x
- Leitão, B. (2012). *Rutura e reparação da aliança terapêutica na terapia familiar sistêmica: Um estudo exploratório com clientes involuntários* (Dissertação de Mestrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra.

¹⁶ Esta lista de referências reporta-se apenas às fontes citadas neste capítulo da tese.

- Muñiz de la Peña, C., Friedlander, M., & Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances: How observable are they? *Psychotherapy Research, 19*, 133-142. doi: 10.1080/10503300802460050
- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal Of Marital And Family Therapy, 12*(2), 137-151. doi:10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x
- Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Journal of Clinical Psychology, 56*(2), 211-224. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<211::AID-JCLP7>3.0.CO;2-H
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto.
- Safran, J., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic Alliance Rupture as a Therapy Event for Empirical Investigation. *Psychotherapy, 27*, 154-165.
- Safran, J. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 30*, 11-24.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures. *Psychotherapy, 48*, 80-87. doi: 10.1037/a0022140
- Sotero, L. & Relvas, A. P. (2014a). Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar, Versão Observacional (SOFTA-o). In A. P. Relvas e S. Major (Coord.) *Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção* (Vol. I, pp. 121-149). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Sotero, L. & Relvas, A. P. (2014b). Escala de Objetivos Atingidos (GAS). In A. P. Relvas e S. Major (Coord.) *Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção* (Vol. I, pp. 177-200). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Capítulo IV

Discussão Integrada e Considerações
Finais. Dos Clientes (In)Voluntários,
ao Sistema Terapêutico, Múltiplas
Versões da Aliança

*We shall not cease from exploration
And the end of all our exploring
Will be to arrive where we started
And know the place for the first time.*

T. S. Eliot (*Little Gidding* in *Four Quartets*,
as cited in Norcross & Wampold, 2011, p. 89)

É justamente com o sentimento de quem regressa ao ponto de partida e conhece o lugar pela primeira vez que começo esta discussão. Em primeiro lugar porque espero ter o distanciamento necessário - típico de quem vê pela primeira vez - para conseguir articular e integrar as conclusões retiradas dos diferentes estudos que integram esta dissertação, mantendo uma meta-posição face ao meu papel de investigadora e de terapeuta. Em segundo lugar porque quero que esta discussão deixe transparecer que, depois desta exploração do processo terapêutico familiar com clientes involuntários, voltar ao ponto de partida me permitiu ver diferente e, provavelmente, (re)descobrir o que ainda não sabia que sabia.

Feito este preâmbulo, importa lembrar que este trabalho foi estruturado com a finalidade de contribuir para a compreensão do processo terapêutico com clientes involuntários no contexto da terapia familiar, em particular ao nível da construção da aliança terapêutica. Os estudos apresentados ao longo desta dissertação representam assim diferentes fases do processo de investigação e, no seu conjunto, pretendem dar resposta ao desafio formulado.

Neste capítulo final serão então revistas e discutidas de forma integrada as conclusões gerais dos estudos realizados, partindo de um ponto de vista que permita (re)conciliar as inter-relações entre os diferentes resultados. Decorrendo das principais conclusões do estado da arte, a discussão inicia-se com uma reflexão crítica em torno da identificação e conceptualização dos clientes involuntários: Quem são? Como se caracterizam? Como articular a questão clientes-famílias involuntárias? O que aprendemos sobre estes clientes quando estão em terapia familiar? De seguida, é formulada uma leitura integradora dos principais resultados sobre o processo de co-construção da aliança terapêutica com famílias (in)voluntárias: Como se comportam os

clientes? O que fazem os terapeutas? Qual a interação entre ambos? Como reagem os terapeutas às ameaças e quebras na aliança por parte dos clientes? Posteriormente, a discussão foca-se nos resultados terapêuticos da terapia com famílias involuntárias e voluntárias: Que efeitos tem a condição inicial das famílias nos resultados terapêuticos? Como se associam os resultados terapêuticos e a aliança terapêutica? Como construir uma aliança terapêutica forte de modo a que haja bons resultados terapêuticos? Por fim, serão explorados os principais contributos desta investigação para a prática clínica, formação e treino dos terapeutas e, por último, são apresentados os limites metodológicos inerentes aos estudos apresentados e formuladas algumas recomendações para investigações futuras.

1. Revisão e Discussão dos Principais Resultados

1.1. Clientes Involuntários em Terapia Familiar: Quem são? Como se caracterizam?

A revisão da literatura tornou evidente, numa fase inicial do estudo, que existe no domínio da definição dos clientes involuntários uma relevante complexidade conceptual e diversidade terminológica (involuntários, não mandatados e não voluntários) que se associa, por vezes, a alguma indefinição e não reconhecimento destes clientes, tanto na investigação como na prática clínica (De Jong & Berg, 2001). Como discutido anteriormente, o constructo de “cliente involuntário” tem significados distintos para diferentes autores (e.g., Chui & Ho, 2006; Cingolani, 1984; Ivanoff, Blythe, & Tripodi, 1994; Tohn & Oshlag, 1996). Após a confrontação entre as distintas definições e critérios, levada a cabo no artigo teórico apresentado no Capítulo I, ficou em nosso entender claro que a identificação dos clientes como involuntários passa não só pela sua presença em terapia por imposição explícita ou implícita de terceiros, com maior ou menor poder coercivo sobre o sujeito, como pelo seu desejo de não participação e implicação no processo terapêutico (Sotero & Relvas, 2012). É importante salientar que os dados da clínica nos mostram que a condição de

involuntário, pelo menos de acordo com o critério da vontade do cliente, não é estática ao longo de todo o processo terapêutico: transforma-se e sofre oscilações, consoante o cliente recusa envolver-se ou deseja e quer ajuda terapêutica (Chui & Ho, 2006). Este critério da percepção da vontade do cliente, apesar de dinâmico, é fundamental enquanto fator de diferenciação entre clientes involuntários e voluntários no início do processo terapêutico. Como referido anteriormente, atender apenas à origem do encaminhamento para a terapia e/ou ao estatuto legal do cliente, nada nos diz sobre a percepção que o cliente tem do serviço (como desejável ou indesejável, por exemplo). A este respeito, não nos parece fazer muito sentido designar como involuntários os clientes que estão na terapia por indicação de um serviço ou profissional mas que, ainda assim, pretendem estar, desejam mudar e/ou perspetivam a terapia como potencialmente útil. De notar que a situação inversa também é possível, pelo que a articulação destes dois aspetos na identificação dos clientes como voluntários ou involuntários parece ser um primeiro ponto essencial nesta reflexão.

Apesar de ao longo destes trabalhos não ter sido considerada a distinção entre clientes involuntários e mandatados, dado que o nosso interesse de investigação recai sobre a problemática dos clientes involuntários em geral, e não nos mandatados em particular, reconhece-se que os clientes involuntários não devem ser considerados um grupo homogéneo. Este é outro dos aspetos que futuramente deve ser tomado em conta a respeito da caracterização dos clientes involuntários. Não obstante, aceitando a categorização de Rooney (2009), os clientes involuntários estão na terapia porque enfrentam consequências legais/jurídicas (mandatados) e/ou consequências pessoais (não voluntários), no caso de optarem por não participar no processo terapêutico. Nesta lógica, é precisamente o facto de lidarem com consequências pessoais ou legais, no caso de abandonarem a terapia, que cria em ambas as situações uma atmosfera de coerção e um enquadramento específico para a compreensão da relação entre terapeutas e clientes neste contexto (Rooney, 2009).

A propósito da diversidade de critérios e de definições acerca dos clientes involuntários faz-me sentido evocar o exemplo de Minuchin e Fishman (1981) a respeito da neve, dos esquimós e dos australianos. Enquanto os esquimós (tal como os esquiadores) têm várias palavras para designar “neve”, de modo a conseguirem descrever as diferentes variedades da substância, para os australianos, que nunca viram

neve, nem tentaram definir as suas variedades, “neve” é “neve”. Voltando ao contexto da investigação sobre os clientes involuntários, aquilo que aparentemente parecia óbvio e relativamente fácil de delimitar, foi tornando-se progressivamente mais complexo e difícil de definir, surgindo diversas designações para descrever e abarcar as diferentes variedades da “substância-involuntária”. Neste sentido, e face à diversidade de situações possíveis, podemos dizer que os clientes em terapia podem ser distribuídos num *continuum* entre dois extremos: clientes voluntários e clientes involuntários. O primeiro faz alusão a todos aqueles que estão na terapia porque ativamente procuraram ajuda para a resolução dos seus problemas e para a concretização dos seus objetivos e a par disso querem, desejam e acreditam no valor e na eficácia da intervenção. No extremo oposto, encontram-se aqueles que foram judicialmente mandatados para receber tais serviços e que, apesar de utilizarem esses serviços, não os procuraram ativamente, não os reconhecem como úteis e/ou desejáveis, sentindo-se muitas vezes “reféns” (Friedlander, Heatherington & Escudero, 2006) de uma terapia que consideram injusta. Como será fácil perceber, se nalgumas situações é relativamente fácil posicionarmos os clientes neste *continuum*, outras há em que as posições intermédias onde os podemos circunscrever complexificam esta distinção. No caso das famílias que chegam à terapia esta dificuldade de categorização involuntário *versus* voluntário agudiza-se.

Teoricamente, a presença da família na terapia é um reconhecimento de que querem ajuda e de que legitimam o/s terapeuta/s a introduzir-se no seu sistema familiar e a ajudá-los a mudar a situação que está a produzir sofrimento, desconforto ou tensão (Minhuchin & Fischman, 1981; Pinosof, 2005). Contudo, na prática, este quadro é mais a exceção do que a regra. Em primeiro lugar, porque é muito frequente encontrarmos famílias em que o pedido de ajuda é assumido por um ou por vários dos seus elementos, mas não por todos. Este aspeto é de tal modo pertinente que no serviço de terapia familiar do CPSC-FPCEUC é explorado em todos os casos, através da ficha de pedido de consulta, o grau de acordo (ou desacordo) e conhecimento dos elementos da família sobre o pedido. Em segundo lugar, porque é habitual a motivação para a terapia e a crença no seu valor e eficácia serem diferentes de indivíduo para indivíduo, o que se relaciona muitas vezes com a própria leitura que cada um dos elementos da família faz acerca do problema e da possível solução.

A existência de motivos conflitantes e a ambivalência em participar (ou não) na terapia são componentes frequentes do processo terapêutico quando trabalhamos com famílias e que se tornam particularmente importantes no caso de famílias que iniciam a terapia por pressão, sugestão ou indicação de uma terceira parte. Tal como se verificou na análise dos casos aquando da recolha da amostra neste estudo, podemos nessas circunstâncias deparar-nos com múltiplas situações. Uma possibilidade é encontrarmos casos em que a família, por inteiro, se identifica como involuntária, dado que todos os elementos presentes assumem que se sentem pressionados no processo terapêutico. Tal como podemos, igualmente, encontrar casos em que uns sentem essa pressão e outros não (situação mais frequente) e, finalmente, casos em que é difícil perceber se os clientes querem ou não envolver-se na terapia, parecendo ser encoberta a recusa, ou a aceitação, face à terapia. Podemos então concluir que as famílias, tanto voluntárias como involuntárias, se distribuem no referido *continuum*, embora apenas por vezes se coloquem rigorosamente, enquanto grupo, num dos extremos (Relvas & Sotero, 2014). Deste modo, parece legítimo questionar a identificação das famílias como voluntárias ou involuntárias, parecendo fazer mais sentido falar de famílias *mais* ou *menos* involuntárias. Em síntese, não se pretende com esta flexibilização desvalorizar a distinção entre famílias involuntárias e voluntárias, mas antes chamar a atenção para a sua complexidade e para os pontos de contacto entre os dois tipos de clientes, concretamente no caso da terapia familiar.

Se no caso da terapia esta lógica de flexibilidade e atenção especial à relação e articulação parte-todo/indivíduo-grupo do sistema familiar não levanta grandes dificuldades, e é inclusivamente parte integrante da abordagem sistémica, no caso da investigação sobre famílias involuntárias não podemos dizer o mesmo, sendo absolutamente necessária uma distinção clara entre famílias involuntárias e voluntárias. Foi com esse intuito que definimos critérios que articulando encaminhamento e desejo do cliente/família nos ajudassem a distinguir os dois tipos de casos. Neste sentido, as conclusões retiradas dos estudos levados a cabo reportam-se à análise de famílias contrastantes do ponto de vista do modo como chegam e se apresentam na terapia, deixando de fora as famílias em que essa distinção é menos clara e/ou mais ténue. Em termos de investigação futura parece-nos que o cruzamento de diferentes critérios que permitam articular a origem do pedido, o grau de concordância face ao mesmo, a

pressão percebida para estar na terapia e a motivação para a mudança são aspetos centrais na identificação dos clientes involuntários.

Tal como referido no enquadramento teórico (Capítulo I), e empiricamente comprovado nos estudos realizados no âmbito desta dissertação, uma das singularidades da intervenção com clientes involuntários prende-se com o desafio de co-construir uma aliança terapêutica com alguém que está na terapia sentindo-se pressionado, contrariado, ou obrigado (Honea-Boles & Griffin, 2001; Snyder & Anderson, 2009). No caso da terapia familiar, a complexidade inerente a este desafio aumenta, dadas as características desta modalidade de intervenção. Uma das especificidades prende-se com o facto de, muito frequentemente, coexistirem num mesmo sistema familiar diferentes posicionamentos e motivações face à terapia (Friedlander et al., 2006). A presença de mais do que um cliente na sessão, com diferentes níveis de desenvolvimento e distintos graus de motivação para estar na terapia são alguns dos elementos que tornam complexo o estabelecimento e a manutenção da aliança terapêutica nas terapias conjuntas (Escudero, Heatherington, & Friedlander, 2010). Nas terapias conjuntas as alianças desenvolvem-se simultaneamente a um nível individual (eu-terapeuta) e a um nível grupal (grupo/família-terapeuta), pelo que implica não só atender às alianças individuais entre os clientes e o terapeuta, como à aliança que os elementos da família estabelecem uns com os outros (Pinsof, 1994). Assim, para além de lidar com o desafio da involuntariedade de um (ou mais) dos elementos da família, o terapeuta deve ter ainda a capacidade de desenvolver uma boa aliança terapêutica com cada um dos indivíduos, em particular, e com a família, como um todo (Friedlander et al., 2006; Pinsof & Catherall, 1986; Rait, 2000; Sprenkle & Blow, 2004). Conforme discutiremos mais adiante, no caso das famílias involuntárias a aliança intrafamiliar (i.e., a aliança entre os elementos da família) parece ser um dos aspetos mais comprometidos no início do processo terapêutico.

Uma outra faceta relevante na intervenção terapêutica com famílias, em geral, e com famílias involuntárias, em particular, diz respeito ao grau de segurança e de conforto de cada elemento na terapia. Contrariamente ao que acontece na terapia individual, aquilo que é revelado pela família no espaço das sessões (segredos, conflitos, sentimentos) tem influência no espaço de casa e no dia-a-dia familiar. Quando os elementos da família percebem as implicações do que é dito nas sessões e sentem

que o que dizem pode ser usado contra si fora das mesmas, está em risco a confiança e a segurança do(s) cliente(s) no terapeuta e no espaço terapêutico (Friedlander et al., 2006). De um modo geral, a investigação tem demonstrado os desafios particulares da construção da aliança no caso da terapia familiar (e.g., Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011; Lambert, Skinner, & Friedlander, 2012; Pinsof, 2005; Robbins, Turner, Alexander, & Perez, 2003) e, de um modo particular, a complexificação desses desafios no início da terapia com famílias involuntárias (Relvas & Sotero, 2014; Sotero, Major, Escudero & Relvas, 2016a; Sotero & Relvas, 2012), tal como discutiremos em pormenor no próximo ponto desta discussão.

Em síntese, no contexto da terapia familiar, a relação e articulação entre a parte e o todo é fundamental não só para a compreensão sistémica das famílias involuntárias como da própria aliança terapêutica. Por um lado, por permitir compreender o que há de individual e o que há de global, prestando atenção a cada um dos elementos da família e à forma como o sistema familiar, como um todo, colabora na terapia; por outro, por ajudar a reconhecer a importância da interação e a influência recursiva entre clientes e terapeutas como um aspeto fundamental para a compreensão da aliança: “... uma relação é sempre um produto dum descrição dupla” (Bateson, 1979/1987, p. 120).

1.2. A Aliança Terapêutica “Forçada”. Características e Co-construção

Sendo o objetivo primordial desta dissertação contribuir para a compreensão do processo terapêutico com famílias involuntárias, especificamente no que se refere à construção e evolução da aliança terapêutica, centrar-nos-emos de seguida na discussão articulada dos principais resultados dos estudos 1, 2, 4 e 5. Em particular, analisaremos a aliança terapêutica numa perspetiva longitudinal (1ª e 4ª sessões do processo terapêutico), macroscópica (nomeadamente ao nível da sessão e do processo), tanto do ponto de vista dos clientes (Estudo 1) como dos terapeutas (Estudo 2), procurando integrar e relacionar os resultados parcelares de modo a descobrir o “padrão que liga” ou “meta-padrão” (Bateson, 1979/1987). As conclusões em torno da microanálise da aliança terapêutica (Estudos de Caso 4 e 5) serão também discutidas num subponto,

refletindo-se sobre o processo de interação momento-a-momento entre clientes e terapeutas, e em particular sobre o modo como os terapeutas respondem (ou não) às ameaças, “brechas” ou ruturas na aliança por parte dos clientes.

Do ponto de vista dos clientes, o primeiro estudo permitiu concluir, com base na comparação intergrupos, que os clientes involuntários e voluntários se diferenciam na 1ª sessão em todas as dimensões da aliança terapêutica. Em concreto, os clientes involuntários apresentam um menor Envolvimento no processo terapêutico, uma menor Conexão Emocional com o terapeuta e uma menor Segurança dentro do contexto terapêutico, quando comparados com os clientes voluntários. Também enquanto grupo apresentam um menor Sentimento de Partilha de Objetivos na família face à terapia (Sotero et al., 2016a). Estes resultados corroboram a literatura que aponta para a necessidade de prestar uma atenção especial à construção da aliança terapêutica com clientes que iniciam um processo terapêutico de modo involuntário (De Jong & Berg, 2001; Honea-Boles & Griffin, 2001; Miller, 2003; Snyder & Anderson, 2009). Os resultados obtidos suportam ainda, em certa medida, a ideia defendida por alguns autores de que estes clientes se revelam no início da terapia pouco colaborantes, menos disponíveis para o processo terapêutico e menos abertos à mudança (Miller & Rollnick, 2002; Rooney, 2009). Como é de certo modo previsível, quando uma família involuntária chega à terapia obter a sua cooperação pode ser particularmente desafiante (Snyder & Anderson, 2009).

Outro dado interessante acerca da primeira sessão com famílias involuntárias, é o facto de apenas terem sido observadas alianças terapêuticas negativas neste grupo de famílias, especificamente nas dimensões Segurança no espaço terapêutico e Sentimento de Partilha de Objetivos na família (Sotero et al., 2016a). Estes resultados acabam por sustentar a hipótese de Friedlander et al. (2006) de que a Segurança e a Partilha de Objetivos dentro da família são nas duas dimensões da aliança mais afetadas quando trabalhamos com famílias involuntárias. Nestes casos, a intervenção terapêutica surge, habitualmente, como consequência da identificação do comportamento “desviante” de um/ou mais elementos da família (paciente/s identificado/s). Assim, a própria definição do problema nesses moldes, tanto por parte dos profissionais, como por parte da família, acaba por minar a coesão familiar e o modo como os clientes se sentem (mais ou menos seguros) no contexto terapêutico (Friedlander et al., 2006).

Face a estas evidências, foi curioso descobrir, através do estudo 2, que os terapeutas procuram na 1ª sessão com famílias involuntárias promover de um modo mais evidente a aliança terapêutica, principalmente fomentando o e a unidade familiar face à terapia (Sotero, Cunha, Silva, & Escudero, & Relvas, 2016b). Este é um dado interessante porque, atendendo à menor força das alianças dos clientes involuntários na primeira sessão, pode pensar-se que, provavelmente, os terapeutas foram de certo modo capazes de reconhecer a necessidade de contribuírem mais intensamente para as alianças deste grupo de clientes no início da terapia (Sotero et al., 2016b). No figura 1 observamos um conjunto de gráficos que pretendem ilustrar esta interação entre os comportamentos dos clientes e dos terapeutas no processo de co-construção da aliança. Conforme é possível verificar, à exceção da dimensão Segurança, os contributos dos terapeutas na 1ª sessão no sentido de promoverem a aliança são tanto mais evidentes, quanto menor é a força da aliança manifestada pelos clientes. Esta constatação acaba por não corroborar a hipótese dos “terapeutas involuntários” (Rooney, 2009; Miller, 2003), no sentido em que estes podem ser tão “resistentes” quanto os clientes. Embora se reconheça que a resistência pode ser fruto de problemas na interação cliente-terapeuta, no nosso estudo, pelo contrário, os terapeutas parecem ter sido competentes para reconhecer problemas na aliança e, estabelecendo padrões diferenciados de comportamentos para lhe responder, foram capazes de reforçar as suas contribuições para o estabelecimento de boas alianças terapêuticas. De certo modo, cremos que os terapeutas procuraram desenvolver com estas famílias um “envolvimento assertivo” (Sprenkle, Davis, & Blow, 2009, p. 104), ou seja, um conjunto de estratégias e esforços ativos levados a cabo com o intuito de desenvolver a colaboração de famílias pouco comprometidas com o processo terapêutico.

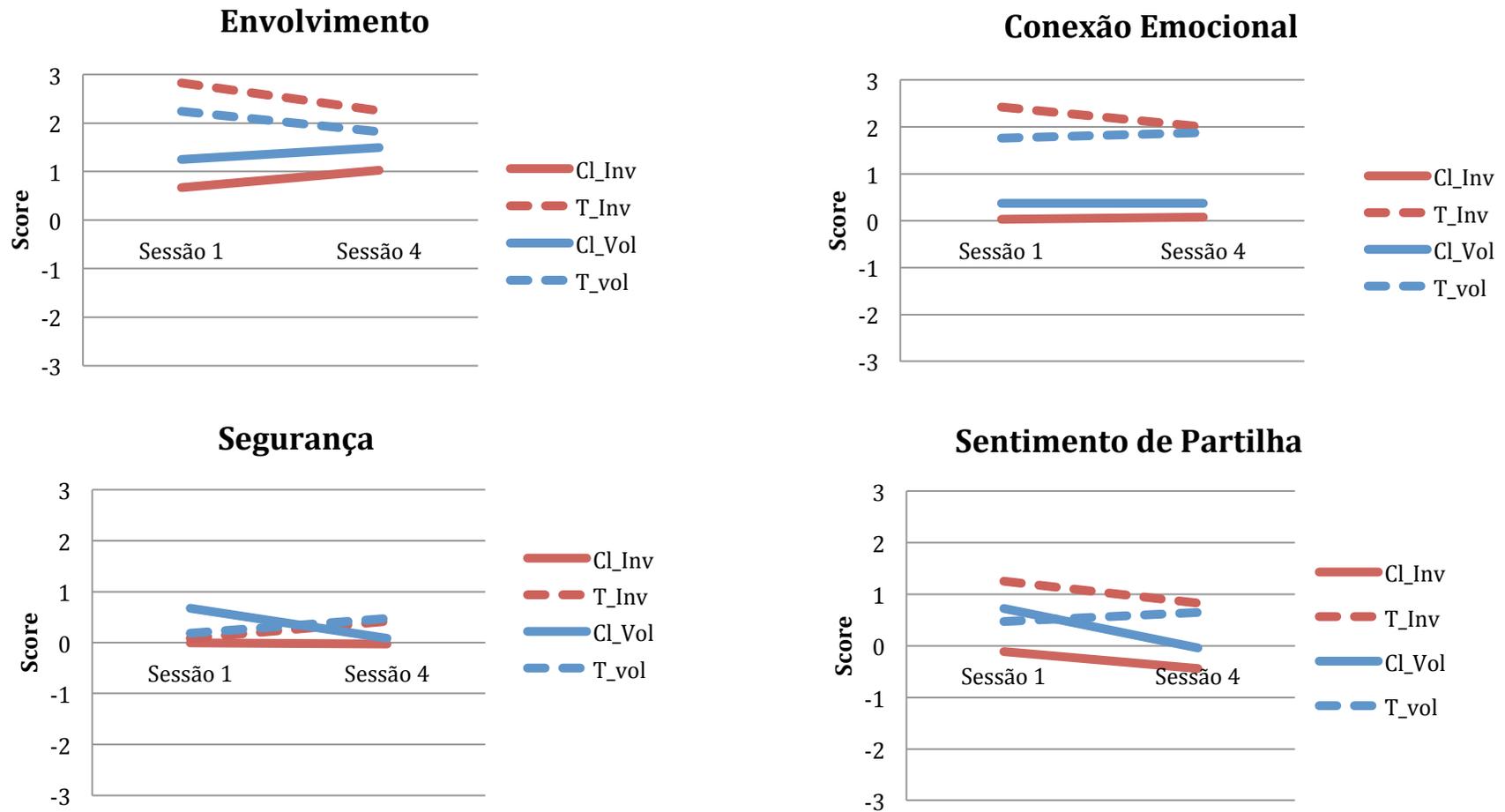


Figure 1. Interação entre clientes e terapeutas no processo de co-construção da aliança.

Este “dança” entre os comportamentos dos clientes e terapeutas, em torno da aliança, mostra de certa forma como os terapeutas procuraram responder de um modo distinto às diferentes necessidades, condições e características dos clientes, corroborando a expressão “*different strokes for different folks*” (Norcross, 2010, p.126) acerca do processo de construção da aliança. Esta compreensão do processo terapêutico assenta ainda na convicção que, embora clientes motivados e disponíveis para a mudança sejam aspetos importantes no processo terapêutico e nos seus resultados, aquilo que os terapeutas fazem (ou não) na terapia tem também um impacto relevante na maneira como os clientes colaboram (ou não) na intervenção (Sprenkle et al., 2009). Nesta lógica, recai sobre os terapeutas a responsabilidade de encontrarem uma forma de promover a participação e colaboração dos clientes involuntários. A designação de aliança terapêutica “forçada”, com a qual intitulámos este ponto, refere-se justamente ao facto de o início da relação terapêutica com clientes involuntários e, conseqüentemente, de formação da aliança terapêutica, não fluir “naturalmente”, pois o encontro terapeutas-clientes não decorre *a priori* da junção das suas vontades. Assim, cabe ao terapeuta “forçar” o desenvolvimento da aliança no contexto terapêutico, promovendo acordos e trabalho conjunto com os clientes de forma a instigar a sua colaboração na terapia. No contexto da terapia individual, métodos como a entrevista motivacional (Miller & Rollnick, 2003), por exemplo, foram propostos, em parte, para permitir o desenvolvimento da aliança terapêutica quando os clientes começam a terapia pouco motivados e/ou não reconhecem que têm um problema (e.g., Haaga, McCrady, & Lebow, 2006). No contexto da terapia familiar, a Terapia Centrada nas Soluções (De Jong & Berg, 2001; Tohn & Oshlag, 1996), a Terapia Multissistémica (Tuerk, McCart, & Henggeler, 2012) e a Terapia Familiar Funcional (Sexton & Alexander, 2003) são apontadas como “boas práticas” na intervenção com clientes involuntários. Destes diferentes modelos de intervenção sobressai o facto de a maior parte das estratégias e pressupostos serem transversais a estes (e até a outros) modelos teóricos. Designadamente, todos consideram, de uma maneira ou de outra, que a motivação é fulcral e que a dimensão relacional é essencial para a motivação, propondo a construção de uma relação entre terapeutas e clientes em que todos são ouvidos e respeitados, se procura validar os diferentes pontos de vista, se reenquadra o problema como algo

que diz respeito à família e não apenas a um ou alguns dos seus elementos, ou à instituição encaminhadora, e assim se “dribla” a resistência/oposição à intervenção.

A análise da 4ª sessão veio revelar que, com exceção da dimensão Envolvimento, as diferenças na aliança entre clientes involuntários e voluntários dissipam-se. Os involuntários continuam a apresentar nessa sessão um menor Envolvimento no processo terapêutico, quando comparados com os voluntários. Não obstante, tal como discutiremos mais adiante, o Envolvimento foi a única dimensão da aliança em que se verificou uma evolução positiva da 1ª sessão para a 4ª sessão. Com o decorrer do processo terapêutico é então de sublinhar o desaparecimento da maior parte das diferenças na aliança entre os dois grupos de clientes, incluindo nas duas dimensões da aliança teoricamente e agora também empiricamente apontadas como as mais problemáticas (Segurança e Partilha de Objetivos). Em nosso entender, este resultado é interessante na medida em que alerta para as semelhanças do processo de co-construção da aliança entre os dois grupos numa fase intermédia da terapia (Sotero et al., 2016a). Para além disso, confirma ainda, indiretamente, a necessidade de prestar no início da terapia uma atenção especial à construção da aliança com clientes involuntários (De Jong & Berg, 2001; Honea-Boles & Griffin, 2001; Miller, 2003; Snyder & Anderson, 2009). Estes resultados parecem assim indicar que o processo terapêutico promove alguma convergência entre famílias involuntárias e voluntárias no que se refere à aliança.

Relativamente aos contributos dos terapeutas para a aliança na 4ª sessão, os resultados vão exatamente no mesmo sentido (cf. Figura 1). Ou seja, as diferenças iniciais na intensidade dos seus comportamentos com vista à promoção da aliança (no Envolvimento e na Partilha de Objetivos) com clientes involuntários não se verificam numa fase intermédia do processo terapêutico. Na 4ª sessão os terapeutas intervêm de modo semelhante no sentido de desenvolver a aliança com famílias involuntárias e voluntárias. Estes dados parecem mais uma vez apontar para a recursividade e interação dos comportamentos entre clientes e terapeutas na co-construção da aliança terapêutica (Norcross, 2010; Sprenkle et al., 2009) e, indiretamente, para o papel do terapeuta na gestão da aliança, com base nas manifestações dos clientes. É neste sentido que entendemos as ações dos terapeutas, apesar de reguladas pelos objetivos da terapia,

como um “produto da sua relação com o cliente família” (Minuchin & Fishman, 1981, p. 3).

Foi nas dimensões Envolvimento e Conexão Emocional que os terapeutas apresentaram mais contributos, em ambos os grupos e em ambas as sessões analisadas. Assim, nesta amostra de terapeutas, as estratégias preferenciais no sentido de fomentar a aliança terapêutica destinam-se à promoção do Envolvimento (e.g., explicando como funciona a terapia, incentivando a definição de metas, perguntando acerca do que querem falar na sessão) e ao estabelecimento de uma boa Conexão Emocional com os clientes (e.g., expressando confiança nas competências dos clientes, utilizando o sentido de humor, recorrendo à autorrevelação) (Friedlander et al., 2006). Curiosamente estas são precisamente as dimensões da aliança comuns às terapias individuais e conjuntas, decorrentes da própria definição tripartida da aliança (*tasks, goals and bond*; Bordin, 1979). De notar que os contributos dos terapeutas avaliados com base no SOFTA-o, reportam-se a um conjunto de estratégias que transcendem qualquer modelo teórico específico (Friedlander et al., 2006). Neste sentido, referem-se a comportamentos genéricos que tipicamente ajudam a construir a aliança terapêutica no contexto das terapias conjuntas. Neste sentido, tal como outros autores, acreditamos que a competência-chave dos terapeutas reside mais em conseguir adaptar as estratégias de intervenção de modo a satisfazer as necessidades dos clientes, e em alterá-las no caso de os seus esforços não serem bem-sucedidos, do que na utilização de um ou de outro modelo teórico específico (Lebow, 2006; Pinsof, 2005; Sprenkle et al., 2009).

Uma questão importante que tentámos esclarecer com estes estudos, prende-se com o desenvolvimento e a mudança na aliança no decurso da terapia familiar. Neste sentido, do ponto de vista dos clientes, observou-se um aumento no Envolvimento e, inversamente, um decréscimo na Segurança e Partilha de Objetivos da sessão 1 para a sessão 4. A Conexão Emocional foi, por sua vez, a única dimensão da aliança que se manteve estável entre as duas sessões. Corroborando uma investigação anterior (Friedlander et al., 2006), a construção da Conexão Emocional parece evidenciar-se neste estudo como um processo contínuo ao longo da terapia. Por definição as quatro dimensões da aliança estão interrelacionadas, embora cada uma delas ofereça informação específica e não redundante acerca da força da aliança terapêutica (Friedlander et al., 2006; Sotero & Relvas, 2014a). De lembrar que o Envolvimento e

a Conexão Emocional se reportam à interação entre cliente e terapeuta, a Segurança refere-se às interações dentro do sistema terapêutico (terapeuta + família) e, finalmente, o Sentimento de Partilha reflete as interações entre os elementos da família. Conforme apontado na literatura, nas terapias conjuntas a aliança terapêutica varia entre os diferentes elementos de um modo complexo (Rait, 2000; Sprenkle et al., 2009). De acordo com Pinsof (1995, 2005), a aliança dentro do sistema terapêutico como um todo difere frequentemente das alianças individuais dos clientes com o terapeuta. De acordo com os nossos resultados, é de facto possível um cliente revelar-se envolvido nas tarefas e objetivos propostos pelo terapeuta e, simultaneamente, manifestar pouca ligação e coesão com os restantes elementos da família. No contexto da terapia familiar a aliança deve assim ser considerada a partir de uma visão sistémica, isto é, dependente não apenas da relação entre os clientes e o terapeuta mas também das inter-relações entre os próprios clientes (Falloon, 1991). De certo modo, estes resultados confirmem a necessidade de considerar as alianças dentro da própria família (à margem do terapeuta) como uma parte fundamental para compreender a aliança na terapia familiar (Knobloch-Fedders, Pinsof & Mann, 2004).

Em termos lineares podíamos prever que, ao longo do processo, entre sessões, os clientes se fossem sentindo progressivamente mais seguros dentro do espaço terapêutico e mais unidos no seio da família no que concerne aos propósitos da terapia. Contudo, a investigação tem revelado que a aliança não é um processo uniforme, constante, mas antes descontínuo (Escudero, Friedlander, Varela & Abascal, 2008; Higham, Friedlander, Escudero, & Diamond, 2012). De facto, quando os clientes se sentem seguros e envolvidos no contexto da terapia podem começar a arriscar nas informações que partilham e/ou nas mudanças que levam a cabo, o que, conseqüentemente, pode originar abalos em termos da segurança e da unidade familiar sentidas anteriormente. Esta é apenas uma possível hipótese explicativa na tentativa de compreender os padrões de evolução da aliança entre as duas sessões. De um modo geral, a vulnerabilidade é essencial à mudança terapêutica, pelo que, no decorrer das intervenções, é natural que haja momentos de maior e menor segurança, que permitirão efetivamente a ocorrência de modificações na vida das pessoas e das famílias (Friedlander et al., 2006). Neste sentido, a terapia pode envolver oscilações aparentemente contraditórias mas que fazem parte do processo de mudança (Sotero et

a., 2006a). Para além disso, tanto a aliança intrafamiliar como o nível de segurança dos elementos da família dependem de muitos fatores relativos ao próprio sistema familiar (por exemplo, conflitos, tensões, intimidação), independentemente da intervenção terapêutica e dos comportamentos do terapeuta. A este propósito há dados da investigação que mostram que os clientes mudam drasticamente o grau segurança dependendo dos elementos da família que participam na sessão (Beck, Friedlander, & Escudero, 2006).

Também no domínio da terapia individual há evidência empírica da natureza flutuante da aliança terapêutica ao longo do processo terapêutico (Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006). Por exemplo, a existência de um período de decréscimo seguido de um aumento da aliança (padrão de desenvolvimento quadrático ou em U), ou a existência de episódios isolados de deterioração seguidos de novo aumento (sequências em V), são até preditores de bons resultados terapêuticos (e.g., Stevens, Muran, Safran, Gorman, & Winston, 2007; Stiles et al., 2003; Strauss et al., 2006; citados por Coutinho & Ribeiro, 2009, p. 127). Este padrão de resultados parece então refletir a expressão “*things have to get worse before they get better*” (Castonguay et al., 2006, p. 275).

No que se refere aos terapeutas, e à evolução dos seus contributos para a aliança entre as duas sessões analisadas, constatou-se apenas uma diminuição significativa das suas intervenções com vista a promover o Envolvimento dos clientes. Mais uma vez, estes dados parecem apontar no sentido da complementaridade e recursividade entre clientes e terapeutas no processo de co-construção da aliança terapêutica: os clientes aumentaram significativamente o Envolvimento da 1^a para a 4^a sessão e, inversamente, os terapeutas diminuíram significativamente os contributos nessa dimensão de uma sessão para a outra (cf. Figura 1).

A quase inexistência de comportamentos dos terapeutas no sentido de fomentar a Segurança dos clientes no contexto terapêutico foi um resultado inesperado. A análise dos descritores comportamentais permitiu ainda perceber que a Segurança foi a única dimensão em que se registaram contributos negativos por parte dos terapeutas, nomeadamente ao nível do descritor: “o terapeuta permite que o conflito familiar entre em escalada até ao abuso verbal, ameaças ou intimidação”. Este resultado evidencia, de algum modo, que a gestão do conflito e da hostilidade intrafamiliar parece ser uma das

áreas que, provavelmente, mais dificuldade coloca aos terapeutas (Relvas & Sotero, 2014). Para os autores do SOFTA lidar com a hostilidade intrafamiliar é precisamente o aspecto mais crítico da promoção de segurança, sublinhado a necessidade de os terapeutas precisarem de ser capazes de controlar as manifestações de hostilidade, culpa e desprezo entre os membros da família (Friedlander et al., 2006a).

Em síntese, apesar das dificuldades iniciais na relação com clientes involuntários, os terapeutas familiares podem e devem procurar estabelecer e fomentar boas alianças terapêuticas, o que provavelmente não é proporcionado por um “mecanismo perfeito” ou “fórmula milagrosa”, mas pelo “encaixe” entre os comportamentos de clientes e terapeutas (Horvath & Luborsky, 1993). É neste sentido que, tal como outros psicoterapeutas e investigadores (e.g., Norcross, 2010; Spunkle et al., 2009), acreditamos que os “bons” terapeutas são sensíveis às diferentes necessidades dos clientes, oferecendo diversos níveis de relacionamento em casos distintos e num mesmo caso em diferentes momentos.

1.2.1. Microanálise da Aliança Terapêutica

O nível de análise em que nos situamos neste subponto da discussão é bastante distinto daquele que tem sido objeto de análise até agora. Conforme referimos, os estudos de caso 4 e 5 adotam uma perspetiva microscópica analisando momento-a-momento o processo de interação entre clientes e terapeutas e focando, em particular, os contributos dos terapeutas face às manifestações negativas dos clientes na aliança. O facto de os comportamentos negativos representarem uma perda (mais ou menos marcada) na colaboração entre clientes e terapeutas, e dentro da própria família, fez com que se constituíssem um tópico de interesse na investigação do processo terapêutico com famílias involuntárias. De certo modo, é esperável que esses processos, pelas suas características, se apresentem como especialmente vulneráveis a dificuldades e quebras na aliança (Honea-Boles & Griffins, 2001; Snyder & Anderson, 2009; Sotero et al., 2016a).

O Estudo 4, com a comparação de dois casos clínicos (involuntário e voluntário), em que esteve envolvida a mesma equipa de coterapeutas, permitiu

constatar: 1) uma maior frequência de descritores negativos no caso involuntário, sobretudo localizados na sessão 4 e ao nível da Segurança e Partilha de Objetivos, e 2) um maior número de intervenções positivas por parte dos terapeutas no caso involuntário, especialmente na sessão 4 e no sentido de promover o Envolvimento e a Conexão Emocional. Estas observações são bastante consonantes com os resultados obtidos nos estudos quantitativos sobre os clientes e terapeutas. Estes resultados ajudam-nos ainda a perceber que, provavelmente, os valores mais baixos na Segurança e no Sentimento de Partilha podem ficar a dever-se não só à menor frequência de comportamentos positivos por parte dos clientes, mas também porque a maior parte das ameaças e quebras na aliança ocorrem precisamente ao nível dessas duas dimensões. Apesar de estes resultados não serem generalizáveis, dada a natureza qualitativa do estudo, esta leitura complementar dos dados permitiu-nos enriquecer as nossas hipóteses e revelar novos aspectos sobre a aliança terapêutica.

Para além disso, as observações feitas (re)confirmam o facto da segurança no contexto terapêutico e da aliança intrafamiliar serem dimensões particularmente problemáticas quando trabalhamos com famílias (in)voluntárias (Friedlander et al., 2006; Sotero et al., 2016a). Tal como se verificou, mais uma vez, que os terapeutas privilegiaram as estratégias que promovem o Envolvimento e a Conexão Emocional, ao mesmo tempo que as intervenções ao nível da Segurança são praticamente inexistentes. Um dado ainda mais interessante se tivermos em consideração que em ambas as famílias, tanto na primeira como na quarta sessão, a maior parte das dificuldades na aliança são ao nível da Segurança. Por alguma razão, acerca da qual apenas podemos especular (e.g., dificuldades pessoais, relutância, falta de treino e/ou formação, influência do modelo teórico, etc.), os terapeutas parecem não se servir de estratégias de intervenção que promovam a Segurança dos clientes no contexto da terapia familiar. Em termos de futuro esta pode ser uma área interessante de investigação a explorar. Friedlander, Heatherington e Marrs (2000) realizaram um estudo em que analisaram 7 sessões terapêuticas conduzidas por proeminentes construcionistas (e.g., Harlene Anderson, Carlos Sluzki, Steve de Shazer) e concluíram que das 17 estratégias mais usadas para lidar com as acusações intrafamiliares a mais comum foi ignorar diretamente esse tipo de comportamento (por exemplo, focando-se em algo positivo ou destacando informação neutra). Numa perspetiva construcionista, a culpabilização pode

ser reconhecida pelo terapeuta mas não deve ser confrontada ou desaconselhada (Friedlander et al., 2000). Neste sentido, para além dos resultados obtidos terem de ser compreendidos à luz do modelo teórico adotado (Terapia da Curiosidade; Relvas, 2003), há ainda que reconhecer que o SOFTA não contempla o universo dos comportamentos usados pelos terapeutas para incrementar a aliança.

A análise da interação entre clientes e terapeutas revelou diferenças na forma como a mesma equipa de coterapeutas responde às manifestações negativas de ambas as famílias, principalmente ao nível da contiguidade e da variedade das suas contribuições para a aliança. No caso da família involuntária as contribuições dos terapeutas para a aliança foram mais imediatas às manifestações negativas dos clientes e mais diversificadas em termos das dimensões. Apesar desta constatação, parece haver um equilíbrio (cf. Quadro 1 e 2 no Capítulo III) entre a frequência de manifestações negativas dos clientes, no sentido da deterioração da aliança, e o número de contribuições dos terapeutas no sentido de a fortalecer. Face a esta evidência pode hipotetizar-se que, perante os comportamentos negativos dos clientes, os terapeutas foram capazes de detetar essas quebras na aliança e responder balanceadamente no sentido do (re)estabelecimento da colaboração. Mais uma vez ressalta deste padrão de resultados o “encaixe” entre os comportamentos de clientes e terapeutas.

Os resultados principais do estudo de caso de uma família involuntária, com o objetivo de aprofundar a análise dos momentos de rutura e reparação na aliança, testando para o efeito uma proposta de conceptualização de marcadores de rutura e reparação a partir do SOFTA-o (Escudero, Loots & Friedlander, 2012), estão sistematizados no quadro que se segue. Dada a natureza involuntária do processo terapêutico, a elevada frequência de ruturas na 1ª sessão parece ser um resultado expectável. Conforme verificámos no Estudo 1, é comum as famílias involuntárias iniciarem o processo terapêutico com visões distintas sobre qual é o problema, desvalorizarem a opinião uns dos outros a esse respeito e discordarem entre si acerca da utilidade da terapia (Sotero et al., 2016a). O clima de conflito intrafamiliar nos clientes que chegam à terapia, sobretudo de forma involuntária, ajuda-nos a compreender o padrão elevado de interações familiares problemáticas na Família Pimenta, nomeadamente nos primeiros 20/30 minutos da primeira sessão.

Quadro 1.

Síntese dos resultados principais do Estudo 5

Marcadores	
Rutura	<ul style="list-style-type: none">• Das 9 sessões do processo terapêutico, apenas se registaram em 3 (sessões 1, 4 e 2º <i>follow-up</i>), localizados sobretudo nas sessões 1 e 4 (dos 28 marcadores de rutura, 24 observaram-se nessas duas sessões);• As interações familiares problemáticas foram o marcador de rutura mais frequente;• Os comportamentos de confronto registaram-se apenas no Envolvimento e na 4ª sessão;• Todos os comportamentos de afastamento se registaram ao nível da Conexão Emocional, à exceção de um;• Apenas se identificou uma aliança cindida.
Reparação	<ul style="list-style-type: none">• Registaram-se sempre descritores positivos em termos da Partilha de Objetivos na família, após as interações familiares problemáticas;• Foi identificada uma discussão direta sobre as ruturas na 4ª sessão;• Houve uma diminuição sistemática da frequência de marcadores de rutura ao longo das sessões e do processo terapêutico.

A esse respeito importa perceber que há três aspetos interrelacionados na aliança intrafamiliar: os membros da família (1) estão de acordo sobre o/s problema/s e as metas para a terapia, (2) sentem-se ligados uns aos outros a lidar com as suas preocupações (“um sentimento de união”/ “de estamos juntos nisto”), e (3) veem a terapia conjunta como útil (Lambert et al., 2012). Assim, o desacordo no seio da família em qualquer um destes aspetos pode contribuir para o marcador de rutura relativo às interações familiares problemáticas. Por exemplo, no início da primeira sessão, Vanessa desvaloriza a opinião da mãe através de expressões como “Na minha opinião, nós não estamos afastados, é só na cabeça dela” (00:02:55), emergindo assim o desacordo face à definição do problema. A divergência na família sobre o valor da terapia ficou também expressa quando Vanessa refere que não necessitam de “um sítio para falar em família se podem falar em casa” (00:20:22), depois de a mãe ter afirmado que acredita que o espaço terapêutico lhes poderá ser útil.

Contrariamente ao que seria de esperar, com base na investigação que aponta

para uma elevada frequência de alianças cindidas no caso das terapias conjuntas (e.g., Beck et al., 2006; Escudero et al., 2012; Knobloch-Fedders et al., 2004), apenas foi registada uma aliança cindida em todo o processo terapêutico. Uma das possíveis explicações para este resultado prende-se com o facto de ter sido usado um instrumento observacional na deteção dos marcadores de rutura. Sobre este assunto, Muñiz de la Peña et al. (2009) verificou que não havia uma correspondência entre o número de alianças cindidas detetadas com a versão de autorrelato do SOFTA (SOFTA-s) e com a versão observacional do mesmo instrumento. A frequência de alianças cindidas identificadas com o SOFTA-s era superior. Os autores avançaram então com três explicações possíveis para essa divergência: 1) as diferenças metodológicas entre a avaliação da aliança através do autorrelato e da observação. Os clientes preenchem o questionário sobre a aliança considerando a sua experiência acumulada na relação com terapeuta, ao passo que os observadores apenas têm acesso aquilo ao que veem na sessão; 2) os itens avaliados nos dois instrumentos são distintos, apesar de se basearem nas mesmas definições operacionais. Enquanto os clientes reportam a sua impressão global acerca do terapeuta, na versão observacional apenas são reportados os descritores comportamentais evidentes. O que faz com que os sinais mais subtis de uma boa ou má Conexão Emocional com o terapeuta não sejam registados; 3) os sentimentos dos clientes acerca do terapeuta podem ser o resultado de processos implícitos/encobertos, os quais não são capturados através de um sistema de classificação comportamental. Ou seja, os laços emocionais não são sempre criados por meio de uma comunicação direta, mas sim através de algo mais complexo como a interação indireta – cada membro da família observa o terapeuta a interagir com todos os outros membros da família. Por exemplo, no caso de uma mãe que sente um “vínculo” com o terapeuta, não por causa de como o terapeuta se relaciona com ela, mas porque vê o terapeuta a mostrar apoio e preocupação com o seu filho (Muñiz de la Peña et al., 2009). Apesar destes argumentos, e do valor indiscutível dos instrumentos de autorresposta, particularmente na avaliação das perceções internas dos clientes, consideramos que o estudo dos processos de rutura através de instrumentos observacionais, capazes de captar a interação momento-a-momento entre os diferentes elementos do sistema terapêutico, são a única forma de tentarmos aceder à complexidade e recursividade imanente da relação terapêutica.

O estudo de caso mostrou que a 4ª sessão foi particularmente importante neste

processo terapêutico. De notar que a partir da 4ª sessão, marcada por um maior número de ruturas, mas também por vários marcadores de reparação, a família deixou de faltar e desmarcar as sessões. A nosso ver, esta constatação parece suportar o papel das ruturas enquanto catalisadores da mudança terapêutica (Coutinho & Ribeiro, 2009), momentos-chave do processo terapêutico (Safran, 1993), ou momentos de crise no sentido de representarem simultaneamente uma ocasião (de evolução, de mudança) e um risco (de impasse, de disfuncionamento) (Minuchin, 1974).

É nesse sentido que discutiremos com maior detalhe os comportamentos de confrontação e de reparação registados nesta sessão. Logo no início da sessão, quando se questiona a família sobre as razões que a levaram a faltar às três últimas marcações, a mãe “mostra indiferença acerca do processo de terapia”, referindo que deixou de estar motivada para estar presente nas sessões, desde que sente que o acompanhamento lhes é imposto. Vanessa, logo de seguida, apresenta também um comportamento de confrontação, dizendo: “Eu não quero ajuda! Quanto mais me tentam ajudar, pior fazem!”. O último marcador de confrontação nessa sessão foi protagonizado por Vanessa e é igualmente intenso e expressivo da sua insatisfação com a terapia: “Eu nunca achei que nem este espaço ou a CPCJ, nada disso, fizessem bem nenhum. Ia ou venho, porque sou quase obrigada, porque se não vier, tenho faltas. Eu não vejo grande importância nisto, (...) não vejo como é que me possam ajudar”. Através da análise do conteúdo dos momentos de confronto foi possível perceber que a família (protagonizada na voz da mãe e da filha mais velha) reconhece a terapia como um contexto coercivo, mais ou menos explícito (“sou quase obrigada”), como algo que lhe é imposto, a que não reconhece utilidade (“não vejo como me possam ajudar”, “não vejo grande importância nisto”) e do qual surgem consequências se recusar participar (“se não vier tenho faltas”). Considerando estes dados podemos pensar que os comportamentos de confrontação, ao nível do Envolvimento, parecem ser particularmente sensíveis à involuntariedade dos clientes, embora esta constatação não possa ser generalizável devido ao facto de nos basearmos num estudo de caso. Ainda assim, esta verificação pode ter “aberto a porta” a uma nova linha de investigação, no sentido de futuramente se procurar operacionalizar marcadores de rutura específicos da involuntariedade dos clientes na terapia. A discussão direta sobre a/s rutura/s identificada na sessão 4 consistiu na exploração dos motivos que levavam os elementos da família a não

acreditar na utilidade da terapia e na clarificação sobre o que podia ser feito no sentido de inverter essa situação. De um modo geral, os terapeutas procuraram facilitar a metacomunicação ajudando os clientes a manifestar aquilo que sentiam e a expressar o que precisavam no contexto da relação terapêutica, possibilitando ainda a (re)negociação dos objetivos terapêuticos. Num certo sentido, a forma como os terapeutas respondem à falta de colaboração dos clientes parece ser mais determinante na continuidade do processo do que a própria resistência dos clientes (Miller & Rollnick, 2001). A evidência de reparação das rupturas no caso desta família, com efeitos regeneradores, no processo e nos resultados, corrobora a investigação, tanto na psicoterapia individual (Norcross, 2002), como na psicoterapia conjunta (Pinsof, 2005; Sprenkle et al., 2009), acerca do efeito extremamente positivo que a sequência de rupturas e reparações pode ter na terapia.

Em síntese, a análise do processo de co-construção da aliança levada a cabo nos estudos 4 e 5, para além de corroborar os resultados dos estudos quantitativos, permitiu captar “*the ebb and flow of clinical interactions*” (Norcross, 2010, p. 135), contribuindo para o conhecimento de como os terapeutas familiares trabalham com as famílias (in)voluntárias e também para a (re)descoberta da importância dos processos de ruptura e reparação na aliança.

1.3. Clientes (In)Voluntários, Resultados e Aliança Terapêutica. (Inter)Conexões

Uma das grandes questões da investigação em psicoterapia relaciona-se com a eficácia da intervenção (“*Does it work?*”). Com respeito à terapia familiar (numa abordagem sistémica), desde há duas décadas que várias revisões e meta-análises têm estabelecido a eficácia desta modalidade terapêutica numa diversidade de problemas (e.g., Carr, 2014a, 2014b; Stratton et al., 2015). Não obstante, pouco ainda se sabe sobre o que contribui para a mudança terapêutica na terapia familiar (“*How it works?*”) (Heatherington, Friedlander, Diamond, Escudero, & Pinsof, 2015; Vilaça, 2015). Neste sentido, a eficácia da terapia e o processo de mudança são duas dimensões interrelacionadas às quais devemos continuar a prestar atenção na investigação do

processo terapêutico. Nomeadamente, procurando compreender como é que pequenos grupos de clientes, com determinadas características e em determinadas circunstâncias experienciam esse processo de mudança (Heatherington et al., 2015).

Foi com esse intuito que no âmbito desta investigação procurámos, por um lado, comparar os resultados terapêuticos dos clientes involuntários e voluntários e, por outro, perceber qual o efeito das dimensões da aliança observadas na sessão 1 e 4 nos resultados terapêuticos. Os resultados obtidos no Estudo 3 permitiram assim, numa primeira fase, concluir que não há diferenças estatisticamente significativas nos resultados terapêuticos das famílias involuntárias e voluntárias. Deste modo, podemos afirmar que, apesar das dificuldades iniciais no estabelecimento da aliança terapêutica (Sotero et al., 2016a), as famílias involuntárias podem (ou não) mudar, tanto quanto as voluntárias. Este resultado corrobora a investigação que tem demonstrado que a terapia com clientes involuntários pode ser tão eficaz quanto a terapia com voluntários numa diversidade de problemas (violência doméstica, consumo de substâncias, abuso de menores) (e.g. Burke & Gregoire, 2007; Miller & Flaherty, 2000; Snyder & Anderson, 2009).

A explicação para esta semelhança na eficácia da terapia pode então residir na relação entre a aliança terapêutica (mais propriamente em duas das suas dimensões) e os resultados terapêuticos, uma vez que o Estudo 3 permitiu ainda concluir que a Segurança e a Partilha de Objetivos na quarta sessão têm um efeito significativo nos resultados da terapia, não tendo sido encontrado um efeito diferencial na relação entre a Segurança e os resultados e a Partilha de Objetivos e os resultados, atendendo à condição inicial das famílias. Neste sentido, tanto a Segurança dos clientes no processo terapêutico como a Partilha de Objetivos dentro da família, numa fase intermédia da terapia, parecem ser relevantes na determinação dos resultados terapêuticos, contrariamente à condição inicial dos clientes como involuntários ou voluntários. Ou seja, um contexto terapêutico seguro, em que os clientes sentem que podem correr riscos, pode conduzir a melhores resultados terapêuticos. Assim como, um maior sentimento de união familiar face aos propósitos e valor da terapia pode afetar positivamente os resultados da terapia.

Face a estas conclusões, podemos afirmar que as primeiras quatro sessões com a família, e em particular o processo de co-construção da aliança nesse período, tornam-se

valiosas, uma vez que podem determinar a (maior ou menor) eficácia da intervenção. De algum modo, estes resultados corroboram a investigação que tem definido os períodos entre a 2ª e 4ª sessão (Horvath & Greenberg, 1989) ou entre a 3ª e 6ª sessão (Pinsof & Catherall, 1986) como a melhor opção para estudar a relação entre aliança e resultados. A relevância terapêutica da quarta sessão tem ainda sido expressa em diversos estudos acerca da mudança ao longo da terapia (e.g., Escudero et al., 2012; Lambert & Vermeersch, 2008; Vilaça & Relvas, 2015; Stratton et al., 2014). Recentemente, num estudo longitudinal sobre o processo terapêutico, focado na ligação entre a aliança e os resultados da terapia (Xu & Tracey, 2015), os autores observaram que a partir da terceira sessão se inicia a presença de um padrão de influência mútua entre as duas variáveis.

Na literatura há alguns estudos que apontam para a existência de uma relação entre a segurança e a aliança intrafamiliar. Designadamente, (a) o estudo de Friedlander, Lambert, e Muñiz de la Peña (2008) que refere que a aliança intrafamiliar medeia a relação entre a segurança e os resultados terapêuticos, (b) os estudos que defendem que a aliança intrafamiliar deve ser considerada um factor do processo terapêutico que aumenta ao longo do tempo e que é subsequente à criação de um contexto terapêutico seguro (Escudero et al., 2008; Montesano, Feixas, Muñoz, & Compañ, 2014), e (c) o estudo de Beck et al. (2008) que encontrou níveis de segurança mais deteriorados nas famílias em que o sentimento de partilha de objetivos era mais pobre.

A constatação de que estas duas dimensões são especialmente importantes na determinação dos resultados terapêuticos não deve ficar alheia ao facto de terem sido justamente estas as duas dimensões para as quais os terapeutas familiares menos contribuiriam nos casos analisados (Sotero et al., 2016b; Relvas & Sotero, 2014). Mais à frente, partindo desta constatação, serão discutidas algumas implicações ao nível da formação e treino dos terapeutas familiares (cf. 1.4. *Implicações para a Prática Clínica, Formação e Treino dos Terapeutas*) a este propósito. De qualquer modo, importa frisar que os terapeutas familiares devem prestar uma especial atenção ao desenvolvimento de um contexto terapêutico seguro e à promoção de um forte sentimento de partilha dentro da família acerca dos objetivos e valor da terapia. Para além de ser um “mestre na arte de conversar” (Anderson & Goolishian, 1988, p. 384), o terapeuta deve ser também um *mestre na arte de se relacionar*, com cada um dos clientes e com a família como um

todo. Os resultados obtidos são concordantes com as conclusões de uma meta-análise recente que mostrou a existência de uma associação entre a aliança terapêutica, independentemente de ser avaliada por observadores externos ou pelos próprios clientes, e os resultados da terapia familiar (Friedlander et al., 2011). Este estudo destacou ainda a importância de três fenômenos relacionados com a aliança terapêutica nas terapias conjuntas, designadamente: 1) a frequência das alianças cindidas, 2) a relevância de assegurar a Segurança e 3) a necessidade de promover um forte Sentimento de Partilha dentro da família acerca do propósito e valor da terapia conjunta (Friedlander et al., 2011). Apesar de os nossos estudos não terem corroborado que as alianças cindidas são frequentes em terapia familiar, aspeto este que já foi discutido anteriormente, a importância da segurança e da união familiar face à terapia nos resultados terapêuticos foi (re)confirmada no estudo 3.

Os resultados alcançados corroboram de algum modo aquilo a que Flaska (1989) designou de aliança “*de-centered*” nas terapias conjuntas. Ou seja, contrariamente ao que acontece na terapia individual, em que a aliança é centrada na relação cliente-terapeuta, na terapia familiar a aliança é descentrada, uma vez que é mais relevante a aliança entre os elementos da família do que a aliança entre cliente e terapeuta. Consequentemente, parece cada vez fazer mais sentido falar de *alianças* e não de aliança (no sentido de única e global) nas terapias conjuntas, enfatizando assim a multiplicidade e complexidade de níveis a que nos referimos.

Em síntese, a aliança terapêutica ocupa um lugar de destaque na investigação e na prática da psicoterapia. Apesar de ter demorado a “entrar” no discurso da terapia de casal e familiar, é hoje em dia um elemento crucial na área, à semelhança do que acontece no domínio da terapia individual (Sprenkle et al., 2009). Contudo, a aliança terapêutica na terapia familiar é bastante mais complexa e o seu papel como mediadora, moderadora ou como resultado constituirá certamente o mote para a investigação futura na área da psicoterapia (Barber, Khalsa, & Sharpless, 2010; Heatherington et al., 2015; Kazdin, 2007).

2. Implicações para a Prática Clínica, Formação e Treino dos Terapeutas

Os diversos estudos desenvolvidos no contexto da presente investigação procuram contribuir para a aproximação entre a prática clínica e a investigação do processo terapêutico, sobretudo na terapia familiar com clientes involuntários. Acreditamos que as conclusões decorrentes dos estudos aqui apresentados têm implicações clínicas evidentes, quer ao nível da terapia familiar com clientes involuntários em particular, quer na intervenção terapêutica com famílias em geral. De seguida, descrevem-se aquelas que consideramos serem as principais implicações clínicas que decorrem dos resultados anteriormente discutidos.

- O facto de esta investigação ter revelado que os clientes involuntários, quer enquanto grupo quer individualmente, manifestam tendencialmente menos comportamentos pró-aliança num primeiro contacto (i.e., na 1ª sessão) permite aos terapeutas, de algum modo, poderem antecipar no início da terapia dificuldades no estabelecimento da aliança terapêutica, aceitando assim as atitudes iniciais pouco colaborativas dos clientes como expectáveis e comuns, atendendo ao contexto do pedido e da própria intervenção. Apesar de o contexto terapêutico poder ser inicialmente contaminado pelo conflito, pelas emoções negativas e acusações parece essencial que os terapeutas sejam capazes de desenvolver estratégias e competências que lhes permitam gerir as dificuldades de forma eficaz.
- Para além de aceitarem as posturas iniciais negativas dos clientes, entendendo-as como uma fase esperável na maioria dos casos, os terapeutas devem: 1) evitar intervenções que possam aumentar a pressão de uma família que se sente obrigada e contrariada a estar na terapia. Por exemplo, avançando demasiado rápido para a definição de objetivos, ou tentando convencer os clientes sobre a necessidade e/ou vantagens da terapia; 2) mostrar-se compreensivos com as emoções negativas perante a terapia e/ou os profissionais, aceitando essas reações como fazendo parte do trabalho; 3) evitar culpabilizar os clientes pela falta de

colaboração ou fazerem interpretações precipitadas sobre o caso (e.g., “o que sei sobre terapia familiar não é suficiente para ajudar esta família”, “esta família está muito perturbada”, “a família não está suficientemente motivada para a terapia”, etc.); 4) transmitir interesse e curiosidade sobre o contexto que deu origem ao pedido de terapia, explorando os pontos de vista dos diferentes elementos da família sobre o pedido e a referência do caso, procurando clarificar o que cada um pensa e sente acerca da atual situação; 5) perceber junto da família os eventuais fatores que podem estar a influenciar a atitude inicial das famílias involuntárias. Neste sentido, cremos que a falta de colaboração e/ou a recusa em aceitar o apoio oferecido pelos profissionais podem derivar do próprio conflito intrafamiliar e/ou da desconfiança nos serviços (e nos profissionais) gerada, por vezes, a partir das experiências de acompanhamentos anteriores (Friedlander et al., 2006; Imber-Black, 1988). No caso do conflito intrafamiliar é importante os terapeutas assegurem um contexto terapêutico onde todos sintam que podem partilhar as suas opiniões e que as diferentes perspetivas e sentimentos serão respeitados. A possibilidade de ouvir separadamente os elementos da família numa fase inicial pode ser uma alternativa quando o nível de conflito é muito exacerbado (Friedlander et al., 2006). Quando a desconfiança dos clientes nos serviços e profissionais é evidente, os terapeutas devem fazer um esforço genuíno para compreenderem a “origem” dessa desconfiança. De facto, quando a família tem uma relação tensa com a entidade encaminhadora é frequente os clientes “olharem” para os terapeutas como uma extensão dessa entidade. Sintetizando, de modo a criar uma aliança terapêutica com clientes relutantes, os terapeutas devem ter como prioridade compreender o ponto de vista dos diferentes elementos da família sobre a terapia e explorar a sua experiência prévia na relação com outros serviços e contextos institucionais. Da nossa experiência, os clientes geralmente acabam por responder positivamente quando os terapeutas adotam uma atitude compreensiva acerca das razões da desconfiança dos clientes.

- A complementaridade entre os resultados do estudo focado nos clientes e o estudo centrado nos terapeutas, aponta para a recursividade entre os comportamentos dos clientes e terapeutas na co-construção da aliança e, indiretamente, para o impacto do papel do terapeuta na gestão da aliança a partir dos comportamentos dos clientes. Deste modo, o ajustamento dos contributos dos terapeutas aos comportamentos dos clientes parece constituir-se como uma das tarefas primordiais do processo terapêutico. Tal como Sprenkle et al. (2009), consideramos que a arte da terapia reside essencialmente em compreender e em lidar com as diferenças dos clientes. O que funciona para estabelecer uma boa aliança com um conjunto de clientes pode diferir substancialmente do que funciona com outros.
- Os terapeutas devem promover a segurança dos clientes no contexto terapêutico, não só com famílias involuntárias como voluntárias, ao longo da terapia. Esta foi a dimensão da aliança para a qual os terapeutas menos contribuíram, manifestando inclusivamente dificuldades em gerir a hostilidade e o conflito intrafamiliar. Este dado é particularmente relevante se tivermos em conta, por um lado, que a segurança dos clientes na 4ª sessão parece ter um efeito nos resultados da terapia e, por outro, que houve uma diminuição da segurança dos clientes da 1ª para a 4ª sessão em ambos os grupos. De acordo com os nossos resultados, o desenvolvimento de um ambiente seguro é de primordial importância. Segundo os autores do SOFTA (Friedlander et al., 2006), o incremento de segurança no contexto terapêutico depende em larga medida do nível de conforto dos terapeutas. Ou seja, é essencial que o próprio terapeuta se sinta seguro no espaço terapêutico à medida que a terapia decorre. Contudo, há várias razões que podem comprometer a segurança dos terapeutas, nomeadamente: a falta de treino e/ou de experiência clínica com casos difíceis, características pessoais do terapeuta, interferência de uma crise pessoal, medo da crítica de um supervisor ou de outros profissionais envolvidos no caso (Friedlander et al., 2006). Neste sentido, consideramos que a formação, o treino e a supervisão podem

ajudar os terapeutas a tornarem-se mais conscientes desses problemas, tal como a desenvolver competências que lhes permitam detetar precocemente aos sinais de insegurança dos clientes e a lidar com essas ameaças. Os esclarecimentos dos terapeutas sobre os procedimentos, a confidencialidade, a razão de utilização das gravações e dos registos escritos não devem ser descurados. No caso particular das famílias involuntárias, parece-nos fundamental que os terapeutas sejam muito claros com os clientes acerca do tipo de relação que estabelecem (ou não) com a entidade referenciadora, nomeadamente esclarecendo o tipo de contactos que mantém e quais as informações que são partilhadas com essa entidade. De notar que deve ser partilhada apenas a informação considerada útil em função da compreensão do caso e dos objetivos definidos. Para além disso, a capacidade dos terapeutas para controlarem e gerirem os conflitos, as ameaças e as intimidações no seio da família são extremamente importantes para o estabelecimento de um contexto terapêutico seguro. A este propósito, as intervenções dos terapeutas devem ser no sentido de que os clientes reconheçam que a discórdia dentro da família pode ser abordada sem danos.

- A aliança intrafamiliar, ou seja, o grau em que os elementos da família colaboram de forma produtiva nos objetivos e nas tarefas da terapia (Heatherington et al., 2015), parece ser um dos aspetos particularmente importantes no contexto da terapia familiar e nos subsequentes resultados terapêuticos, de acordo com um dos nossos estudos. A este propósito, há investigação que tem evidenciado que uma pobre aliança intrafamiliar parece ser mais problemática em termos dos resultados da terapia do que as alianças dos elementos da família consideradas isoladamente (Pinsof, Zinbarg, & Knobloch-Fedders, 2008). Apesar de a forma como os terapeutas contribuem para a aliança intrafamiliar poder variar, o objetivo central das suas intervenções deve ser no sentido de ajudarem os clientes a perspetivarem os seus problemas de um modo menos pessoal e mais interpessoal. Esta transformação envolve desafiar a visão de cada um dos clientes acerca das dificuldades, oferecendo uma

nova leitura unificadora sobre o problema e que permita relacionar cada um dos elementos da família com o problema (Sluzki, 1992). Esta mudança implica assim um processo de transformação dos objetivos individuais em objetivos familiares (Rait, 2000). A partir desse novo ponto de vista, os clientes começam a reconhecer que todos precisam de contribuir para uma solução. Algumas das estratégias que os terapeutas podem usar com o intuito de aumentar o Sentimento de Partilha de Objetivos dentro da família passam por: provocar o diálogo familiar; envolver deliberadamente os clientes mais silenciosos ou menos participativos com perguntas ou demonstrando empatia; validar os diferentes pontos de vista; promover o estabelecimento de acordos entre os clientes; encorajar os clientes a questionarem-se uns aos outros sobre os seus pontos de vista; destacar o que é comum às diferentes perspetivas sobre o problema e/ou a solução (Friedlander et al., 2006). Como forma de ajudar os clientes a reconhecerem-se como unidade familiar, os terapeutas podem chamar à atenção para o que é partilhado entre os diferentes elementos, por exemplo em termos de valores, experiências, necessidades ou sentimentos. Nos casos em que terapeutas aceitam a definição do problema partindo apenas do ponto de vista de um dos clientes (Symonds & Horvath, 2004) ou não intervêm quando os membros da família estão em desacordo face ao valor ou propósito da terapia (Friedlander et al., 2006) pode facilmente ficar comprometida a aliança intrafamiliar.

- O facto de não terem sido encontradas diferenças nos resultados terapêuticos das famílias voluntárias e involuntárias, bem como as semelhanças ao nível da aliança que emergem na 4ª sessão em ambos os grupos, tanto do ponto de vista dos comportamentos dos clientes como dos contributos dos terapeutas, fazem-nos pensar que há muito em comum no trabalho terapêutico com clientes involuntários e voluntários. Assim, apesar de o modelo teórico dos terapeutas poder influenciar a forma como estes trabalham, a maior parte dos comportamentos que favorecem a formação da aliança terapêutica não é específica de nenhum

modelo ou teoria particular. Pelo contrário, os comportamentos frequentemente recomendados para o estabelecimento de uma boa aliança terapêutica são orientações genéricas que transcendem qualquer modelo particular (Sprenkle et al., 2009). Os modelos teóricos que são apontadas na literatura como “boas práticas” na intervenção familiar com clientes involuntários (e.g., Terapia Centrada nas Soluções, Terapia Multisistémica, Terapia Familiar Funcional) têm em comum o facto de serem abordagens colaborativas em que a maior parte das estratégias e pressupostos da intervenção são transversais a estes (e até a outros) modelos teóricos. Designadamente, todos consideram, de uma maneira ou de outra, que a motivação é fulcral e que a dimensão relacional é essencial para a motivação, propondo a construção de uma relação entre terapeutas e clientes em que todos são ouvidos e respeitados, procurando-se validar os diferentes de pontos de vista, reenquadrando-se o problema como algo que diz respeito à família e não apenas a um ou alguns dos seus elementos, e assim se “dribla” a resistência/oposição à intervenção (Relvas & Sotero, 2014; Sotero & Relvas, 2012). Também se pode concluir que os modelos de intervenção não têm que ser necessariamente modelos especificamente desenhados para estes clientes, já que as semelhanças com os clientes voluntários são, certamente, maiores do que as suas diferenças, mas exige-se ao terapeuta maior atenção a alguns aspetos particulares e esperáveis por parte destes clientes quando entram em terapia. Essa atenção traduz-se em princípios gerais que, sendo comuns a qualquer terapia colaborativa, nestes processos devem ser considerados prioritários desde o primeiro momento do sistema terapêutico (Relvas & Sotero, 2014).

- Apesar do que já fomos dizendo acerca da formação e do treino dos terapeutas familiares, parece-nos importante enfatizar mais alguns aspetos. Em primeiro lugar, as especificidades da terapia com famílias involuntárias devem ser abordadas no âmbito da formação e do treino dos terapeutas familiares. Tanto quanto sabemos esta vertente não faz parte da generalidade dos programas de formação de terapeutas

familiares e interventores sistêmicos. Deste modo, o treino de competências clínicas e o conhecimento dos dados da investigação sobre o processo terapêutico com estas famílias é de extrema importância, não só pela frequência com que os terapeutas familiares trabalham nestas circunstâncias, como também pelos desafios particulares que colocam ao estabelecimento de uma boa aliança terapêutica, sobretudo numa fase inicial da terapia. Em segundo lugar, paralelamente à formação nos diversos modelos teóricos, também a formação ao nível do processo de construção da aliança terapêutica nas terapias conjuntas deve fazer parte dos programas de formação da especialidade. A evidência científica crescente de que a aliança terapêutica nas terapias conjuntas (Friedlander et al., 2011; Heatherington et al., 2015), tal como acontece na terapias individuais (Horvath et al., 2011), é uma componente importante do processo de mudança é uma justificação mais do que suficiente para dar uma atenção especial a esta temática. A este propósito, esta investigação disponibiliza aos terapeutas, formadores e investigadores o Manual de Treino do SOFTA e as grelhas observacionais de avaliação da aliança terapêutica (versão clientes e terapeutas) adaptadas para Portugal e gratuitamente disponibilizadas no site oficial do SOFTA (www.softa-soatif.com) ou através da página <http://www.fpce.uc.pt/avaliacaofamiliar> relativa ao livro onde os estudos psicométricos realizados estão publicados (Sotero & Relvas, 2014a). Fora do âmbito desta investigação, foram ainda realizados estudos de adaptação e de validação da versão *self-report* do SOFTA (versão clientes e terapeutas) (Vilaça, Sotero, Silva, & Relvas, 2014) igualmente acessíveis nas páginas on-line supramencionadas.

- Outra das implicações decorrentes dos nossos estudos é a necessidade de os terapeutas prestarem atenção à aliança terapêutica ao longo da terapia, não só devido ao seu efeito nos resultados terapêuticos como também pelas suas frequentes flutuações no decorrer da terapia. A monitorização e avaliação da aliança pode ser feita formalmente, através de questionários de autorresposta ou da aplicação de grelhas de observação,

ou de um modo mais informal, prestando o terapeuta atenção aos comportamentos dos clientes e/ou perguntando-lhes diretamente sobre a aliança (Sprenkle et al., 2009). No caso de uma avaliação formal os terapeutas podem ainda discutir com os clientes no espaço terapêutico acerca das diferenças ou semelhanças das distintas visões sobre a aliança, refletindo em conjunto sobre como têm vindo a colaborar ou sobre o que podem fazer para melhorar.

- Os resultados obtidos demonstram que alianças mais fracas no início da terapia não têm necessariamente que conduzir a piores resultados. Para além disso, os estudos qualitativos revelaram que o processo de reparação de ruturas na aliança pode eventualmente ter tido um efeito positivo na terapia (Escudero et al., 2012). Neste sentido, o facto dos momentos de rutura na aliança se poderem constituir como importantes momentos terapêuticos (Coutinho & Fernandes, 2009) tem como implicação a necessidade dos terapeutas serem capazes de os reconhecer, num primeiro momento, e, num segundo momento, procurarem o (re)estabelecimento da colaboração perdida. Uma das vias possíveis para a resolução é a metacomunicação entre terapeutas e clientes sobre a própria rutura, esclarecendo cada um dos intervenientes como se sente e do que precisa no contexto da relação terapêutica.
- Por fim, esta investigação disponibiliza a terapeutas, investigadores e às próprias famílias um método de avaliação dos objetivos terapêuticos com base numa abordagem colaborativa no domínio da intervenção familiar. A versão portuguesa da GAS é disponibilizada gratuitamente através da página <http://www.fpce.uc.pt/avaliacaofamiliar> e os resultados dos estudos psicométricos efetuados encontram-se publicados (Sotero & Relvas, 2014b). Esta ferramenta pode ser usada na prática clínica e investigação e oferece informações exclusivas sobre as expectativas de mudança *a priori*, a operacionalização de diferentes níveis de mudança e, sobretudo, consegue captar mudanças que são significativas na vida dos sujeitos.

3. Limitações e Estudos Futuros

A investigação do processo terapêutico com famílias implicou um confronto com a complexidade e aceitar o desafio epistemológico e metodológico de que, no limite, essa complexidade não pode ser abarcada (Relvas & Major, 2014). Foi então com “humildade sistêmica” (Bateson, 1979/1987) que partimos para esta investigação, conscientes de que a interdependência e recursividade dos comportamentos de clientes e terapeutas nos levantariam diversos desafios. Apesar de no final dos estudos que integram esta dissertação termos vindo a discutir algumas das limitações metodológicas, faz-se agora uma reflexão global que destaca aquelas que consideramos como mais relevantes e que gostaríamos que fossem consideradas em investigações futuras.

A interdependência dos dados é uma característica central na investigação com famílias. Assim, estudar a família e o relacionamento entre os seus membros implica estudar a interdependência. Muitas das variáveis analisadas na investigação com famílias são por definição interdependentes (e.g., comunicação, diferenciação, conflito, funcionamento familiar) e, por consequência, a sua avaliação não se refere apenas a uma pessoa. Para além disso, a investigação deve contemplar a recolha de dados dos vários elementos da família, de modo a aceder ao que verdadeiramente interessa ao investigador – a família – e não a uma visão parcelar de um determinado membro. Neste sentido, a interdependência dos dados é muitas vezes descrita como não-independência, baseando-se no pressuposto de que as observações dos elementos dentro da mesma família são mais semelhantes entre si do que as observações entre elementos que não pertencem à mesma família (Kenny, Kashy, & Cook, 2006). Uma das dificuldades que decorre da não-independência dos dados relaciona-se com o facto de violar um dos pressupostos dos procedimentos estatísticos tradicionais mais utilizados (e.g., regressão, ANOVA), resultando dessas análises possíveis enviesamentos. Nesta lógica, uma das possíveis limitações dos Estudos 1 e 3 é relativa à eventual não-independência dos dados e aos eventuais enviesamentos resultantes das análises estatísticas conduzidas. Por este motivo, estudos futuros devem testar previamente a não-independência dos dados, por exemplo através da correlação de *Pearson* entre as

observações dos elementos que são distinguíveis (*distinguishable members*¹⁷) ou do coeficiente de correlação intraclasse para elementos não distinguíveis (*indistinguishable members*) (Mendonça, 2015). No caso de ser confirmada a independência dos dados os investigadores podem utilizar as tradicionais técnicas estatísticas. Há contudo autores (e.g., Kenny et al., 2006) que argumentam que a não-independência dos dados não deve ser tratada como um problema estatístico a corrigir mas antes como uma fonte crucial de informação que deve ser compreendida e apreendida. Neste seguimento, outra alternativa, provavelmente mais interessante, é recorrer em estudos futuros com famílias a análises estatísticas mais sofisticadas (e.g., *actor-partner interdependence models, hierarchical linear models, micro-macro multilevel analysis*) que permitam atender à estrutura dos dados.

Outra das limitações que podemos assinalar prende-se com o facto de apenas ter sido considerado o método observacional na recolha dos dados. Esta opção decorre obviamente da natureza da amostra (processos terapêuticos finalizados e arquivados) e do carácter retrospectivo dos estudos, embora se reconheça a enorme pertinência deste método na investigação do processo terapêutico. Não obstante, cremos que uma abordagem multimétodos (Eid & Diener, 2005) que associe a avaliação observacional (interpessoal) a uma perspetiva de autorrelato (intrapessoal) permitirá “dar um passo em frente” na investigação. Assim, estudos futuros sobre o processo e a aliança terapêutica devem almejar o cruzamento de diferentes fontes de informação e permitir avaliar se se confirmam (ou não) as mesmas tendências de resultados. Também no que concerne à apreciação dos resultados finais da terapia deve ser tomada em conta a opinião dos próprios clientes e dos terapeutas. Algo que não foi concretizado no estudo 3 e que consubstancia, na nossa opinião, uma limitação que deve ser debelada em próximos estudos.

O facto de a amostra recolhida derivar de um único centro de terapia familiar, num contexto universitário, em que os terapeutas familiares utilizam o mesmo modelo de intervenção e passaram por um processo de formação muito semelhante entre si, fragiliza a possibilidade de generalização dos resultados. Estudos futuros com uma

¹⁷ “Members are considered distinguishable when there is a meaningful variable that allows distinguishing them – e.g., gender for heterosexual couples or generation for parent-child relationships. Members are considered indistinguishable when there is not a factor that allows to differentiate them (e.g., studies with homosexual couples or identical twins)” (Mendonça, 2015, p. 64).

amostra maior e oriunda de diferentes contextos terapêuticos (universitário, comunitário, hospitalar) serão importantes no sentido de reforçar (ou não) alguma das conclusões retiradas. Nomeadamente, no sentido de comprovar a influência da Segurança e da Partilha de Objetivos nos resultados da terapia familiar.

A maior parte dos estudos quantitativos (1, 2 e 3) basearam-se nos dados do processo terapêutico de 29 famílias (12 famílias involuntárias e 17 famílias voluntárias) que estiveram presentes em ambas as sessões terapêuticas analisadas. Da primeira para a quarta sessão, das 40 famílias inicialmente selecionadas “perdemos” 11 (oito involuntárias e três voluntárias): nove devido a *dropout* antes da 4ª sessão (sete famílias involuntárias e duas voluntárias) e duas por terem terminado a terapia com alta antes dessa sessão (uma família de cada grupo). O número superior de *dropouts* antes da 4ª sessão no grupo de famílias involuntárias (sete), comparativamente ao grupo de voluntárias (duas), constitui-se assim como uma variável parasita que deve ser controlada em estudos futuros, percebendo (quantitativamente e/ou qualitativamente), por exemplo, como se desenvolve a aliança terapêutica em casos terminados e em *dropouts* no grupo das famílias involuntárias. Uma futura análise discriminante pode eventualmente ajudar-nos a descobrir se há características em termos da aliança que distingam os membros de um grupo dos de outro.

À exceção do estudo de caso (Estudo 5), a aliança terapêutica foi observada apenas em dois momentos do processo terapêutico (1ª e 4ª sessão), pelo que ficamos sem saber o percurso da aliança entre essas sessões, dentro e entre os grupos (involuntário e voluntário), nem como evolui após a 4ª sessão. Embora a avaliação da aliança, do ponto de vista observacional, seja um processo moroso e que exige certos recursos, cremos que em estudos futuros devemos ser ambiciosos, analisando mais do que duas sessões. Acreditamos que um intervalo de duas em duas sessões, ou de três em três, nos permitirá traçar trajetória/s mais esclarecedoras acerca da evolução da aliança no decorrer da terapia. Os estudos qualitativos constituem-se também como uma metodologia privilegiada para examinar a evolução da aliança, sobretudo dentro de uma mesma sessão e no que se refere à interação e reciprocidade entre os comportamentos de clientes e terapeutas nesse processo.

Por fim, importa ressaltar que os clientes involuntários não são um grupo homogêneo, tal como afirmado anteriormente. Um subgrupo particular de clientes

involuntários são, de facto, os clientes mandatados. Desse ponto de vista, reconhecemos que pode ser entendida como uma limitação o facto de os nossos estudos não atenderem a essa distinção. Serão os clientes mandatados referenciados pelos tribunais ou pelos serviços de proteção de menores “mais” involuntários do que os clientes referenciados pela escola ou pelos serviços de saúde? Embora se reconheça que existem diferenças importantes na forma como o pedido de terapia é concretizado num e noutro caso, tal como nas consequências de abandonar a terapia num tipo de processo ou no outro são distintas, esta opção foi consciente. Por um lado, porque o nosso interesse de investigação eram os clientes involuntários no geral, e não os mandatados em particular. Por outro, porque resulta da convicção de que, provavelmente, é mais determinante para o estabelecimento da aliança terapêutica a pressão percebida pelos próprios clientes e não tanto a entidade referenciadora, tal como tem vindo a ser demonstrado nalguns estudos (Moore, Tambling, & Anderson, 2013; Relvas & Sotero, 2014). De facto, a “involuntariedade” dos clientes não é restrita às situações em que a família está na terapia porque foi “recomendada”, “aconselhada” ou “obrigada”, podendo a falta de vontade para participar na terapia ser tão desafiadora nos casos em que houve um encaminhamento ou um pedido espontâneo.

Em síntese, apesar das limitações elencadas, acreditamos ter contribuído de um modo singular para o estudo científico do processo terapêutico com a família, não só disponibilizando instrumentos inovadores para a formação, prática clínica e investigação na área, como fornecendo pistas úteis sobre o processo de co-construção da aliança entre clientes e terapeutas. Na era da *evidence-based practice* consideramos ter conseguido conduzir uma “*truly systemic research*” (Imbler-Back s.d. cit in. Rohrbaugh, 2014, p. 434), compatibilizando os nossos pressupostos epistemológicos com uma metodologia mista circular em que o diálogo entre diferentes pontos de vista permitiu gerar informação distinta e complementar e desafiar assim a complexidade.

4. Referências

- Anderson, H., & Goolishian, H. A. (1988). Human systems as linguistic systems: Preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Bateson, G. (1987). *Natureza e Espírito: Uma unidade necessária* (M. R. Carrilho, Trad.). Lisboa: Publicações Dom Quixote. (Trabalho original publicado em 1979).
- Barber, J. P., Khalsa, S. R., & Sharpless, B. A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 29-43). New York, NY: Guilford Press.
- Beck, M., Friedlander, M. L., & Escudero, V. (2006). Three perspectives on clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 355-368. doi: 10.1111/j.1752-0606.2006.tb01612.x.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research Practitioner*, 16, 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Burke, A. C. & Gregoire, T. K. (2007). Substance abuse treatment outcomes for coerced and noncoerced clients. *Health & Social Work*, 32, 7-15.
- Carr, A. (2014a). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 107-157. doi: 10.1111/1467-6427.12032
- Carr, A. (2014b). The evidence base for couple therapy, family therapy and systemic interventions for adult-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 158-194. doi: 10.1111/1467-6427.12033
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 43, 271-279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271

- Coutinho, J., & Ribeiro, E. (2009). Rupturas na aliança terapêutica. In E. Ribeiro (Coord.). *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Chui, W., & Ho, K. (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. (2001). Co-constructing cooperation with mandated clients. *Social Work, 46*, 361-374.
- Eid, M. & Diener, E. (2005). *Handbook of multimethod measurement in psychology*. Washington DC: American Psychological Association.
- Escudero, V., Boogmans, E., Loots, G., & Friedlander, M. L. (2012). Alliance Rupture and Repair in Conjoint Family Therapy: An Exploratory Study. *Psychotherapy, 49*, 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.
- Fallon, I. (1991). Behavioral family therapy. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.). *Handbook of family therapy* (Vol. II, pp. 75-85). New York: Brunner/Mazel.
- Flaskas, C. (1989). Thinking about the emotional interaction of therapist and family. *ANZ Journal of Family Therapy, 10*, 1-6.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy, 48*, 25-33. doi: 10.1037/a0022060
- Friedlander, M., Heatherington, L., & Marrs, A. L. (2000). Responding to blame in family therapy: A constructionist/narrative perspective. *American Journal of Family Therapy, 28*, 133-146.

- Friedlander, M. L., Lambert, J. E., Escudero, V., & Muniz de la Pena, C. (2008). A step toward disentangling the alliance/improvement cycle in family therapy. *Journal of Counseling Psychology, 55*, 118-124. doi: 10.1037/0022-0167.55.1.118
- Imber-Black, E. (1988) *Families and Larger Systems: A family therapist's guide through the labyrinth*. New York: Guilford.
- Haaga, D. A., McCrady, B., & Lebow, J. (2006). Integrative principles for treating substance use disorders. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 675-684.
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990). Couple and family therapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy, 16*, 299-306. doi: 10.1111/j.1752-0606.1990.tb00851.x
- Heatherington, L., Friedlander, M.L., Diamond, G.M., Escudero, V., & Pinsof, W.M. (2015). 25 years of systemic therapies research: Progress and promise. *Psychotherapy Research, 25*, 348–364.
- Higham, J. E., Friedlander, M. L., Escudero, V., & Diamond, G. (2012). Engaging reluctant adolescents in family therapy: an exploratory study of in-session processes of change. *Journal of Family Therapy, 34*, 24-52.
- Honea-Boles, P., & Griffin, E. J. (2001). The court-mandated client: Does limiting confidentiality preclude a therapeutic encounter? *Journal of Professional Counseling, Practice, Theory, & Research, 29*, 149-160.
- Horvath, A. O., Del Re, C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 9–16. doi: 10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 561-573. doi:10.1037/0022-006X.61.4.561
- Ivanoff, A., Blythe, B. J., & Tripodi, T. (1994). *Involuntary clients in social work practice: A research-based approach*. New York: Aldine De Gruyter.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1-27. doi: 10.1146/.3.022806.091432

- Kenny, D., Kashy, D. A., & Cook, W. (2006). *Dyadic data analysis*. New York: Guilford.
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process*, 43, 425-442. doi:10.1111/j.1545-5300.2004.00032.x
- Lambert, J. E., Skinner, A. H., & Friedlander, M. L. (2012). Problematic within-family alliances in conjoint family therapy: A close look at five cases. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 417-428. doi: 10.1111/j.1752 0606.2010.00212.x.
- Lambert, J., & Vermeersch, A. (2008). Measuring and improving psychotherapy outcome in routine practice. In D. Brown & W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (4th ed., pp. 233-248). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc.
- Lebow, J. L. (2006). Integrative couple therapy. In G. Stricker & J. Gold (Eds.), *A casebook of psychotherapy integration* (pp. 211-223). Washington, DC: American Psychological Association.
- Mendonça, M. G. (2015). *Parent-Young adult child relationships: Development of independence and relational maturity*. (Dissertação de Doutorado Não Publicada). Universidade do Porto, Porto.
- Miller, G. (2003). Writers, clients, counsellors and readers perspectives in constructing resistant clients. In C. Hall, K. Juhila, N. Parton, & T. Poso (Eds.), *Constructing childhood in social work and human services: Interaction, identities and practices* (pp. 193-207). London: Jessica Kingsley.
- Miller, N.S., & Flaherty, J.A. (2000). Effectiveness of coerced addiction treatment (alternative consequences): a review of the clinical research. *Journal of Substance Abuse*, 18(1), 9-16.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge: Harvard University Press.

- Minuchin, S. & Fishman, H.C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge: Harvard University Press.
- Montesano, A., Feixas, G., Muñoz, D., & Compañ, V. (2014). Systematic couple therapy for dysthymia. *Psychotherapy, 51*, 30–40. doi:10.1037/a0033814
- Moore, L. E., Tambling, R. B., & Anderson, S. R. (2013). The intersection of therapy constructs: the relationship between motivation to change, distress, referral source, and pressure to attend. *American Journal of Family Therapy, 41*, 245–258. doi: 10.1080/01926187.2012.685351
- Muñiz de la Peña, C., Friedlander, M., & Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances: How observable are they? *Psychotherapy Research, 19*, 133-142. doi: 10.1080/10503300802460050
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.) *The heart & soul of change of change: Delivering what works in therapy* (2nd Ed., pp. 113-141). Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy, 48*(1), 98-102. doi: 10.1037/a0022161
- Pinsof, W. B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Horvath and L. S. Greenberg (Eds.) *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173-195). New York: Wiley.
- Pinsof, W. M. (2005). Integrative problem centered therapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd Ed., pp. 382-402). New York: Oxford University Press.
- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal Of Marital And Family Therapy, 12*(2), 137-151. doi:10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x
- Pinsof, W.M., Zinbarg, R., & Knobloch-Fedders, L.M. (2008). Factorial and construct validity of the revised short form integrative psychotherapy alliance scales for family, couple, and individual therapy. *Family Process, 47*, 281–301.

- Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 211-224. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<211::AID-JCLP7>3.0.CO;2-H
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família* (2ª Ed.). Coimbra: Quarteto.
- Relvas, A. P., & Major, S. (2014). *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* (Vol. I). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. doi: 10.14195/978-989-26-0839-6
- Relvas, A. P., & Sotero, L. (2014). *Famílias obrigadas, terapeutas forçados: La alianza terapéutica en contextos coercitivos*. Madrid: Ed. Morata.
- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: Individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology*, 17, 534-544.
- Rohrbaugh, M. J. (2014). Old wine in new bottles: Decanting systemic family process research in the era of evidence-based practice. *Family Process*, 53, 434-444. doi: 10.1111/famp.12079
- Rooney, R. (2009). *Strategies for work with involuntary clients* (2nd ed.). New York: Columbia University Press.
- Safran, J. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 30, 11-24.
- Safran, J., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic Alliance Rupture as a Therapy Event for Empirical Investigation. *Psychotherapy*, 27, 154-165.
- Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (2003). Functional family therapy: A mature clinical model for working with at-risk adolescents and their families. In T. L. Sexton, G. R. Weeks, & M. S. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples* (pp. 323-348). New York: Brunner-Routledge.
- Sluzki, C. E. (1992). Transformations: A blue print for narrative changes in therapy. *Family Process*, 31, 217-230. doi: 0.1111/j.1545-5300.1992.00217.x

- Snyder, C. M., & Anderson, S. A. (2009). An examination of mandated versus voluntary referral as a determinant of clinical outcome. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 278–292. doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00118.x
- Sotero, L., Cunha, D., Silva, J. T., Escudero, V., & Relvas, A. P. (2016b). *Building alliances with (in)voluntary clients: A study focused on therapists' observable behaviors*. Manuscript submitted.
- Sotero, L., Major, S., Escudero, V., & Relvas, A. P. (2016). The therapeutic alliance with involuntary clients: How does it work? *Journal of Family Therapy*, 38(1), 36-58. doi: 10.1111/1467- 6427.12046.
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: Complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 24, 187-196. doi: 10.1590/S0102-71822012000100021
- Sotero, L. & Relvas, A. P. (2014a). Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar, Versão Observacional (SOFTA-o). In A. P. Relvas e S. Major (Coord.) *Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção* (Vol. I) (pp. 121-149). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Sotero, L. & Relvas, A. P. (2014b). Escala de Objetivos Atingidos (GAS). In A. P. Relvas e S. Major (Coord.) *Avaliação Familiar – Funcionamento e Intervenção* (Vol. I) (pp. 177-200). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Sprenkle, D. H. & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 113–129. doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x
- Sprenkle, D. H., Davis, S. D., & Lebow, J. L. (2009). *Common factors in couple and family therapy. The overlooked foundation for effective practice*. New York: Guilford.
- Stratton, P., Lask, J., Bland, J., Nowotny, E., Evans, C., Singh, R., Janes, E., & Peppiatt, A. (2014). Validation of the SCORE-15 Index of Family Functioning and Change in detecting therapeutic improvement early in therapy. *Journal of Family Therapy*. doi:10.1111/1467-6427.12022
- Stratton, P., Silver, E., Nascimento, N., McDonnell, L., Powell, G., & Nowotny, E.

- (2015). Couple and Family Therapy Outcome Research in the Previous Decade: What Does the Evidence Tell Us? *Contemporary Family Therapy*, 37, 1-12. doi:10.1007/s10591-014-9314-6
- Symonds, B. D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, 43, 443-455. doi: 10.1037/a0022060
- Tohn, S. L. & Oshlag, J. A. (1996). Solution-focused therapy with mandated clients: Cooperating with the uncooperative. In S. D. Miller, M. A. Hubble, & B. L. Duncan (Eds.), *Handbook of solution-focused brief therapy* (pp. 152-183). San Francisco: Jossey-Bass.
- Tuerk, E., McCart, M. R., & Henggeler, S. W. (2012). Collaboration in family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 68, 168-178. doi:10.1002/jclp.21833
- Vilaça, A. M. (2015). *Resultados e Evolução do Processo Terapêutico em Terapia Familiar. Adaptação de uma medida de avaliação (SCORE-15)* (Dissertação de Doutorado Não Publicada). Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Vilaça, M., Sotero, L., Silva, J., & Relvas, A. P. (2014). Sistema de Observação da Aliança em Terapia familiar – Versão auto-resposta (SOFTA-s). In A. P. Relvas & S. Major (Coord.), *Instrumentos de Avaliação Familiar - Funcionamento e Intervenção* (Vol. I, pp. 151-176). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Xu, H., & Tracey T. J. (2015). Reciprocal Influence Model of Working Alliance and Therapeutic Outcome Over Individual Therapy Course. *Journal of Counseling Psychology*, 62(3), 351-359. doi: 10.1037/cou0000089

Discussão Integrada e Considerações Finais.

Dos Clientes (In)Voluntários ao Sistema Terapêutico, Múltiplas Versões da Aliança Terapêutica

Apêndices

Apêndice A

**SISTEMA DE OBSERVAÇÃO DA ALIANÇA EM TERAPIA
FAMILIAR
VERSÃO OBSERVACIONAL
(SOFTA-O)**

Luciana Sotero
Ana Paula Relvas

“...because we believe that a good alliance *can* be seen...”
(Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006, p. 263)

Resumo

A versão Portuguesa do *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006), versão observacional (SOFTA-o), foi desenvolvida com o objetivo de fomentar a investigação e uma prática clínica melhor informada acerca da aliança terapêutica na terapia familiar. A partir deste sistema de codificação de comportamentos observáveis durante as sessões de terapia é possível avaliar a força da aliança terapêutica em duas dimensões comuns às diferentes modalidades terapêuticas (Envolvimento no Processo Terapêutico e Conexão Emocional com o Terapeuta) e em duas dimensões específicas das terapias conjuntas (Segurança Dentro do Sistema Terapêutico e Sentimento de Partilha de Objetivos na Família). As propriedades psicométricas do instrumento são evidenciadas em três estudos de fiabilidade (acordo interobservadores) e três estudos de validade (convergente, preditiva e grupos-conhecidos).

Os resultados alcançados são encorajadores da utilização da versão portuguesa do SOFTA-o na investigação, prática clínica e formação, treino e supervisão de terapeutas.

Palavras-chave: aliança terapêutica, SOFTA-o, comportamentos observáveis, estudos psicométricos.

Abstract

The Portuguese version of the *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006), observational version (SOFTA-o), was developed in order to promote research and a clinical practice better informed about the therapeutic alliance in family therapy. With this coding system of observable behaviors during therapy sessions it is possible to assess the strength of the therapeutic alliance in two dimensions that are common across therapy modalities (Engagement in the Therapeutic Process and Emotional Connection to the Therapist) and two specific dimensions of conjoint therapies (Safety Within the Therapeutic Context and Shared Sense of Purpose within the Family). The psychometric support of the instrument is provided by three reliability studies (interobserver agreement) and three validity studies (convergent, predictive and known-groups). The results achieved encourage the use of the Portuguese version of SOFTA-o in research, clinical practice, training and supervision of therapists.

Keywords: therapeutic alliance, SOFTA-o, observational behaviors, psychometric studies.

1. Instrumento

O que é, o que avalia e a quem se aplica?

No Quadro 1 encontra-se a ficha técnica relativa ao *Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar*, versão observacional (SOFTA-o; Friedlander, Escudero, & Heatherington, 2006).

Quadro 1.

Ficha técnica do SOFTA-o

O que é?	O <i>Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar</i> é a versão portuguesa, para clientes e terapeutas, do <i>System for Observing Family Therapy Alliances</i> (SOFTA) publicado em 2006 por Friedlander, Escudero e Heatherington. O SOFTA é constituído por um conjunto de ferramentas: SOFTA-o (versão observacional), SOFTA-s (versão auto-resposta) e um programa informático (<i>e-SOFTA</i>) que facilita o treino de investigadores e clínicos na utilização do instrumento (Disponível em http://www.softa-soatif.com)		
O que avalia?	O SOFTA versão observacional (SOFTA-o) foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a força da aliança terapêutica a partir de comportamentos observáveis durante as sessões de terapia familiar ou de casal. É constituído por 44 itens, ou descritores comportamentais, positivos e negativos, verbais e não verbais, que permitem estimar a força da aliança em quatro dimensões específicas: Envolvimento no Processo Terapêutico, Conexão Emocional com o Terapeuta, Segurança Dentro do Sistema Terapêutico e Sentimento de Partilha de Objetivos na Família		
Estrutura do SOFTA-o			
	Subescala	Número Itens	Descrição
	Envolvimento no Processo Terapêutico (ENV)	11	Reflete a cooperação e o envolvimento do cliente na terapia (e.g., “O cliente manifesta o seu acordo com as metas propostas pelo terapeuta”)
	Conexão Emocional com o Terapeuta (CE)	10	Retrata a forma como o cliente vê o terapeuta e a relação que tem com este (e.g., “O cliente partilha um momento de humor ou uma brincadeira com o terapeuta”)

	Segurança dentro do Sistema Terapêutico (SEG)	12	Representa a segurança que o cliente sente (ou não) para assumir riscos e falar abertamente na terapia (e.g., “O cliente revela um segredo ou algo que nenhum membro da família sabe”)
	Sentimento de Partilha de Objetivos na Família (SPO)	11	Avalia o sentimento de unidade e de colaboração no seio da família face ao valor e propósito da terapia (e.g., “Os membros da família perguntam uns aos outros os pontos de vista de cada um”)
A quem se aplica?	O SOFTA-o foi desenvolvido para ser utilizado durante a observação direta, ou a gravação em vídeo, de uma sessão de terapia familiar ou de casal (com um mínimo de dois participantes)		
Como ter acesso?	O acesso ao SOFTA-o (versão clientes e versão terapeutas) e ao Manual de Treino pode ser efetuado através da página http://www.fpc.uc.pt/avaliacaofamiliar que contém todos os instrumentos de avaliação apresentados neste livro. Os utilizadores deverão facultar os contactos pessoais e institucionais, bem como dados acerca do propósito da utilização do SOFTA-o (e.g., investigação, prática clínica) e concordar com as condições de utilização e de partilha dos resultados com os autores da versão portuguesa		

Fundamentação e história

Décadas de investigação empírica acerca da aliança terapêutica permitem afirmar que esta é uma característica crucial da terapia (e.g., Goldfried, 1980; Luborsky, Singer, & Luborsky, 1975; Rogers & Wood, 1974). Segundo Horvath, Del Re, Flückiger e Symonds (2011), o interesse sustentado da comunidade científica na aliança terapêutica ficou provavelmente a dever-se à descoberta consistente de uma relação robusta entre a aliança e os resultados da terapia, em diferentes modalidades de intervenção e numa diversidade de clientes e problemas (e.g., Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000).

Contudo, a maioria da investigação tem sido desenvolvida no contexto da terapia individual e pouco se sabe ainda acerca da construção e manutenção de uma aliança forte nas terapias conjuntas (i.e., na terapia familiar e de casal) (Friedlander et al., 2006). De facto, a falta de conhecimentos sobre a aliança em terapia familiar não é por acaso e está associada a uma dificuldade adicional nesta modalidade de terapia: compreendê-la e medi-la num sistema complexo multipessoal e multigeracional. Assim, para avaliar a aliança em terapia familiar e de casal é preciso atender a dimensões que são comuns às diferentes modalidades terapêuticas e que correspondem à conceptualização clássica de Bordin (1979); ligação afetiva entre cliente e terapeuta e acordo entre ambos sobre os objetivos e tarefas da terapia, mas também requer atenção a dimensões que refletem a singularidade das terapias conjuntas. Apesar das componentes da aliança anteriormente referidas (Bordin, 1979) fazerem sentido na terapia individual, no contexto particular da terapia familiar as relações desenvolvidas não são limitadas ao binómio cliente-terapeuta.

Pinsof (1994, 1995; Pinsof & Catherall, 1986) foi pioneiro na investigação e conceptualização sistémica da aliança terapêutica, tendo sido o primeiro autor a descrever a causalidade recíproca da aliança na intervenção familiar, argumentando que esta é mais do que o resultado da soma das alianças individuais (*The whole is more than the sum of its parts*; Bertalanffy, 1972, p. 417). Na terapia familiar e de casal todos os clientes observam a interação dos restantes com o terapeuta, o que gera um sistema complexo de influências recíprocas, enquanto na abordagem terapêutica individual a relação entre cliente e terapeuta é apenas bidirecional. Isto significa que a aliança do terapeuta com cada um dos elementos afeta e é afetada pela aliança que estabelece com todos os outros elementos da família. Durante a sessão, cada cliente observa de perto como os outros membros da família falam e interagem com o terapeuta, o que pode determinar o sucesso ou o fracasso do trabalho conjunto (*Não apenas a parte está no todo como o todo está na parte*; Morin, 1991, p. 90).

Outro aspeto relevante no estudo da aliança nas terapias conjuntas, diz respeito à aliança estabelecida no seio da própria família, descrita na literatura inicialmente como “aliança dentro-da-família” (*within-family*

aliance, Pinsof, 1994), posteriormente como “lealdade” (*allegiance*, Symonds & Horvath, 2004) e mais recentemente como “sentimento de partilha de objetivos dentro da família” (*shared sense of purpose within the family*, Friedlander et al., 2006). Esta dimensão não se refere apenas ao desejo de colaborar no tratamento, mas também a uma ligação forte entre os membros da família. Na terapia individual a força da aliança depende exclusivamente das contribuições mútuas do cliente e terapeuta. Porém, no contexto das terapias familiares deve ser considerada a partir de uma visão sistêmica, isto é, depende não apenas da relação entre os clientes e o terapeuta mas também das inter-relações entre os próprios clientes (Falloon, 1991). Neste sentido, vários estudos têm demonstrado que a família ou o casal são a unidade mais influente em termos de motivação para a mudança, colocando a mudança em marcha (Pinsof, 1994) e influenciando os resultados terapêuticos finais (Knobloch-Fedders, Pinsof, & Mann, 2004; Robbins, Turner, Alexander, & Perez, 2003; Symonds & Horvath, 2004).

A singularidade da aliança nas terapias conjuntas é ainda legitimada pela existência de um fenômeno único desse tipo de terapias designado por “alianças cindidas” (*slit alliances*, Heatherington & Friedlander, 1990; Pinsof & Catherall, 1986) ou “alianças desequilibradas” (*unbalanced alliances*, Robbins et al., 2003), o que acontece quando os membros da família diferem significativamente nas suas atitudes face à terapia ou ao terapeuta. As alianças divididas ou cindidas são bastante frequentes na terapia com a família (Pinsof & Catherall, 1986; Robbins et al., 2003) e podem interferir profundamente no processo terapêutico (Heatherington & Friedlander, 1990; Muñiz de la Peña, Friedlander, & Escudero, 2009). A investigação mostra que as discrepâncias nas alianças dos clientes com o terapeuta podem interferir na terapia mais do que qualquer aliança individual considerada separadamente (Robbins et al., 2006; Robbins et al., 2003; Symonds & Horvath, 2004). Um caso particularmente difícil neste permanente balanceamento das alianças, diz respeito à terapia com famílias com filhos adolescentes, sendo frequente encontrar relações terapêuticas mais positivas com os pais do que com os filhos (Robbins et al., 2003), mas o contrário também é possível (Muñiz de la Peña et al., 2009), contribuindo, ambos os casos, para um risco acrescido de abandono da terapia (*dropout*).

É igualmente importante reconhecer que, para os clientes, os riscos de fazer uma terapia familiar são consideravelmente superiores do que fazer uma terapia individual, uma vez que a informação revelada nesta última modalidade pode não trazer consequências diretas na vida familiar (Friedlander et al., 2006). Em contrapartida, nas terapias conjuntas a partilha de informações novas no espaço terapêutico (e.g., segredos familiares, não ditos) pode resultar em consequências negativas para algum ou alguns dos membros da família e/ou na deterioração das relações, entre outros efeitos indesejáveis. Na terapia individual, é escolha do cliente o que revelar e quando, enquanto nas terapias conjuntas os clientes têm pouco ou nenhum controlo sobre o que os outros escolhem revelar (Escudero, Heatherington, & Friedlander, 2010; Friedlander et al., 2006). Assim, o que acontece nas sessões de terapia familiar pode ter consequências efetivas no sistema familiar, principalmente se o terapeuta não for capaz de gerir os conflitos que surgem durante a sessão. O grau de segurança sentido pelos elementos da família pode ainda mudar à medida que novos problemas são explorados e quando diferentes elementos se juntam ou deixam a terapia (Beck, Friedlander, & Escudero, 2006), flutuações estas às quais o terapeuta deve também estar atento.

Segundo Rait (2000), o maior desafio dos terapeutas familiares é construir e manter alianças terapêuticas a múltiplos níveis simultaneamente, isto é, com cada um dos elementos familiares, com os vários subsistemas (e.g., conjugal ou fraternal) e com a família como um todo. Estabelecer e gerir múltiplas alianças em simultâneo pode ser particularmente complexo por motivos diversos: a presença de diferentes níveis desenvolvimentais dos elementos familiares (e.g., crianças, adolescentes, adultos), os segredos e agendas ocultas (e.g., traições, desejo de separação conjugal), as histórias de conflitos e mal-entendidos, diferentes objetivos ou concepções distintas de como mudar e diferentes níveis motivacionais, sendo também frequente encontrar quem não queira estar na terapia (Friedlander et al., 2006; Rait, 2000; Sotero & Relvas, 2012).

Na terapia familiar e de casal, estas observações revelam que entre clientes e terapeutas é essencial uma ligação afetiva forte e um acordo mútuo acerca dos objetivos e tarefas da terapia, tal como acontece na

terapia individual, mas os terapeutas familiares têm igualmente de prestar atenção a aspetos únicos e interrelacionados com esta modalidade terapêutica (Friedlander et al., 2006), nomeadamente o grau em que os membros da família concordam entre si sobre a necessidade, finalidade e valor da terapia (Pinsof, 1994; Rait, 2000); e o grau em que as pessoas se sentem seguras a discutir os problemas com outros membros da família (Christensen, Russell, Miller, & Peterson, 1998).

Neste sentido, a questão da conceptualização da aliança nas terapias conjuntas é também uma questão empírica, fazendo sentido questionar como se pode combinar a avaliação da aliança dos diferentes elementos familiares; como medir a aliança terapêutica dentro da família; ou se a aliança de alguns elementos familiares será mais importante do que a de outros.

Antes do *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA; Friedlander et al., 2006), os primeiros e únicos questionários de auto-resposta especificamente desenvolvidos para avaliar a aliança nas terapias conjuntas são da autoria de Pinsof e Catherall (1986): A *Couple Therapy Alliance Scale* (CTAS) e a *Family Therapy Alliance Scale* (FTAS), também designadas conjuntamente por *Integrative Psychotherapy Alliance Scales*. Estes questionários são baseados na operacionalização tripartida da aliança (Bordin, 1979) – três conteúdos distintos (objetivos, tarefas, ligação afetiva) – e em três dimensões interpessoais (terapeuta-cliente; terapeuta-família; terapeuta-subsistemas). Mais tarde, Pinsof (1994, 1995) acabou por acrescentar uma quarta dimensão interpessoal – a aliança dentro do próprio sistema: quer familiar (aliança entre os elementos familiares), quer terapêutico (aliança entre co-terapeutas, e/ou supervisores, equipa de observação, instituições). Recentemente, Pinsof, Zinbarg e Knobloch-Fedders (2008) desenvolveram uma versão reduzida das escalas (CTASr e FTASr), com vista a facilitar a sua utilização na prática clínica e investigação.

Um outro instrumento bastante utilizado na avaliação da aliança em terapia de casal é o *Working Alliance Inventory – Couples* (WAI-C; Symonds, 1998 citado em Friedlander et al., 2006; Symonds & Horvath, 2004). Contudo, este instrumento não foi especificamente criado para as terapias conjuntas, tendo sido adaptado a partir da sua versão original para a terapia individual (WAI; Horvath & Greenberg, 1986).

Para além da escassez de instrumentos nesta área, as escalas disponíveis são todas de auto-resposta, o que possibilita avaliar a aliança questionando clientes e/ou terapeutas, mas apenas permite aceder à perspetiva interna dos informadores sobre o que se passa na terapia. A maioria da investigação existente baseia-se assim em questionários que medem o processo intrapessoal da aliança, a partir de um ponto de vista individual, e pouco se sabe sobre quais os comportamentos de clientes e terapeutas que refletem a experiência da aliança durante a sessão. Em alternativa, as medidas observacionais surgem como particularmente úteis, neste contexto, ao refletirem o processo clínico e os fenómenos interpessoais (Escudero et al., 2010), permitindo avaliar, momento a momento, por parte de um observador externo, a aliança terapêutica através de comportamentos observáveis, dos clientes e terapeutas, à medida que o processo terapêutico decorre. Possibilitam ainda monitorizar, em tempo real, as flutuações da aliança e relacioná-las com as intervenções terapêuticas (e.g., reenquadramentos, conotações positivas, técnicas ativas) e os acontecimentos (e. g., discussões, revelações, ruturas) durante a sessão.

Na literatura atual há referência a dois sistemas observacionais de avaliação da aliança: 1) a *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale* (VTAS-R) adaptada ao contexto das terapias conjuntas por Diamond, Liddle, Hogue, e Dakof (1999), a partir da versão original criada para a psicoterapia individual; e 2) o *System for Observing Family Therapy Alliances* (SOFTA-o; Friedlander et al., 2006), o primeiro instrumento especificamente desenvolvido para observar os comportamentos que refletem a aliança, de clientes e terapeutas, no contexto particular das terapias conjuntas. O SOFTA-o surgiu da vontade de criar um modelo multidimensional da aliança que refletisse o que esta tem de comum com outras modalidades terapêuticas e de específico na terapia familiar e de casal.

O SOFTA-o versão clientes foi o primeiro a ser desenvolvido, com o objetivo de obter uma ferramenta que pudesse informar sobre os comportamentos dos clientes que contribuem para a força da aliança terapêutica. Inicialmente, para a construção do instrumento, os autores realizaram uma revisão teórica, clínica e empírica da literatura sobre a relação terapêutica em terapia familiar e de casal. Este processo, complementado

pela extensa experiência clínica dos autores, resultou na identificação de um conjunto de indicadores comportamentais que ilustram tanto uma aliança positiva (e.g., “O cliente indica que se sente entendido ou aceite pelo terapeuta”), como negativa (e.g., “O cliente evita o contacto ocular com o terapeuta”). Estes descritores comportamentais foram então utilizados para criar uma primeira lista que ilustrasse diferentes aspetos e níveis diferenciados de participação e colaboração dos clientes nas terapias conjuntas. Na construção dos descritores foi tomado como critério essencial que se tratassem de comportamentos observáveis. Por exemplo, em vez da operacionalização "os membros da família estão interessados nos pontos de vista uns dos outros" utiliza-se o descritor "os membros da família perguntam uns aos outros sobre os pontos de vista de cada um".

Para afinar o inventário de descritores, uma equipa de quatro investigadores analisou 12 sessões de terapia familiar gravadas em vídeo, nas quais os clientes tinham preenchido as *Integrative Psychotherapy Alliance Scales* (Pinsof & Catherall, 1986). Conhecendo, portanto, a perspetiva de cada membro da família sobre a aliança, analisaram-se as gravações das sessões para identificar comportamentos interpessoais que pudessem ser claramente indicativos dos seus sentimentos e pensamentos acerca do que ocorria durante a sessão. Assim, foram-se refinando e editando os descritores, através de comparações sucessivas de cada uma das observações feitas. As discrepâncias serviram para clarificar os descritores e excluir aqueles que seriam especialmente difíceis de codificar ou pontuar.

Para criar as quatro dimensões do SOFTA, a equipa de investigadores começou por agrupar os descritores similares e nomear os *clusters* resultantes. Posteriormente, cada investigador, de forma independente, desenvolveu as definições dos constructos refletidos em cada *cluster*. Comparando e integrando as definições, os investigadores decidiram depois quais os descritores que, de forma lógica, se relacionavam com cada uma das dimensões. Um estudo piloto a este procedimento de codificação, com seis vídeos diferentes, mostrou que o processo era viável e resultou num bom nível de concordância interobservadores.

O passo seguinte foi estudar a validade facial (*face validity*) do instrumento através de uma tarefa de classificação (*sorting task*). Os 44

descritores resultantes do processo de análise prévio foram ordenados aleatoriamente, pedindo-se a um grupo de investigadores ($N=24$), dos Estados Unidos da América (EUA), Canadá e Espanha, peritos na análise do processo terapêutico em terapia familiar, para indicarem os descritores que refletiam melhor cada um dos quatro constructos subjacentes. Se pelo menos 75% dos especialistas que responderam à tarefa de classificação, selecionaram a mesma dimensão para um determinado descritor, esse descritor foi mantido entre os indicadores dessa mesma dimensão. Caso contrário, o descritor foi removido ou incluído numa dimensão diferente. Também foi pedido aos peritos que comentassem os descritores, com vista a incrementar a validade de conteúdo do SOFTA, designadamente, acrescentando outros descritores representativos de uma determinada dimensão. Os peritos espanhóis ($N=7$, investigadores e terapeutas familiares prestigiados) foram ainda convidados a comentar a adequação cultural dos descritores e das dimensões às características culturais dos clientes e terapeutas no contexto da terapia familiar espanhola. Os resultados desta tarefa de classificação indicaram um elevado grau de consistência e a maioria dos descritores comportamentais foi classificada como representante da dimensão que fora previamente selecionada. A maioria dos descritores foi classificada da mesma forma, por mais de 75% dos juízes em ambas as amostras, revelando uma boa consistência (versão Norte-Americana $ks=.81$ e versão Espanhola $ks=.71$; Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006). Um total de apenas cinco descritores foi eliminado por preencher os critérios relativos à obtenção de um consenso de 75% entre os juízes numa única amostra (apenas para os EUA ou apenas para Espanha). Nenhum dos descritores teve que ser eliminado por ser pouco apropriado em termos de diferenças culturais e apenas foram introduzidas algumas mudanças mínimas na definição ou tradução de alguns deles.

A versão do SOFTA-o para o terapeuta foi desenvolvida através de um processo semelhante (Friedlander et al., 2005). Começou-se por identificar um conjunto de descritores, alguns dos quais paralelos aos que tinham sido identificados para os clientes. Em seguida, realizou-se um estudo de validade de conteúdo através de uma prova de classificação dos descritores com especialistas espanhóis e norte-americanos. Com

base nos resultados dessa classificação foram adicionados, modificados ou excluídos alguns descritores.

Para testar as qualidades psicométricas do SOFTA-o foram desenvolvidos a nível internacional vários estudos, nomeadamente cinco estudos de fiabilidade, uma análise fatorial exploratória e estudos correlacionais com vários índices do processo e dos resultados terapêuticos (Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006). O sistema de observação apresentou valores adequados de fiabilidade (correlações intra-classe de .72 a .95) e a validade de constructo foi demonstrada através de análise fatorial, validade grupos-conhecidos (*known-groups validity*) e validade preditiva (Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006). Apesar de a análise fatorial exploratória ter identificado apenas um fator (i.e. aliança terapêutica), os autores do instrumento optaram por manter a conceptualização da aliança atendendo às quatro dimensões já referidas, uma vez que as intercorrelações entre as dimensões apresentaram uma amplitude considerável (de .18 a .75), parecendo indicar que as quatro dimensões do SOFTA não são excludentes, apesar de refletirem um constructo unitário (Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006). Os diversos estudos de validade demonstraram que (1) os piores resultados terapêuticos estão associados a uma menor Segurança e um menor Sentimento de Partilha nas sessões iniciais (Beck et al., 2006); (2) pontuações altas no SOFTA-o estão associadas a pontuações favoráveis da aliança no *Self-Report Helping Alliance Questionnaire* de Luborsky, Crits-Cristoph, Alexander, Margolis, e Cohen (1983) (Friedlander et al., 2006), uma maior profundidade da sessão (Friedlander, Bernardi, & Lee, 2010) e melhorias no cliente (e.g., Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008); e (3) mesmo alianças cindidas ligeiras (*split alliances*) podem ser observadas através do SOFTA-o (Muñiz de la Peña et al., 2009). Todavia, os autores do instrumento recomendam que sejam realizados estudos adicionais que possam confirmar estes resultados (Friedlander et al., 2006).

Segundo o modelo conceptual do SOFTA (cf. Figura 1), as quatro dimensões são úteis para a prática clínica e refletem a definição operacional da aliança: a Segurança dentro do Sistema Terapêutico e o Sentimento de Partilha de Objetivos na Família espelham as especificidades da terapia com múltiplos clientes; enquanto o Envolvimento no Processo Terapêutico e a Conexão

Emocional com o Terapeuta retratam as características comuns a todas as modalidades de tratamento (Bordin, 1979). De notar que estas dimensões não são mutuamente exclusivas. Assim, o sentido de segurança de um cliente está intimamente relacionado com a sua ligação emocional ao terapeuta e com o seu envolvimento na terapia. Tal como estas dimensões tendem a ser mais fortes quando toda a família está de acordo quanto às razões que os levam a estar na terapia e com o que esperam conseguir com a intervenção. Contudo, cada dimensão oferece informação específica e não redundante acerca da força da aliança terapêutica para um dado cliente ou família.

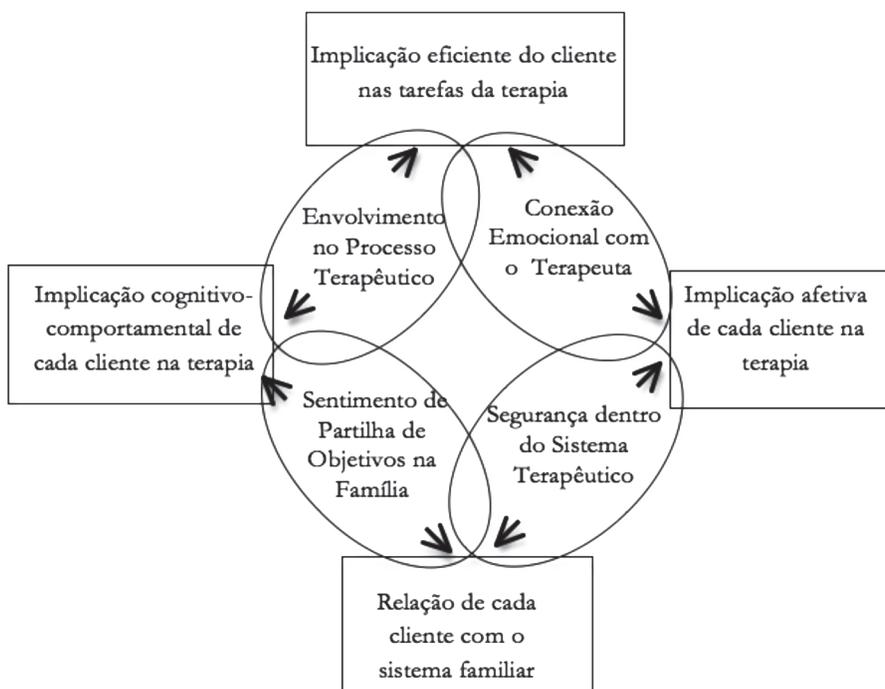


Figura 1. Inter-relações das dimensões do SOFTA. Adaptado de “La creación de la alianza terapêutica en la terapia familiar”, de V. Escudero, 2009, *Apuntes de Psicología*, 27, p. 255. Adaptado com permissão.

Resumindo, o SOFTA-o permite avaliar a força da aliança terapêutica a partir de comportamentos observáveis, baseando-se num modelo multidimensional e transteórico do constructo: a) *multidimensional* porque para além das quatro dimensões que definem operacionalmente a alian-

ça, estão representados quer o sistema cliente, quer o sistema terapeuta, com dimensões que refletem as relações cliente-terapeuta (Envolvimento, Conexão Emocional) e dimensões que se reportam às relações dentro da família (Segurança, Partilha de Objetivos), tal como estão evidenciadas diferentes áreas do funcionamento, cognitivo-comportamentais (Envolvimento, Partilha de Objetivos) e afetivas (Segurança, Conexão Emocional); b) *transteórico* porque reflete aspetos da aliança que não são exclusivos de uma teoria particular de psicoterapia (e.g., psicanalítica, sistémica, cognitiva) ou de um modelo específico de terapia familiar (e.g., estrutural, estratégico, centrado nas soluções), sublinhando assim o carácter comum e transversal da aliança nas terapias.

2. Estudos em Portugal

Como foi desenvolvido/adaptado e validado?

O facto de o SOFTA-o ter resultado de uma profícua colaboração transatlântica, entre os EUA e Espanha, fizeram dele um instrumento particularmente interessante a explorar no nosso país. Portugal e Espanha são países vizinhos e as semelhanças entre os dois territórios tornaram atraente o objetivo de estudar o SOFTA-o na nossa prática clínica, investigação e formação/supervisão de terapeutas familiares, respondendo assim à necessidade premente de promover a pesquisa científica na área da terapia familiar sistémica.

Os trabalhos relativos ao desenvolvimento e aplicação da versão observacional portuguesa do SOFTA (Sotero, Portugal, Cunha, Vilaça, & Relvas, 2010) inserem-se no âmbito de um conjunto alargado de estudos efetuados entre 2010 e 2011. Os estudos aqui apresentados foram pioneiros e tiveram como objetivo proporcionar a utilização desta grelha de avaliação observacional da aliança terapêutica (versão clientes e versão terapeuta), explorando as suas propriedades psicométricas no que diz respeito à fiabilidade (e.g., acordo interobservadores) e validade (e.g., convergente e preditiva) (Relvas et al., 2010). Atualmente encontram-se em curso estudos que permitam aprofundar as características deste mé-

todo de medição da aliança, nomeadamente ao nível da validade interna (e.g., análise fatorial exploratória) e da validade convergente entre o SOFTA-o e o SOFTA-s, bem como promover a investigação científica na área das terapias conjuntas.

De forma a garantir a equivalência linguística e conceptual do instrumento, a versão original espanhola do SOFTA-o foi submetida a um processo de tradução-retroversão composto por quatro passos: (a) 1ª versão – resultou da tradução para a língua portuguesa, por parte de uma psicóloga com experiência clínica e formação na área sistémica; (b) 2ª versão – originada a partir da comparação entre a 1ª versão traduzida e a versão original espanhola efetuada por uma portuguesa bilingue especialista de saúde mental com formação sistémica; (c) retroversão da 2ª versão (usando o método inverso) feita por um terceiro especialista¹ bilingue na área sistémica; (d) 3ª versão – emergiu da verificação da equivalência do conteúdo da retroversão com o instrumento original concretizada pelo autor espanhol (Valentín Escudero), o qual apenas sugeriu alterações menores.

Por fim, as diversas versões foram avaliadas e comparadas por cinco profissionais de saúde mental com experiência clínica, em termos da equivalência semântica (gramática e vocabulário), conceptual (contexto cultural) e idiomática (coloquialismos) do conteúdo dos itens. Como resultado desta validação consensual foram feitas ligeiras alterações de linguagem e reformuladas algumas expressões para melhorar a compreensão dos itens, resultando deste processo a versão final do instrumento. Posteriormente foi conduzido um pré-teste de análise e interpretação dos descritores, através da leitura da grelha observacional, com uma amostra de quatro mestrandos de Psicologia Clínica, o qual não revelou dificuldades na compreensão dos enunciados. Esta análise prévia da versão final do instrumento teve como objetivo averiguar alguns aspetos da validade facial.

Paralelamente à tradução do instrumento, foi também realizada a tradução do *Manual de Treino* do SOFTA-o (Friedlander et al., 2005; versão traduzida e adaptada por Sotero et al., 2010), o qual contém a operacionalização detalhada dos descritores comportamentais, fornecendo

¹ Agradecemos ao Prof. Jorge De Vega a sua colaboração neste trabalho.

orientações específicas sobre o significado exato dos itens e os contextos em que devem ser registados. Este trabalho de tradução foi desenvolvido pela equipa de investigação, e posteriormente analisado e validado por um dos autores do instrumento.

Estudos de precisão

A fiabilidade traduz a precisão do método de medição e pode ser averiguada através da consistência ou estabilidade desse método (e.g., teste, instrumento, grelha de observação). O atributo da consistência de uma medida raramente é uma questão de tudo ou nada (Cohen, Swerdlik, & Smith, 1992), existindo graus de confiabilidade e várias formas de o medir (e.g., método teste-reteste, comparações *split-half*). No caso particular das metodologias observacionais o estabelecimento da fiabilidade é habitualmente feito a partir do cálculo da concordância entre dois ou mais avaliadores que observam o mesmo evento, registando-o de forma independente (Dessen & Murta, 1997). Dito de outro modo, a fiabilidade interobservadores permite averiguar se diferentes observadores ao utilizarem os mesmos métodos de avaliação obtêm resultados consistentes, existindo vários índices de acordo interjuízes mencionados na literatura (e.g., coeficiente *S* de Bennet, Alpert e Goldstein, o coeficiente *Kappa* de Cohen). Segundo Bakeman (2000), o acordo entre observadores pode ser visto como uma condição *sine qua non* da investigação observacional. O facto de se tratarem de dados observacionais recolhidos por observadores humanos, através de um juízo crítico, tornam especialmente importantes os aspetos relacionados com a formação e treino dos observadores, o acordo entre eles e a fiabilidade das dados recolhidos. A este propósito convém clarificar que acordo não é o mesmo que fiabilidade (Bakeman, 2000), dado que o acordo apenas mede a igualdade ou semelhança das observações entre avaliadores, enquanto a fiabilidade se reporta à possibilidade de generalização (ou reprodutibilidade) dos dados (Bakeman, 2000). No caso de investigações observacionais, um dos coeficientes de generalização, ou de fiabilidade, apropriados é o *Coefficiente de Correlação*

Intraclasse (ICC do inglês Intraclass Correlation Coefficient) (Bakeman, 2000), o qual verifica a igualdade das classificações médias atribuídas por vários sujeitos (Pestana & Gageiro, 2005).

Para incrementar e avaliar a fiabilidade da versão portuguesa do SOFTA-o foram conduzidos três estudos distintos, os quais se descrevem a seguir.

Estudo 1. De modo a procurar controlar e minimizar enviesamentos foram tomadas algumas medidas preventivas, nomeadamente uma fase de treino de codificação exaustiva e o uso do manual detalhado de codificação. Neste sentido, dois elementos da equipa de investigação receberam uma formação presencial no SOFTA-o, na Universidade da Corunha, durante dois dias, liderada pelo autor do instrumento (V. Escudero). Após a aquisição de uma boa compreensão do modelo do SOFTA e da discussão sobre as especificidades e dificuldades na utilização do instrumento, ambas as equipas de investigação (portuguesa e espanhola) observaram e cotaram em conjunto um vídeo de uma sessão de terapia familiar. Este processo envolveu repetidas comparações e acertos do processo de codificação entre as equipas, o que permitiu clarificar e aprofundar a descrição das unidades de codificação (i.e, dos descritores comportamentais). Apesar de não se ter constituído como um teste de fiabilidade formal, este procedimento proporcionou um aumento do acordo interjuízes no decorrer da aplicação do método de observação.

Estudo 2. A primeira prova formal de fiabilidade com a versão portuguesa do SOFTA-o realizou-se depois de um período de treino (entre 10-15 horas) com os vídeos disponíveis *on-line* no site do instrumento (Disponível em <http://www.softa-soatif.com>) e alguns vídeos de sessões de terapia familiar, representativos do material a analisar. Depois do treino conjunto, os elementos da equipa de investigação (dois doutorandos em Intervenção Familiar e dois mestres em Psicologia Clínica) observaram e codificaram, de forma independente, seis vídeos de sessões de terapia familiar. Dois elementos codificaram os comportamentos observáveis dos clientes (SOFTA-o, versão clientes) e outros dois codificaram os comportamentos observáveis dos terapeutas (SOFTA-o, versão terapeuta).

A fiabilidade inter-juízes foi avaliada através da cálculo do *ICC* em cada uma das dimensões pontuadas. Os coeficientes de correlação encontrados são apresentados no Quadro 2.

Quadro 2.

Coefficiente de correlação intraclasse (ICC): SOFTA-o

Dimensões	Versão Clientes	Versão Terapeuta
Envolvimento no Processo Terapêutico	.90	.89
Conexão Emocional com o Terapeuta	.91	.86
Segurança Dentro do Sistema Terapêutico	.93	.95
Sentimento de Partilha de Objetivos na Família	.91	.91

Os resultados obtidos foram indicadores de uma boa fiabilidade interobservadores, tendo sido obtidos valores da correlação intraclasse próximos dos reportados pelos autores do SOFTA-o (desde .72 a .95; Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006).

Estudo 3. Com vista a avaliar a precisão do sistema de medição (i.e., o grau em que uma medida repetida sob condições inalteradas mostra os mesmos resultados – *precision*; Taylor, 1997), as equipas de investigação portuguesa e espanhola procederam à codificação, de modo independente, de uma sessão de terapia familiar (*role-play* didático) e compararam ambas as cotações. Esta prova de precisão, na qual o autor espanhol foi auditor, revelou uma percentagem de acordo de 70% no caso da cotação dos comportamentos dos clientes e de 90% na cotação dos terapeutas.

Estes estudos preliminares foram reveladores da utilidade da versão portuguesa do sistema de observação, atendendo aos níveis de precisão alcançados. De notar que, apesar de se ter encontrado alguma evidência de fiabilidade neste estudo, esta deve ser avaliada caso-a-caso, tal como é aconselhável que os membros da equipa de avaliadores reúnam periodicamente para compararem os seus resultados e não deixarem que o acordo e sincronismo na aplicação dos critérios de registo e de pontuação diminuam (Friedlander et al., 2005).

Estudos de validade

A validade refere-se a uma propriedade do instrumento de medida – um instrumento é válido quando mede aquilo que pretende medir – enquanto a validação se mostra um processo complexo porque se trata de provar cientificamente a validade desse instrumento (Pasquali, 2007). A validade de constructo de um instrumento não se estabelece com a confirmação de um único estudo, pelo contrário requer um conjunto de resultados consistentes, a partir de um conjunto de estudos, implicando a acumulação de evidências científicas para verificar tal propriedade (Pasquali, 2007). Neste sentido, os estudos que a seguir se apresentam reportam-se apenas a alguns indicadores, sobretudo da validade de constructo, não dispensando futuras investigações complementares da validade do SOFTA-o. Nestes estudos de validade foram considerados os seguintes indicadores: (1) as intercorrelações entre as dimensões do SOFTA; (2) os dados da aliança nas terapias familiares com diferentes grupos de clientes (filhos adolescentes vs. pais); (3) a relação com os resultados terapêuticos (abandono vs. processos terminados).

Estudo 1. A associação entre as dimensões avaliadas pelo SOFTA foi determinada através do cálculo do grau de associação ou de intercorrelação entre as dimensões, utilizando o coeficiente de correlação de Spearman (medida de associação para variáveis ordinais; Maroco, 2007), no sentido de perceber o grau em que os indicadores designados para medir o mesmo constructo (i.e., aliança terapêutica) são relacionados e convergentes (*convergent validity*; Campbell & Fiske, 1959). No caso dos indicadores terem uma relação forte entre si apresentarão correlações elevadas, acontecendo o inverso com os que não se relacionam. Para aceder às intercorrelações entre as quatro dimensões foi aleatoriamente selecionado um elemento de cada família de um conjunto de 40 famílias ($N=40$), de modo a assegurar a independência dos dados. Conforme ilustrado no Quadro 3, as relações entre as quatro dimensões variam entre .05 e .38. A Conexão Emocional surge como a única dimensão que está significativamente associada a todas as outras, apesar de as correlações obtidas serem moderadas. Através do cálculo do coeficiente de determinação podemos

concluir que a Conexão Emocional partilha 14% da sua variância com o Envolvimento e igual percentagem de variância comum com a Segurança e com a Partilha de Objetivos, respetivamente. De notar que todas as dimensões se correlacionam positivamente entre si, conforme seria expectável atendendo ao constructo avaliado. As correlações mais baixas estão associadas à dimensão Segurança (Envolvimento $r_s=.05$ e Partilha de Objetivos $r_s=.08$). Este resultado vai ao encontro do que foi encontrado no estudo original (Friedlander, Escudero, Horvath et al., 2006), no qual a Segurança e a Partilha de Objetivos aparecem como as dimensões menos correlacionadas ($r_s=.18$). Os resultados obtidos devem contudo ser interpretados com precaução, atendendo à reduzida dimensão da amostra ($N=40$).

Quadro 3.

Intercorrelações entre as dimensões do SOFTA-o

	ENV	CE	S	SPO
Envolvimento no Processo	-			
Conexão Emocional	.38*	-		
Segurança Dentro Sistema Terapêutico	.05	.37*	-	
Sentimento de Partilha de Objetivos	.26	.38*	.08	-

ENV = Envolvimento no Processo; CE = Conexão Emocional; S = Segurança Dentro Sistema Terapêutico; SPO = Sentimento de Partilha de Objetivos.

* $p < .05$

Estudo 2. Para determinar até que ponto os comportamentos observáveis, dentro de cada dimensão do SOFTA-o, são clinicamente significativos e discriminantes entre as alianças estabelecidas com pais e filhos adolescentes, respetivamente, foi conduzido um teste de validade com estes dois grupos de clientes no contexto da terapia familiar (validade grupos-conhecidos). Neste âmbito, 49 sujeitos (21 pais/mães e 28 filhos/as adolescentes) que participaram numa 1ª sessão de terapia familiar foram avaliados com o SOFTA-o, procedendo-se depois à comparação da força da aliança entre os grupos. Depois de comparados os resultados obtidos apontam para diferenças estatisticamente significativas na força da aliança nas dimensões Envolvimento no Processo Terapêutico ($z=-2.97$, $p=.003$) e Conexão Emocional com o Terapeuta ($z=-2.98$, $p=.003$). Nesta amostra, os adolescentes ($\mu=20.05$) estavam menos envolvidos na terapia familiar do que os seus pais ($\mu=31.60$),

bem como se apresentavam menos conectados emocionalmente com o terapeuta ($\mu_{\text{adolescentes}}=20.30$; $\mu_{\text{pais}}=31.26$) (Sotero, Relvas, & Escudero, 2011). Estes resultados parecem corroborar os estudos que apontam para o facto de ser particularmente desafiante estabelecer uma relação terapêutica com adolescentes, uma vez que estes se apresentam com frequência no início da terapia familiar contra a sua vontade (Friedlander et al., 2006).

Estudo 3. A relação entre a aliança terapêutica e os resultados terapêuticos está teórica e empiricamente descrita na literatura, principalmente na terapia individual (Horvath et al., 2011), mas também na terapia familiar (Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011). Assim, foi conduzida uma prova de validade com o propósito de avaliar a capacidade do SOFTA-o prever algo que teoricamente deveria ser capaz de prever (*predictive validity*; Cronbach & Meehl, 1955). Os resultados do estudo qualitativo com quatro casos clínicos contrastantes, do ponto de vista dos resultados da terapia familiar (conclusão da terapia por mútuo acordo vs. abandono da terapia) (Sotero et al., 2010), corroboraram a associação entre a aliança e os resultados terapêuticos encontrada em pesquisas anteriores (Beck et al., 2006). As famílias que terminaram a terapia por mútuo acordo apresentavam no início do processo alianças moderadamente fortes e congruentes nas quatro dimensões do SOFTA. Por oposição, nos casos em que houve abandono do processo foram obtidas avaliações notavelmente menos favoráveis nas quatro dimensões da aliança (Sotero, Portugal, Cunha, Vilaça, Alarcão et al, 2010).

3. Aplicação

Como aplicar, cotar e interpretar?

Em primeiro lugar, independentemente do objetivo de aplicação do instrumento (clínico ou investigação) é fundamental uma boa compreensão do modelo conceptual que está subjacente ao SOFTA. É também essencial que os codificadores ou observadores se familiarizem com as definições operacionais das dimensões e com os descritores comportamentais que lhes estão associados, apesar de não ser necessária a sua memorização.

Embora não seja requisito ter experiência clínica, o SOFTA-o deve ser utilizado por observadores que sejam licenciados numa área da saúde mental e pós-graduados em terapia familiar ou intervenção sistémica. Quando os codificadores apresentarem um bom conhecimento acerca dos itens comportamentais e das dimensões deve seguir-se um período de treino de cotação. Os autores do instrumento sugerem a utilização dos vídeos de treino disponíveis em <http://www.softa-soatif.com>, os quais representam trechos de sessões terapêuticas ilustrativas de descritores comportamentais, positivos e negativos, em cada uma das dimensões da aliança. No caso da investigação, recomenda-se que, pelo menos, dois observadores avaliem a sessão de terapia familiar e que o treino de codificação com o SOFTA-o inclua a cotação prévia de 6 a 12 vídeos representativos do material a analisar, alcançando-se normalmente uma boa fiabilidade interobservadores depois de 10 a 15 horas de treino, durante 4 a 5 semanas.

Para além do material a analisar (sessão de terapia familiar/casal) é necessário que o codificador disponha do instrumento (SOFTA-o, versão clientes e/ou terapeutas) e do *Manual de Treino* (Friedlander et al., 2005; versão traduzida e adaptada por Sotero et al., 2010), do qual constam as instruções de codificação indispensáveis à aplicação das grelhas de observação e as definições operacionais de cada descritor comportamental. As definições dos descritores do terapeuta estão igualmente incluídas no manual e proporcionam aos observadores orientações específicas sobre quando e em que contexto devem ser registados.

A tarefa de avaliar a aliança terapêutica com o SOFTA-o comporta duas fases distintas: 1) registar a presença de indicadores comportamentais ao longo da sessão; 2) atribuir uma pontuação sobre a força da aliança para cada dimensão, imediatamente depois de ver a sessão completa. O pressuposto subjacente a este processo é que a pontuação atribuída a cada uma das quatro dimensões da aliança seja feita com base no registo de indicadores comportamentais observáveis que refletem sentimentos, pensamentos e atitudes internas dos membros da família sobre a terapia e o relacionamento com o terapeuta.

Na primeira fase os avaliadores observam de forma independente o vídeo, parando e rebobinando as vezes que forem necessárias. Quando se

observa algum comportamento incluído na lista de descritores, como por exemplo "o cliente expressa otimismo ou indica que houve uma mudança positiva", o avaliador coloca uma marca no espaço em branco reservado para esse descritor e para esse membro da família (por exemplo, "mãe" ou "criança"). De forma a recordar, no final da sessão, a importância ou clareza e intensidade dos comportamentos assinalados podem ser colocadas notas ou comentários adicionais.

Na segunda fase, isto é, no final da sessão que está a ser avaliada, o observador deverá atribuir uma pontuação a cada membro da família presente na sessão, em cada uma das 3 dimensões (Envolvimento, Conexão Emocional, Segurança), dado que na dimensão Sentimento de Partilha de Objetivos na Família faz-se uma avaliação da família como um todo e, portanto, é dada uma pontuação para toda a família/casal.

As indicações que orientam a escala de pontuação referem-se à valência (positiva ou negativa), intensidade e frequência do comportamento, bem como à sua importância e significado no contexto da sessão. Cada dimensão é pontuada segundo uma escala numérica/ordinal de sete pontos (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3): 0 (i.e., *nada a assinalar* ou *aliança neutra*), -3 representa o extremo negativo (i.e., *aliança muito problemática*) e +3 o outro extremo (i.e., *aliança muito forte*). A pontuação de 0 é dada quando não há comportamentos positivos ou negativos registados ou quando o número e a natureza desses comportamentos se anulam uns aos outros. Assim, uma pontuação de 0 sugere que a aliança não é particularmente positiva ou particularmente negativa. Quando apenas existem comportamentos positivos a pontuação deve ser +1, +2 ou +3. De forma similar, quando apenas há comportamentos negativos, a pontuação deve ser -1, -2 ou -3. A subjetividade existe quando é necessário considerar o contexto, o conteúdo e o significado dos comportamentos observados, e a pontuação requer uma maior inferência quando os clientes (ou terapeutas) apresentam durante a sessão comportamentos quer positivos quer negativos. Nestas circunstâncias, a pontuação deve ser entre -1, 0 e +1.

A pontuação atribuída a cada membro da família pode ser influenciada pela forma como são pontuados os outros membros da família. Por essa razão, o avaliador deve em primeiro lugar atender às marcas feitas para

assinalar os descritores comportamentais e decidir quem é o membro da família menos envolvido na terapia. Esse membro deve ser avaliado e pontuado primeiro, passando-se depois à segunda pessoa menos envolvida e assim sucessivamente. Desta maneira, o membro da família mais envolvido ou comprometido com a terapia é avaliado em último lugar.

Com efeito, a ponderação final não é feita pelos avaliadores confiando simplesmente na sua intuição ou impressão final para pontuar cada dimensão, mas tem que se basear e apoiar nos descritores comportamentais identificados e assinalados durante a sessão, atendendo também ao conteúdo e ao contexto. Por exemplo, o indicador “os membros da família oferecem um acordo para um compromisso” terá um significado diferente se o compromisso estiver diretamente relacionado com o problema que está em discussão ou caso se refira a algo periférico relativamente às preocupações centrais da família. Consideremos um outro exemplo, reportando-nos a um dos vídeos de treino acessíveis *on-line*. Um jovem rapaz está sentado quase na posição fetal, escondendo a cabeça e a parte superior do corpo. Parece relutante em responder ao terapeuta ou à avó, que fala para ele de forma suave e carinhosa. A determinada altura, o rapaz revela algo doloroso: “O meu pai bate-me”. Poucos minutos depois, começa a chorar. Nestes dois minutos de *role-play*, os comportamentos negativos de Segurança são (a) o rapaz apresenta uma postura corporal defensiva e (b) está relutante em responder à avó quando esta lhe fala diretamente. Um indicador positivo de Segurança é a sua expressão de vulnerabilidade (i.e., revela algo doloroso e chora). Dado que os comportamentos extremos negativos superam o positivo, a pontuação adequada era -1. Se o rapaz não tivesse chorado ou mencionado o abuso físico (i.e., não tivesse manifestado um comportamento positivo de Segurança), a pontuação deveria ser superior a -1 e baseada apenas nos comportamentos não-verbais. Contudo, se ele estivesse relutante em responder mas não estivesse sentado de forma tão defensiva, a pontuação dada poderia ser +1, dada a natureza sensível da sua revelação. Se ele tivesse chorado, mencionado que o pai lhe batia, sem estar numa postura defensiva nem relutante (i.e. se apenas apresentasse indicadores positivos de Segurança), a pontuação deveria ser +3.

4. Vantagens, limitações e estudos futuros

É hoje aceite que a aliança terapêutica é uma variável crítica no processo e nos resultados da terapia familiar e de casal (Friedlander et al., 2011). Todavia, a sua construção e manutenção no contexto das terapias conjuntas é um processo complexo, multipessoal e multigeracional, sendo ainda diminuto o conhecimento científico a seu respeito. Assim, uma primeira vantagem do SOFTA-o é disponibilizar em português uma ferramenta que permite “ver” a(s) aliança(s) terapêutica(s) com base num modelo conceptual derivado da teoria, investigação e prática clínica. Outra vantagem, é o facto de o SOFTA-o possibilitar a identificação e codificação dos comportamentos observáveis dos clientes enfatizando o processo de interação social (cliente-terapeuta; cliente-cliente; cliente-família), momento-a-momento, na construção da(s) aliança(s) terapêutica(s). Para além disso, este instrumento disponibiliza ainda uma versão que permite identificar os comportamentos dos terapeutas que contribuem (mais e menos) para a construção e manutenção da aliança ao longo das sessões. A representação da experiência clínica, nomeadamente dos comportamentos dos terapeutas que contribuem para a aliança e dos comportamentos dos clientes que a revelam, constitui-se assim como um método bastante útil e sistemático que pode ser utilizado na investigação, na formação e treino de terapeutas, bem como na prática clínica.

Apesar das vantagens referidas, há, contudo, algumas limitações neste sistema de observação que devem ser tomadas em consideração. Primeiro, embora se aceite que os pensamentos e sentimentos acerca da aliança se manifestam em determinados comportamentos expressos, não pode ser assumido que os comportamentos representados no SOFTA-o representam o universo dos comportamentos-aliança dos clientes ou dos comportamentos-contributo dos terapeutas. Para além disso, alguns dos comportamentos predeterminados, tais como “O cliente expressa fisicamente afeto ou carinho pelo terapeuta” (Conexão Emocional) e “O cliente menciona de forma ansiosa/incómoda a câmara, os observadores, a supervisão, ou os procedimentos de investigação” (Segurança), não ocorrem em todos os contextos clínicos ou com os clientes de todas

as culturas (Friedlander et al., 2006). Desta forma, os descritores comportamentais contemplados em cada uma das dimensões do SOFTA refletem a maioria das abordagens terapêuticas na terapia familiar e de casal, mas inevitavelmente limitam o que é visto e registado. Uma segunda assunção que deve ser feita reporta-se ao facto de as alianças terapêuticas serem bidirecionais. De acordo com o SOFTA-o há comportamentos que identificam uma aliança forte e outros que assinalam uma aliança fraca, sendo também possível avaliar uma aliança como neutra, quando não existem indicadores comportamentais suficientemente positivos ou negativos, ou quando ambos se anulam. Dada a natureza ordinal da escala, não é possível considerar, por exemplo, que quando um cliente obteve no Envolvimento uma pontuação de +2 (aliança *bastante forte*), significa que está duas vezes mais envolvido na terapia do que um outro que recebeu a pontuação de +1 (aliança *ligeira*). Finalmente, não podemos assumir que todos os indicadores comportamentais do instrumento são igualmente indicativos da força da aliança. Ter uma postura corporal “aberta”, por exemplo, não é tão significativo como revelar um segredo familiar, no caso da dimensão Segurança. Assim, registar simplesmente a frequência dos indicadores comportamentais não é suficiente, sendo necessário um julgamento crítico que tome em conta o conteúdo (verbal ou não verbal) e os contextos interpessoais. Aspetos como o tom e o volume da voz do cliente, o seu comportamento não-verbal, ou as reações dos outros elementos da família, fornecem pistas acerca da força e importância dos descritores comportamentais no decorrer do contexto terapêutico. É importante não esquecer que a recolha observacional dos dados é feita por observadores treinados e implica a realização de julgamentos e inferências, baseados na observação a partir das grelhas de registo (“*human synthesizer*”, Friedlander et al., 2006, p. 264), algo não muito diferente daquilo que o terapeuta faz ao longo da terapia mas de forma menos sistemática.

Em termos de investigação futura será importante prosseguir com os estudos de evidência de validade no contexto português, nomeadamente testar o modelo resultante de uma análise fatorial confirmatória e realizar estudos de validade convergente com outros instrumentos de medida da

aliança terapêutica (e.g., SOFTA-s; VTAS-R). A investigação com o SOFTA-o permitirá ainda, futuramente, desenvolver uma visão crítica sobre os descritores comportamentais que compõe cada uma das dimensões da aliança e sobre a sua adequação ao contexto da terapia familiar em Portugal.

5. Bibliografia

- Bakeman, R. (2000). Behavioral observation and coding. In H. T. Reis & C. K. Judd (Eds.), *Handbook of research methods in social psychology* (pp. 138-159). New York: Cambridge University Press.
- Beck, M., Friedlander, M., & Escudero, V. (2006). Three perspectives of clients' experiences of the therapeutic alliance: A discovery-oriented investigation. *Journal of Marital and Family Therapy, 32*, 355-368. doi: 10.1111/j.1752-0606.2006.tb01612.x
- Bertalanffy, L. Von (1972). *Théorie générale des systèmes*. Paris: Dunod. Edição original 1986.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy, 16*, 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Campbell, D. T., & Fiske, D. W. (1959). Convergent and discriminant validation by the multitrait multimethod matrix. *Psychological Bulletin, 56*, 81-105. doi: 10.1037/h004616
- Christensen, L. L., Russell, C. S., Miller, R. B., & Peterson, C. M. (1998). The process of change in couples therapy: A qualitative investigation. *Journal of Marital and Family Therapy, 24*, 177-188. doi: 10.1111/j.1752-0606.1998.tb01074.x
- Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Smith, D. K. (1992). *Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement* (2nd ed.). California: Mayfield Publishing Company.
- Cronbach, L. J., & Meehl, P. E. (1955). Construct validity in psychological tests. *Psychological Bulletin, 52*, 281-302. doi: 10.1037/h0040957
- Dessen, M. A., & Murta, S. G. (1997). A metodologia observacional na pesquisa em psicologia: Uma visão crítica. *Cadernos de Psicologia, 1*, 47-60.
- Diamond, G. M., Liddle, H. A., Hogue, A., & Dakof, G. A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy. A process study. *Psychotherapy, 36*, 355-368. doi: 10.1037/h0087729
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la terapia familiar. *Apuntes de Psicología, 27*, 247-259.
- 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
- Escudero, V., Heatherington L., & Friedlander, M. L. (2010). Therapeutic alliances and alliance building in family therapy. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance. An evidenced-based guide to practice* (pp. 240-262). New York: Guilford.
- Fallon, I. (1991). Behavioral family therapy. In A. Gurman & D. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (Vol. II, pp. 75-85). New York: Brunner/Mazel.
- Friedlander, M. L., Bernardi, S., & Lee, H. (2010). Better versus worse family therapy sessions as reflected in clients' alliance-related behavior. *Journal of Counseling Psychology, 57*, 198-204. doi: 10.1037/a0019088

- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M., Escudero, V., Heatherington, L., Deihl, L., Field, N., Lehman, P., . . . Cutting, M. (2005). *Sistema de Observación de la Alianza Terapéutica en Intervención Familiar (SOATIF_o) – Manual de Entrenamiento - revisado*. Acedido em 12, janeiro, 2009, em <http://www.softa-soatif.com/docusofta/softa%20instruments/manuales/SOATIFManual.pdf>. Tradução Portuguesa de Sotero L., Portugal A., Cunha D., Vilaça M. & Relvas, A. P. (2010). Universidade de Coimbra: Material não publicado.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. *Psychotherapy, 48*, 25-33. doi: 10.1037/a0022060
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, S., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M. P. (2006). System for Observing Family Therapy Alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology, 53*, 214-225. doi: 10.1037/0022-0167.53. 2.214
- Goldfried, M. R. (1980). Toward the delineation of therapeutic change principles. *Applied and Preventive Psychology, 13*, 3-4.
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990). Couple and family therapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy, 16*, 299-306. doi: 10.1111/j.1752-0606.1990.tb00851.x
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. B. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy, 48*, 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the Working Alliance Inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Knobloch-Fedders, L. M., Pinsof, W. M., & Mann, B. J. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process, 43*, 425-442. doi: 10.1111/j.1545-5300.2004.00032.x
- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease, 171*, 480-491.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies; "Is it true that everybody has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.
- Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta analytic review. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 68*, 438-450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438
- Morin, E. (1991). *Introdução ao pensamento complexo* (D. Matos, Trad.). Lisboa: Instituto Piaget. (Obra Original Publicada em 1990).
- Muñiz de la Peña, C., Friedlander, M. L., & Escudero, V. (2009). Frequency, severity, and evolution of split family alliances: How observable are they? *Psychotherapy Research, 19*, 133-142. doi: 10.1080/10503300802460050

- Pasquali, L. (2007). Validade dos testes psicológicos: Será possível reencontrar o caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23, 99-107.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pinsof, W. B. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 173-195). New York: Willey.
- Pinsof, W. B. (1995). *Integrative problem-centered therapy*. New York: Basic Books.
- Pinsof, W. B., & Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151. doi: 10.1111/j.1752-0606.1986.tb01631.x
- Pinsof, W. M., Zinbarg, R., & Knobloch-Fedders, L. M. (2008). Factorial and construct validity of revised short form Integrative Psychotherapy Alliance Scales for family, couple and individual therapy. *Family Process*, 47, 281-301. doi: 10.1111/j.1545-5300.2008.00254.x
- Rait, D. S. (2000). The therapeutic alliance in couples and family therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 211-224. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<211::AID-JCLP7>3.0.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 Electronic EFTA Newsletter*. Retrieved from http://www.eftacim.org/doc_pdf/softa.pdf
- Robbins, M. S., Liddle, H. A., Turner, C. W., Dakof, G. A., Alexander, J. F., & Kogan, S. M. (2006). Adolescent and parent therapeutic alliances as predictors of dropout in multidimensional therapy. *Journal of Family Psychology*, 20, 108-116. doi: 10.1037/0893-3200.20.1.108
- Robbins, M. S., Turner, C. W., Alexander, J. F., & Perez, G. A. (2003). Alliance and dropout in family therapy for adolescents with behavior problems: Individual and systemic effects. *Journal of Family Psychology*, 17, 534-544. doi: 10.1037/0893-3200.17.4.534
- Rogers, C. R., & Wood, J. K. (1974). Client-centered theory: Carl R. Rogers. In A. Burton (Ed.), *Operational theories of personality* (pp. 211-258). New York: Brunner/Mazel.
- Sotero, L., Portugal, A., Cunha, D., Vilaça, M., Alarcão, M., Escudero, V., & Relvas, A. P. (2010, October). *Exploratory Study of Preliminary Portuguese Data with SOFTA-o in Systemic Family Therapy*. Oral Communication presented at the 7th European Family Therapy Association (EFTA) Congress, Paris, France. Retrieved from <http://www.europeanfamilytherapy.eu/wp-content/uploads/2012/10/sotero.pdf>
- Sotero, L., Portugal, A., Cunha, D., Vilaça, M., & Relvas, A. P. (2010). *Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar: SOFTA* [Versão Portuguesa. Versão Clientes; Versão Terapeutas]. Instrumento não publicado.
- Sotero, L. & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 24, 187-196. doi:10.1590/S0102-71822012000100021
- Sotero, L., Relvas, A. P., & Escudero, V. (2011, July). The Therapeutic Alliance With Involuntary Adolescent Clients in the Context of Systemic Family Therapy. In Gary Diamond (Chair), *Adolescents in Family Therapy: The Challenge of Building Therapeutic Alliances*. Symposium conducted at the International Meeting of the 42nd Society for Psychotherapy Research (SPR), Bern, Switzerland.
- Symonds, B. D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, 43, 443-455. doi: 10.1111/j.1545-5300.2004.00033.x
- Taylor, J. R. (1997). *An introduction to error analysis: The study of uncertainties in physical measurements* (2nd ed.). Sausalito: University Science Books.

Apêndice B

ESCALA DE OBJETIVOS ATINGIDOS (GAS)

Luciana Sotero
Ana Paula Relvas

“...GAS is not only a technique for measuring outcomes
but perhaps also a facilitator of goal attainment.”

(Schlosser, 2004, p. 225)

Resumo

A Escala de Objetivos Atingidos é a versão Portuguesa da *Goal Attainment Scaling* (GAS; Kiresuk & Sherman, 1968) e pode ser utilizada na investigação ou na prática clínica como um método de avaliação dos resultados obtidos na terapia familiar, num programa de intervenção ou noutra tipo de serviço de apoio orientado para a família. Esta versão é adaptada ao contexto de intervenção familiar, embora a GAS possa ser utilizada numa diversidade de populações e contextos. No início do processo de intervenção, este método permite identificar os objetivos que se pretendem atingir, analisando-se posteriormente em que medida foram atingidos enquanto resultado da intervenção. Com base numa amostra aleatória de 40 processos de Terapia Familiar Sistémica foram realizados estudos de fiabilidade (acordo interavaliadores) e validade (conteúdo e social). As vantagens e limitações na aplicação deste método de avaliação são exploradas, tal como são feitas algumas recomendações com vista a promover uma implementação apropriada.

Palavras-chave: resultados terapêuticos, objetivos terapêuticos, intervenção familiar, GAS.

Abstract

The Portuguese version of the Goal Attainment Scaling (GAS; Kiresuk & Sherman, 1968) is the *Escala de Objetivos Atingidos* and can be used in research or clinical practice as a method for evaluating the results obtained in family therapy, in an intervention program or in other support services oriented to the family group. This version is adapted to the context of family intervention, although the GAS can be used in several populations and contexts. At the beginning of the intervention, this method allows to identify the goals to be achieved, later analyzing the extent to which they were achieved as a result of the intervention. Based on a random sample of 40 cases of Systemic Family Therapy studies of reliability (interrater agreement) and validity (content and social) were performed. The advantages and limitations of using this method of evaluation are explored and some recommendations are made to promote an appropriate implementation.

Keywords: therapeutic outcomes, therapeutic goals, family intervention, GAS.

1. Instrumento

O que é, o que avalia e a quem se aplica?

No Quadro 1 encontra-se a ficha técnica relativa à *Escala de Objetivos Atingidos*, versão portuguesa da *Goal Attainment Scalling* (GAS; Kiresuk & Sherman, 1968).

Quadro 1.

Ficha técnica da GAS

O que é?	A <i>Escala de Objetivos Atingidos</i> é a versão portuguesa, adaptada ao contexto de intervenção familiar, da <i>Goal Attainment Scalling</i> (GAS) publicada em 1968 por T. J. Kiresuk e R. E. Sherman. Em concreto, a versão aqui apresentada é baseada na versão desenvolvida pela Unidade de Intervenção Familiar da Universidade da Corunha – Espanha (López & Escudero, 2003) e pelo Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade de Durham (Inglaterra)		
O que avalia?	A GAS foi concebida originalmente na área da saúde mental com o objetivo de avaliar os resultados de uma determinada intervenção, de acordo com objetivos específicos previamente definidos. É uma abordagem de avaliação individualizada, i.e., centrada no cliente ou grupo (Young & Chesson, 1997) e que permite avaliar longitudinalmente a mudança (Ottenbacher & Cusick, 1990). O processo proposto consiste na identificação prévia dos objetivos a atingir com a intervenção e na avaliação posterior do grau em que estes foram alcançados. A versão da GAS aqui apresentada é constituída por cinco níveis de mudança (+2, +1, 0, -1, -2), para cada uma das metas definidas (geralmente três), podendo ser adicionalmente calculado um índice global de mudança (entre +6 e -6) que traduz a evolução do caso, atendendo ao conjunto das metas pré-estabelecidas		
	Estrutura da GAS		
	Níveis de Mudança	Pontuação	Metas
	Melhoria Acentuada	+2	As metas devem ser: - formuladas de modo colaborativo entre a família e o interventor;
	Melhoria Moderada	+1	- representativas do que é esperado alcançar-se;
	Situação Atual	0	- pelo menos duas e menos de quatro;
	Agravamento Moderado	-1	- realistas, relevantes e a sua concretização deve poder ser avaliada
	Agravamento Acentuado	-2	e escalonada
A quem se aplica?	Esta versão é aplicável no contexto da intervenção familiar, podendo ser utilizada para avaliar os resultados obtidos com uma terapia familiar, programa de intervenção ou outro tipo de serviço de apoio orientado para a família, embora a GAS possa ser utilizada numa diversidade de populações (e.g., doentes com lesões cerebrais, doentes crónicos, idosos, crianças) e contextos (e.g., reabilitação, educação, pediatria, cuidados de enfermagem, terapia ocupacional)		

Como ter acesso?

O acesso à GAS pode ser efetuado através da página <http://www.fpce.uc.pt/avaliacaofamiliar> que contém todos os instrumentos de avaliação apresentados neste livro. Os utilizadores deverão facultar os contactos pessoais e institucionais, bem como dados acerca do propósito da utilização da GAS (e.g., investigação, prática clínica) e concordar com as condições de utilização e de partilha dos resultados com os autores da versão portuguesa

Fundamentação e história

A avaliação do impacto de uma intervenção é uma questão de longa data (Simeonsson, Bailey, Huntington, & Brandon, 1991), continuando hoje em dia a ser debatida a sua eficácia e eficiência. Avaliar os resultados de uma intervenção é importante por razões práticas e éticas (Simeonsson et al., 1991). Em termos práticos porque permite identificar as intervenções que possibilitam alcançar os resultados previstos, de modo a poder replicar e generalizar essas intervenções. Do ponto de vista ético porque viabiliza um compromisso entre cliente e interventor que clarifique e informe sobre os propósitos da intervenção, a natureza dos problemas em causa e a duração da intervenção.

Segundo Kiresuk e Sherman (1968), a avaliação das intervenções oferecidas pelos serviços de saúde mental é especialmente pertinente porque, apesar de se considerar útil a diversidade de modelos teóricos, terapias e técnicas na área da saúde mental, a multiplicidade de opções intensifica a necessidade de programas de avaliação que permitam justificar a utilização de recursos económicos e humanos numa determinada terapia em particular. No entanto, o problema central é determinar um *design* de investigação e um método de avaliação que seja aplicável às diferentes intervenções (Kiresuk & Sherman, 1968).

Apesar de nos anos 60 ser prática comum a tendência para usar uma bateria fixa de instrumentos, independentemente das características dos clientes e dos problemas em causa, esta levantava a objeção dos clínicos que argumentavam acerca da irrelevância de determinadas variáveis que eram avaliadas em detrimento de outras (Kiresuk & Sherman, 1968). Foi com o objetivo de dar resposta a estas considerações que Kiresuk

e Sherman criaram um método de avaliação dos resultados que permite relacionar diretamente a intervenção desenvolvida com objetivos claramente definidos e, posteriormente, demonstrar o nível em que foram atingidos. Designada por *Goal Attainment Scalling* (GAS), o procedimento de medida descrito é simultaneamente um método de definição de metas e de avaliação do cumprimento das mesmas, o qual permite determinar a extensão em que essas metas são alcançadas e comparar a eficácia relativa das intervenções utilizadas para as atingir. Segundo o procedimento original, são definidos pelo interventor (ou por uma equipa - *goal selection committee*) os objetivos a atingir e a escala de resultados prováveis, organizada dos mais (+2) para os menos favoráveis (-2). Numa fase posterior, após um intervalo temporal predeterminado (e.g., 6 meses após o início da intervenção), interventor e clientes avaliam o progresso que foi feito em direção aos objetivos anteriormente determinados. A escala é composta por uma gradação de resultados prováveis relacionados com os objetivos. Por exemplo, para um cliente cujo objetivo é alcançar uma maior independência da mãe, um dos níveis da escala pode ser regressar à escola ou realizar atividades que não envolvam a participação da mãe. É importante que os diferentes níveis de mudança sejam identificados em termos da presença ou ausência de determinados eventos, os quais possam ser facilmente verificados. Como se verá adiante, a aplicação da GAS em múltiplos contextos fez com que fossem surgindo novas variantes do procedimento original, encontrando-se estudos em que a definição dos objetivos e/ou a própria avaliação dos resultados foi conduzida por profissionais, clientes, avaliadores externos ou diferentes combinações destas possibilidades.

Composto por três etapas, o método originalmente proposto inclui a técnica de escalonamento e um *design* de avaliação comum a todas as modalidades de terapia: (1) seleção dos objetivos e escalonamento; (2) distribuição aleatória dos pacientes por uma das modalidades de tratamento; e (3) avaliação, após a intervenção, dos objetivos e níveis da escala atingidos. A medida em que as metas são atingidas é avaliada através de análise visual ou análise estatística (Schlosser, 2004). A análise visual envolve a comparação do desempenho inicial com o nível de realização

atingido por objetivo e no conjunto dos objetivos após a intervenção. A análise estatística compreende o cálculo de uma pontuação global (somatório das pontuações) e a sua conversão num valor padronizado (Resultado T ; $M=50$; $DP=10$), através de uma fórmula matemática (Kiresuk & Sherman, 1968; Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994) ou da consulta de tabelas de referência, possibilitando então efetuar comparações.

Apesar de a ideia central da GAS não ser completamente nova no contexto clínico, a avaliação dos resultados a partir da definição de objetivos não estava claramente estabelecida. A definição demasiado vaga ou global dos objetivos dificultava, na maior parte das vezes, a avaliação e medição dos objetivos alcançados. Neste sentido, a GAS veio providenciar um enquadramento teórico e metodológico para o desenvolvimento de objetivos realistas, relevantes, compreensíveis, mensuráveis, atingíveis, limitados no tempo, socialmente funcionais e contextualmente relevantes (King, McDougall, Palisano, Gritzan, & Tucker, 1999; Ottenbacher & Cusick, 1990). Para além disso, proporciona um índice quantitativo de progressão que pode possibilitar a comparação do desempenho de um mesmo paciente ao longo do tempo ou a comparação dos desempenhos de diferentes pacientes sujeitos à mesma intervenção.

Pouco depois de ter sido desenvolvida, a GAS foi considerada a técnica de avaliação dos resultados mais popular no campo das ciências humanas (Cytrynbaum, Birdwell, Birdwell, & Brandt, 1979; King et al., 1999) e, desde então, tem sido aplicada com sucesso em diversas áreas: na saúde mental e psicoterapia (Grey & Moore, 1982; Kiresuk et al., 1994; Lewis, Spencer, Haas, & DiVittis, 1987), na educação (MacKay, Somerville, & Lundie, 1996), na reabilitação (Hurn, Kneebone, & Cropley, 2006; King et al., 1999; Rushton, & Miller, 2002), na terapia ocupacional (Ottenbacher & Cusick, 1990), na terapia da fala (Schlosser, 2004), na gerontologia (Stolee, Stadnyk, Myers, & Rockwood, 1999), entre outras áreas. Provavelmente existem várias razões que justificam a proliferação deste método de avaliação dos resultados, destacando-se entre esses argumentos (King et al., 1999; Ottenbacher & Cusick, 1990; Schlosser, 2004): (a) o facto de ser um procedimento bastante flexível que permite avaliar indivíduos ou grupos numa variedade de áreas; (b) proporcionar

um sistema de avaliação que não é circunscrito a nenhuma orientação teórica ou terapia em particular; (c) revelar utilidade clínica, no sentido em que pode facilitar a concretização dos objetivos, uma vez que existem estudos (e.g., Smith, 1976) que sugerem um efeito promotor na motivação com vista à mudança aliado à tarefa de definir objetivos comportamentais relevantes; (d) permitir a seleção e definição de objetivos individualizados e específicos de modo a representar mudanças realistas e expectáveis.

A capacidade da GAS para possibilitar a avaliação de mudanças clínicas significativas (Kiresuk et al., 1994) que, muitas vezes, não são captadas por instrumentos standardizados é provavelmente uma das suas maiores potencialidades (King et al., 1999). O facto de ter como referência critérios, em detrimento de normas, torna-a particularmente sensível a potenciais mudanças subtis que são percebidas como significativas no funcionamento do dia-a-dia. Em contrapartida, os instrumentos padronizados (e.g., *Family Needs Survey*; Bailey & Simeonsson, 1988) são frequentemente concebidos para avaliar uma vasta gama de áreas e algumas dessas áreas podem não refletir os objetivos terapêuticos, ou podem ser particularmente irrelevantes num determinado contexto de intervenção (King et al., 1999). A este propósito, diversos estudos têm evidenciado correlações baixas a moderadas entre a GAS e medidas padronizadas paralelas (King et al., 1998; Palisano, 1993; Simeonsson et al., 1991), havendo autores que defendem a utilização conjunta da GAS e de instrumentos standardizados (King et al., 1998), com vista a fornecer uma avaliação formal mais abrangente dos resultados.

Apesar da versatilidade deste método de planeamento e avaliação da intervenção, existem limitações inerentes à sua aplicação que devem ser consideradas (King et al., 1999; Schlosser, 2004; Simeonsson et al., 1991; Smith, 1994), designadamente: (a) o enviesamento no escalonamento dos objetivos e na sua classificação (e.g., na definição de objetivos que são facilmente alcançáveis ou na consideração de melhorias que não são de facto reais); (b) o facto do treino e da implementação de procedimentos padronizados serem demorados mas essenciais quando os terapeutas não estão familiarizados com a GAS; (c) a impossibilidade de os terapeutas modificarem no decurso da intervenção os objetivos que foram previamente definidos, uma vez que o período de intervenção pode não ser

suficientemente longo para que ocorra a mudança esperada a respeito de um objetivo novo ou modificado. Para além disso, os terapeutas não devem mudar os objetivos que percebem que não vão conseguir atingir, desvirtuando um dos pressupostos da GAS – a metodologia determina que os critérios de classificação para cada um dos níveis possíveis de mudança sejam pré-definidos e não especificados ao longo ou depois da intervenção; (d) fazer comparações justas e equitativas entre as metas e os indivíduos implica considerar a maneira como foram estabelecidas as metas. Ou seja, não é adequado comparar indivíduos para quem os objetivos foram definidos pelos profissionais, com indivíduos que estabeleceram eles próprios os objetivos, ou ainda com indivíduos que co-construíram as metas juntamente com os clínicos.

Neste sentido, a utilização apropriada da GAS depende muito da compreensão clara das suas potencialidades e limitações e da tomada de decisões refletidas a respeito da sua aplicação em contextos particulares. Contudo, existem linhas gerais orientadoras para a sua utilização (King et al., 1999; Kiresusk et al., 1994), devendo estas ser adaptadas a populações e contextos específicos, dos quais decorrem dificuldades e preocupações exclusivas.

A fiabilidade e validade da GAS podem assim ser melhoradas através do treino dos avaliadores, da adequada definição dos níveis de objetivos a atingir e da utilização de múltiplos avaliadores (Kiresuk et al., 1994). King e colaboradores (1999) também definem alguns procedimentos e ferramentas que ajudam a incrementar as qualidades psicométricas da GAS, nomeadamente: (a) utilizar avaliadores/terapeutas com um mínimo de experiência clínica, de modo a que sejam hábeis na definição de metas realistas; (b) recorrer à revisão por pares na fase de seleção dos objetivos; (c) assegurar uma boa descrição dos objetivos através do treino; (d) adotar procedimentos padrão e *checklists* (e.g., *Goal Review Procedure, Common Errors in Creating GAS Scales*); e (e) recorrer a avaliadores independentes (i.e. avaliadores que não têm um investimento pessoal nos resultados).

Ainda que exista evidência crescente de que a GAS é uma forma útil de avaliar a mudança terapêutica, há questões que são frequentemente levantadas acerca da sua validade e fiabilidade (King et al., 1999). No que concerne à validade, e apesar de vários estudos terem demonstrado que

este procedimento é válido em termos de conteúdo (Shefler, Canetti, & Wiseman, 2001; Stolee et al., 1999), constructo e critério (Shefler et al., 2001), esta deve ser avaliada caso a caso, atendendo às singularidades de cada contexto, problemática e/ou intervenção. Segundo Schlosser (2004), a evidência relativa à fiabilidade da GAS é escassa mas a que existe é incentivadora. Diversos estudos reportam assim bons níveis de acordo inter-juízes, com coeficientes de correlação intraclasse a variar entre .88 a .93 (Shefler et al., 2001; Stolee et al., 1999). Os resultados positivos encontrados foram atribuídos à utilização de indicadores claros, concretos e mensuráveis nas escalas de objetivos. Uma das críticas feitas aos dados da fiabilidade da GAS relaciona-se com, o facto desta análise retratar apenas a consistência dos resultados finais, sem atender ao processo de construção de orientações na avaliação final. Assim, uma das maiores críticas é que os resultados da GAS reflitam o conhecimento e a competência (ou a sua falta) e/ou os enviesamentos daqueles que constroem as escalas, tanto quanto refletem os resultados dos clientes (Cytrynbaum et al., 1979; Simeonsson et al., 1991). Estudos realizados para examinar as semelhanças entre escalas construídas por diferentes juízes para o mesmo cliente, revelaram resultados divergentes (Kiresuck, 1973; Shefler et al., 2001). Neste sentido, apesar de não ser um requisito de fiabilidade da GAS a construção de objetivos idênticos, até porque diferentes objetivos podem emergir do mesmo problema ou domínio a partir de avaliadores distintos (Smith, 1994), é contudo natural que a fiabilidade enfraqueça quando isso ocorre. A utilização de uma equipa de avaliadores e o seu treino adequado são elementos que poderão, provavelmente, reduzir esses enviesamentos (Bailey & Simeonsson, 1988). Outra recomendação (Schlosser, 2004) com vista a minimizar este viés é recorrer a diversas fontes de informação, quer baseadas em dados subjetivos (e.g., notas nos processos clínicos), quer sustentadas em dados objetivos (e.g., observação direta). Desta forma, para além do julgamento clínico, subjetivo, idiossincrático inerente às tarefas de determinar as potenciais mudanças e as mudanças alcançadas, os avaliadores deverão recorrer também a dados verificáveis e, por isso, mais objetivos. Neste contexto, a supervisão ou revisão por pares é também útil, apreciada e necessária (King et al., 1999).

A GAS pode então ser utilizada no contexto da prática clínica e na investigação realizadas sobre os resultados terapêuticos. A aplicação da GAS na prática clínica é direta, enquanto técnica para medir o progresso em direção a metas únicas e individualizadas, embora clínicos e terapeutas devam treinar a sua utilização. Em termos de investigação, a GAS por si só não é uma metodologia de investigação que permita estabelecer inferências causais entre variáveis independentes e dependentes (Schlosser, 2004). A utilização da GAS na investigação sobre os resultados terapêuticos implica assim a utilização de um *design* experimental (ou quase-experimental) que minimize as ameaças à validade interna (Ottenbacher & Cusick, 1990). Ainda em relação à utilização da GAS na investigação, é importante notar que decisões relativas à eficácia de uma intervenção não devem ser tomadas com base num único estudo, necessitando ser fundamentadas num conjunto sólido de estudos ou em meta-análises (Schlosser, 2004).

A aplicação da GAS no contexto da terapia familiar foi sugerida pela primeira vez por Olson (1988, citado em Towns & Seymour, 1990), com vista à definição de objetivos terapêuticos por parte dos elementos da família e terapeutas. Segundo o autor, este procedimento permite aos terapeutas e clientes chegarem a um acordo sobre os objetivos específicos que pretendem atingir durante a terapia. Apesar disso, a sua utilização pode revelar-se difícil de operacionalizar e morosa, sobretudo com famílias com múltiplos pontos de vista. Não obstante, em *settings* cujo modelo colaborativo é preconizado (uma característica comum à maioria dos serviços centrados na família) a GAS revela-se um procedimento que ajuda a garantir que os objetivos estabelecidos e os níveis de mudança operacionalizados são significativos para a família, dado que implicam o seu envolvimento. Neste sentido, é muito relevante que a definição de metas não seja uma imposição, mas antes uma parte da intervenção feita para e com a família (López & Escudero, 2003). Por esta razão, o processo de identificação de problemas/necessidades e o estabelecimento de uma escala para avaliar os objetivos atingidos não é em absoluto uma tarefa técnica ou “alheia” à família, constituindo-se pois como uma fase fundamental do processo de mudança.

As metas e objetivos concretos que se esperam alcançar com a intervenção baseiam-se assim no reconhecimento de necessidades e dificuldades

por parte da família. O problema surge quando, por vezes, a definição que a família faz da situação que levou à intervenção, dificulta a definição de objetivos. Por exemplo, nos casos em que outros serviços (e.g., escolas, serviços de proteção de menores, tribunais) requerem a terapia, é bastante frequente encontrar clientes involuntários e mandatados (Sotero & Relvas, 2012). A paradoxalidade nestes contextos de intervenção surge quando os profissionais se deparam com “clientes” que não respondem como tal: “não temos nenhum problema”; “temos um problema mas não podemos fazer nada para resolvê-lo”; “não temos nenhum problema, os outros (profissionais) é que têm” ou “o problema é outro ou de outras pessoas que não estão aqui” (Escudero, 2009). Nestas circunstâncias a GAS é particularmente valiosa, uma vez que o processo permite a participação do sistema familiar e do terapeuta, capacitando ambos na identificação de áreas problema e no estabelecimento de diferentes níveis ou degraus de mudança. Ao disponibilizar-se um serviço de ajuda para que a família mude deve necessariamente contar-se com ela, com a sua visão do problema, com os seus recursos, com as suas reações emocionais e também com a sua reação face à própria intervenção, podendo a aplicação da GAS ser útil ao permitir desbloquear um trabalho orientado para a definição de objetivos com a família.

2. Estudos em Portugal

Como foi desenvolvido/adaptado e validado?

Conforme referido, a tradução e aplicação da GAS aqui apresentadas foram desenvolvidas a partir da versão do procedimento utilizada pela *Unidade de Intervenção Familiar da Universidade da Corunha* (Espanha) (López & Escudero, 2003) e pelo *Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade de Durham* (Inglaterra). Neste sentido, existem algumas diferenças face ao método original que importa explicitar. Designadamente, o facto de o procedimento adotado propor um escalonamento em que o nível zero (0) corresponde à situação atual da família, em vez de representar a mudança esperada ou os resultados esperados, conforme

indicado na versão original. Não obstante, tal como na versão original, o nível +2 corresponde aos melhores resultados esperados e o nível -2 aos piores. Relativamente aos objetivos definidos, esta alteração permite assim definir um *continuum* de mudanças possíveis entre dois extremos (+2 e -2), a partir do nível de funcionamento atual da família (nível 0 – linha de base). Esta alteração na representação do nível 0 torna inviável a utilização dos valores padronizados (*T-scores*) (Cardillo, 1994).

Os estudos de validade e fiabilidade apresentados têm por base uma amostra aleatória de 40 processos finalizados e arquivados de Terapia Familiar Sistémica, conduzidos no Centro de Prestação de Serviços à Comunidade da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (CPSC-UC) e no Centro Integrado de Terapia Familiar de Coimbra (CEIFAC), entre 2000 e 2009. Os processos analisados reportam-se a problemáticas centradas em questões familiares (e.g., conflitos intrafamiliares, dificuldades parentais, problemas comunicacionais) em que estiveram presentes, pelo menos, dois elementos familiares, dois co-terapeutas e uma equipa de observação atrás de um espelho unidirecional. Em todos os casos foi adoptado um modelo integrativo de terapia familiar breve (6 a 9 sessões, espaçadas de 3 a 4 semanas), o qual propõe uma visão epistemológica de segunda ordem, uma postura de curiosidade, de articulação de visões múltiplas e assente na conversação terapêutica (Ausloos, 2003; Nichols & Schwartz, 2006; Relvas, 2003). A amostra é constituída por 27 processos clínicos terminados (i.e. clientes e terapeutas concordam que chegou ao fim o contrato terapêutico) e 13 processos clínicos em que houve *dropout* (i.e. ocorre uma desistência por parte da família na sua participação na terapia). Atendendo à etapa do ciclo vital da família, e de acordo com a categorização proposta por Relvas (1996), a maioria da amostra é constituída por famílias com filhos adolescentes (35%) e famílias com filhos na escola (35%). Os 131 clientes que participaram nos casos clínicos analisados têm entre 5 e 70 anos de idade ($M=28.92$, $DP=16.45$) e incluem mães (39), pais (25), crianças e adolescentes (39), entre outros elementos familiares (avô, companheira/namorada).

A aplicação da GAS decorreu entre janeiro e abril de 2010 e permitiu analisar retrospectivamente os processos clínicos arquivados (Miranda,

2011). Cada processo foi avaliado por 2 elementos da equipa de investigação (3 doutorandos com experiência clínica e formação em Terapia Familiar e 2 mestrandos da subárea de especialização em Sistémica, Saúde e Família). Numa primeira fase, através da avaliação da 1ª e/ou 2ª sessões terapêuticas (gravações em vídeo e relatórios de sessão), ambos os investigadores procederam conjuntamente à identificação dos objetivos terapêuticos acordados entre a família e os terapeutas. Numa segunda fase, os investigadores avaliaram de forma independente a última sessão do contrato terapêutico ou a sessão antes do *dropout*, mais uma vez através das gravações das sessões e relatórios, de modo a identificarem as mudanças e metas alcançadas pela família ao longo do processo terapêutico. A utilização da GAS teve como finalidade avaliar até que ponto a terapia foi eficaz para cada família, na medida em que ajudou a alcançar os objetivos terapêuticos que motivaram o pedido de ajuda.

Estudos de precisão

Segundo King e colaboradores (1999), a medida de evidência de precisão mais apropriada à GAS é a fiabilidade interavaliadores, a qual consiste na realização de duas avaliações independentes, efetuadas na mesma ocasião por dois avaliadores, ao nível das metas alcançadas. Designadamente, através do cálculo do coeficiente de correlação intraclasse (*Intraclass Correlation Coefficient, ICC*), o qual verifica a igualdade das classificações médias atribuídas por vários sujeitos (Pestana & Gageiro, 2005).

Pelas razões apontadas foi considerada no estudo desenvolvido a fiabilidade interavaliadores, como forma de verificar a generalização das avaliações efetuadas por ambos os juizes externos. Relativamente à classificação final da GAS nos 40 processos terapêuticos analisados, por parte de dois avaliadores independentes, o *ICC* obtido foi de .97 e para cada uma das metas foi .96, .94 e .96 (cf. Quadro 2). Os valores do *ICC* encontrados evidenciam um elevado nível de concordância entre os avaliadores, quer na pontuação de cada uma das metas, quer na pontuação final. De notar que estes valores são próximos aos encontrados

noutros estudos em que foi utilizado o mesmo procedimento de avaliação da fiabilidade interavaliadores ($ICC=.98$, King et al., 1999; $ICC=.93$, Stolee et al., 1999).

Quadro 2.

Fiabilidade interavaliadores: GAS

	<i>Coefficiente de Correlação Intraclasse (ICC)</i>
Avaliação na Meta 1	.96
Avaliação na Meta 2	.94
Avaliação na Meta 3	.96
Avaliação Final	.97

Principalmente no contexto de investigação é bastante relevante assegurar uma boa fiabilidade interavaliadores, pelo que existem algumas recomendações na literatura que importa ressaltar (King et al., 1999; Lewis et al., 1987; Schlosser, 2004). Em primeiro lugar, considera-se a utilização de uma equipa de avaliadores externos como uma forma eficaz de promover a fiabilidade (Miranda, 2011), na medida em que: (a) os seus elementos apresentam diferentes níveis de formação e experiência clínica, o que permite assegurar uma maior acuidade no trabalho desenvolvido; (b) o facto de trabalharem de forma conjunta na definição das metas implica um consenso nas decisões tomadas entre ambos os avaliadores (vs. a decisão de um só avaliador); e (c) os avaliadores são externos, ou seja, não participaram em nenhum dos processos que analisaram, o que promove uma maior clareza e imparcialidade na avaliação.

Para além disso, o treino adequado da equipa de avaliadores e a utilização de diversas fontes de informação, isto é, não só de material escrito constante do processo clínico, mas também de dados resultantes de observação direta (como é o caso dos vídeos das sessões), são recomendações adicionais com vista a minimizar enviesamentos. Contudo, o carácter idiossincrático da GAS não pode ser removido completamente (provavelmente nem deve), uma vez que este se constitui como um dos seus pontos fortes. De notar que as evidências de fiabilidade encontradas em estudos prévios, não dispensam esta análise caso-a-caso.

Estudos de validade

Tal como a fiabilidade, a evidência de validade deste método de avaliação dos resultados terapêuticos deve também ser estudada caso-a-caso. Ou seja, apesar de outros estudos terem demonstrado que este procedimento é válido em termos de validade de conteúdo, constructo e social (Schlosser, 2004), é imprescindível a sua avaliação em cada caso particular.

Validade de conteúdo

Um dos estudos efetuados prende-se com a evidência de validade de conteúdo, através do qual se pretende saber se o conteúdo da medida (neste caso da GAS) abrange todos os aspetos ou elementos de interesse do atributo a ser medido (Portney & Watkins, 2000). Assim, para demonstrar a evidência de validade de conteúdo deve haver congruência entre os conteúdos da GAS e a opinião de especialistas e/ou uma relação direta entre a medida e a teoria (Tickle-Degnen, 2002). Neste sentido, foi realizado um estudo com vista a analisar a validade de conteúdo através da identificação das áreas dos objetivos definidos. Do ponto de vista teórico, as abordagens de terapia familiar assumem que os problemas apresentados são um produto do processo de interações entre sistemas. Como consequência, os investigadores reconhecem que é importante avaliar os problemas em diferentes níveis do sistema, nomeadamente, ao nível individual, ao nível das díades (conjugal e/ou pais-filhos), ao nível familiar e também ao nível comunitário (Olson, 1988, citado em Towns & Seymour, 1990). Deste modo, para aceder à avaliação dos resultados é possível fazê-lo em vários níveis. Segundo Olson (1988, citado em Towns & Seymour, 1990), a determinação dos resultados na terapia familiar deve contemplar os seguintes níveis de análise: comunitário, familiar, díade parental (pai/mãe-filho/a), díade conjugal e individual. Da análise efetuada às metas definidas com a GAS constata-se que estão representados os diferentes níveis de avaliação, dependendo obviamente das dificuldades

evidenciadas. Na maior parte dos casos foram definidas metas ao nível familiar (58,8%) e da díade pai/mãe-filho/a (31,8%), embora também tivessem sido encontradas metas ao nível individual (25,5%), da díade conjugal (15,3%) e comunitárias (3,5%). De notar que, na maior parte dos casos (97%), foram definidas metas em mais do que um dos níveis. Os resultados alcançados suportam a evidência de validade de conteúdo, na medida em que as metas definidas com a GAS parecem relacionar-se com os níveis identificados como relevantes na avaliação dos resultados terapêuticos.

Validade social

De acordo com Schlosser (2004), provavelmente a validade social da GAS constitui-se como uma das suas melhores provas de validade. A validade social tem as suas raízes na investigação comportamental (Kazdin, 1977) e refere-se à importância social e aceitabilidade dos objetivos de uma intervenção, procedimentos e resultados (Foster & Mash, 1999). A avaliação subjetiva é apresentada como um dos métodos propostos para analisar a validade social, sendo utilizada com o intuito de aferir a aceitabilidade e importância dos objetivos, procedimentos e resultados através de um juízo de valor subjetivo efetuado por clientes, terapeutas, especialistas e/ou outros significativos (Foster & Mash, 1999). Neste sentido, o método de aplicação da GAS proposto pode ser perspectivado como decorrendo da implementação do método de avaliação subjetiva, na medida em que se refere à avaliação dos casos clínicos do ponto de vista de terapeutas familiares com experiência clínica e profissional relevantes. A evidência de validade social da GAS está assim implicitamente relacionada com o facto da sua aplicação, no formato descrito, reproduzir o típico raciocínio clínico de como os terapeutas avaliam os resultados terapêuticos atendendo ao que é esperado no início da intervenção. Deste modo, a validade social da GAS, enquanto método de avaliação dos resultados terapêuticos, pode assim ser demonstrada através das avaliações subjetivas efetuadas pelos clínicos.

3. Aplicação

Como aplicar, cotar e interpretar?

Num contexto clínico, antes da aplicação da GAS é importante que tenha decorrido algum tempo de contacto entre os profissionais e a família, pelo menos o tempo suficiente para se conhecerem e explorarem os problemas que conduziram à terapia. De uma maneira geral, é necessário ter em conta que o foco central não deve ser a definição dos objetivos, através da GAS, sendo prioritário o estabelecimento de uma relação colaborativa (Escudero, 2009). Todavia, o próprio trabalho de identificação das metas a partir da construção das escalas pode também servir para criar essa relação, uma vez que as famílias reconhecem que os objetivos não são impostos mas antes co-construídos e escalonados de forma a serem claramente compreendidos e aceites pelos clientes. Dado que as metas que se definem nas escalas de consecução serão avaliadas posteriormente, deve ser inicialmente indicado qual o período temporal para essa avaliação. Dependendo do contexto de aplicação (clínico ou investigação) e da situação particular de cada família, pode estabelecer-se como norma geral que o tempo de consecução de metas seja equivalente ao tempo do contrato terapêutico (e.g., 6/8 meses). Deste modo, os objetivos identificados no início do processo serão avaliados na última sessão terapêutica, com vista a analisar em que medida foram atingidos enquanto resultado do processo de intervenção.

Para a elaboração das escalas devem seguir-se os seguintes 7 passos:

1. Identificar e discutir com a família os problemas ou necessidades dos quais se pode esperar uma mudança ou melhoria com a intervenção. De notar que deve deixar-se de fora aquilo que só se pode conseguir noutras instâncias (e.g., uma decisão judicial), mas que devem incluir-se as metas que a família entende como exigências/demandas de outros serviços (e.g., Escolas, Serviços de Proteção de Menores, Tribunais, etc.) mas que aceita conseguir. Para isso deve ser feito um esforço que possibilite encontrar um denominador comum (ou área de interseção), de modo que a perspectiva e as necessidades da família sejam coincidentes com a avaliação da equipa e coerentes com as orientações de serviços externos;

2. Traduzir esses problemas ou necessidades em metas. O ideal em termos práticos é estabelecer pelo menos duas e não mais do que quatro metas para serem trabalhadas ao mesmo tempo. Nesta etapa deve ajudar-se a família a definir o que espera conseguir em relação a cada um dos problemas/necessidades identificados, atribuindo uma *etiqueta* breve e clara a cada meta, por exemplo: “Os pais passarem tempo de lazer com os filhos”, “Sair sem beber álcool”, ou “Discutir sem agressões verbais”. Quando se pretende que a família, ou um dos seus membros, deixe de fazer algo, quase sempre é possível e preferível formular um comportamento positivo que é incompatível com o que se quer fazer desaparecer (e.g., “Jogar com o filho um jogo divertido uma hora por dia”, em vez de “Deixar de aborrecer-se por estar com o filho”). A etiqueta deve depois ser registada na parte superior de cada escala na Tabela de Registo da GAS;

3. Selecionar um *indicador-chave* para cada meta. O indicador-chave é um comportamento, uma competência ou uma situação concreta que melhor representa a meta. Por exemplo, para a meta “Eliminar as nossas discussões violentas”, alguns dos indicadores possíveis são: “Passarmos dois meses sem discutir”, ou “Falarmos sobre tudo sem os filhos acharem que discutimos”. É importante entender que se trata de um indicador, não sendo necessário fazer um inventário amplo e detalhado de todas as condutas possíveis, ou seja, há-que selecionar os indicadores-chave. Os indicadores extraem-se das respostas da família às seguintes questões: “Se nos encontrarmos daqui a três meses e estiverem seguros de que conseguem discutir sem se agredirem (usando a etiqueta previamente acordada com a família), em que se notaria essa mudança?”; “O que notariam os vossos filhos?”; “O que notariam os vossos vizinhos?”. Uma formulação útil para a elaboração de indicadores de consecução de metas é através de perguntas tipo “questão-milagre” (De Shazer, 1994): “Suponham que acontece um milagre enquanto estão a dormir e o vosso problema, o que vos faz discutir violentamente, se resolve milagrosamente. Como ocorre quando estão a dormir e ninguém o anunciou, como e em que momento, em que coisas concretas se dariam conta de que esse milagre aconteceu?”. Este tipo de formulação faz com que os clientes procurem indícios, ou seja, indicadores de que as discussões já não são problemáticas;

4. Definir a “Situação Atual” (Nível 0 da escala) na Tabela de Registo da GAS com respeito a cada meta que foi especificada. É útil que a descrição da situação atual do problema/necessidade seja definida em termos quantitativos (e.g., dias em que ocorre, tempo em que se faz algo, percentagens, nível de intensidade, etc.), mas também pode fazer-se em termos qualitativos (e.g., definir em que medida – muito, pouco, nada, um só aspeto, etc.). A partir da descrição da situação atual do problema é mais fácil e acessível começar a escalonar com a família o que se supõe ser uma pequena ou rápida melhoria;

5. Escalonar com a família os progressos e registar na Tabela de Registo os níveis +1 e +2. O nível +2 representa o melhor nível de consecução da meta que se pode esperar, tendo uma perspetiva realista e prática num período de tempo não superior a 6 ou 8 meses. Este nível não tem obrigatoriamente que representar a realização total ou final de uma meta, mas uma etapa ou estágio importante e estável da sua realização. Os profissionais devem recorrer à sua experiência sobre o que pode ser alcançado, os recursos da família e as técnicas e estratégias que vão ser necessárias durante o processo para ajudarem a família a estabelecer adequadamente o nível +2. O nível +1 representa um passo intermédio na escalada até ao +2. Como a mudança é um processo gradual deve atribuir-se grande importância aos primeiros passos, de modo que uma boa definição deste nível é essencial. Nesta etapa são bastante úteis as questões de escalonamento (De Shazer, 1994), auxiliando na elaboração de gradações: “Se tivesse que pontuar numa escala entre 1 e 10, sendo 10 a melhor pontuação, o que significa que teriam alcançado X (referir aqui o indicador do nível +2), em que pontuação estamos agora?”. Se a resposta for, por exemplo, 3 a pergunta seguinte pode ser: “O que teria que acontecer para alcançar um 5?”;

6. Especificar os níveis -1 e -2. Estes níveis representam um agravamento ou deterioração da situação inicial da família. Embora o objetivo central deste procedimento resida na definição e avaliação de metas positivas e necessárias, é necessário reconhecer a possibilidade de um retrocesso da situação e das suas consequências. Contudo, é importante avaliar a utilidade deste aspeto, dado que pode gerar negatividade ou ser

interpretado como uma ameaça. Em qualquer caso, há ocasiões em que a família deve saber quais são as consequências de não conseguir atingir uma determinada mudança, por exemplo numa intervenção derivada de um processo judicial ou do sistema de proteção de menores;

7. Repetir os seis passos anteriores para cada uma das metas definidas com a família. Conforme foi referido, o ideal é estabelecer pelo menos duas metas e não mais do que quatro. Contudo, dependendo da situação particular de cada família pode ser necessário estabelecer um número maior ou menor de metas.

A revisão/supervisão e avaliação da concretização das metas compõem as duas últimas etapas na aplicação da GAS. Para a revisão do trabalho de definição de metas foi adaptado um Guião de Revisão da GAS (Escudero, 2009; King et al., 1999), pretendendo-se com esta tarefa rever a) a coerência global entre as etiquetas, os indicadores-chave e a situação atual, bem como confirmar se cada uma das metas é realista e relevante; se a realização das metas pode ser claramente avaliada e escalonada; b) se as etiquetas são definidas ou formuladas em termos positivos; c) se os indicadores são exclusivos de cada nível e não se sobrepõem; d) se há saltos muito grandes entre os níveis, entre outros indicadores. A melhor forma de avaliar a definição de metas é trabalhar com um supervisor ou coordenador externo, embora a equipa deva estar envolvida nesse processo.

A avaliação da concretização das metas no período determinado, recomendavelmente dentro de uma margem de 6 a 8 meses, pode ser feita através de uma entrevista com a família, efetuando um balanço com a própria família acerca das metas conseguidas e/ou baseando-se em observações ou informadores externos (escola, serviços sociais, etc.) e/ou em dados provenientes de visitas domiciliárias. A este respeito as metas podem ser avaliadas uma a uma, realizando uma avaliação por metas (análise de 1ª ordem) e adicionalmente avaliar o conjunto de metas a partir de uma meta-perspetiva sobre a concretização dos objetivos definidos (análise de 2ª ordem). Esta classificação final da GAS articula assim o resultado parcelar das metas, através do cálculo de um *score* final produto da soma das metas (entre +6 e -6). O resultado da avaliação deve ser registado na Tabela de Registo da GAS, indicando para cada meta o nível da escala (entre -2 e +2) que foi alcançado.

4. Vantagens, limitações e estudos futuros

Este trabalho pretende ajudar os terapeutas e outros profissionais a tomarem uma decisão informada sobre quando e como usar (ou não) a GAS, partindo da contextualização, compreensão e descrição desta metodologia de definição de objetivos e avaliação de resultados no domínio da intervenção familiar. Assim, para uma implementação cuidada e apropriada da GAS torna-se essencial (re)conhecer não só as vantagens, como as limitações deste método de avaliação. Apesar da complexidade e das dificuldades inerentes ao processo de avaliar os resultados terapêuticos, a GAS parece constituir-se como um procedimento extramente flexível capaz de auxiliar na planificação, definição e avaliação de metas através de um contínuo de resultados possíveis. A versatilidade de populações, intervenções e áreas em que foi aplicada são disso um exemplo. É uma metodologia individualizada baseada na prática (*practice-based*) e profissionalmente orientada (*practitioner-oriented*) que pode e deve complementar as medidas mais tradicionais de avaliação dos resultados (*theory-based*). De destacar ainda, a abordagem colaborativa refletida nos procedimentos de aplicação da GAS, a qual promove o envolvimento, a aceitação e provavelmente a própria motivação dos clientes, constituindo-se assim como uma importante ferramenta com utilidade clínica. Existe assim uma evidência crescente de que a GAS é uma estratégia útil e com potencial para medir a mudança terapêutica (King et al., 1999), tanto no contexto clínico, como no contexto de investigação. Em termos de investigação, a GAS deve ser aplicada tal como são outros métodos que avaliam os resultados terapêuticos e que requerem a evidência de fiabilidade e validade. Conforme demonstrado, a GAS oferece informações exclusivas sobre as expectativas de mudança *a priori*, a operacionalização de diferentes níveis de mudança, o foco da intervenção e, sobretudo, consegue captar mudanças que são significativas na vida dos sujeitos.

Uma das principais limitações apontadas à GAS prende-se com a vulnerabilidade a enviesamentos ou *bias* decorrentes da sua aplicação e os quais podem afetar a validade. Enviesamentos estes que podem ocorrer durante o escalonamento das metas (e.g., metas excessivamente fáceis

de alcançar) e/ou na avaliação das metas (e.g., mostrando melhorias que não são de facto reais). A sobre ou subestimação das metas, a usurpação ou má interpretação do procedimento são ameaças reais que devem ser controladas com algumas ou várias das orientações que já foram sendo exploradas, nomeadamente através do treino e formação dos avaliadores, da adequada definição e supervisão dos níveis das metas, da utilização de vários avaliadores, da aplicação e cruzamento com instrumentos similares, entre outras estratégias recomendáveis. Neste sentido, a utilização apropriada da GAS na avaliação dos resultados terapêuticos está dependente do rigor com que são compreendidos os seus fundamentos e aplicados os seus procedimentos. Não pondo em causa a validade da versão portuguesa da GAS, algumas limitações do presente estudo são de referir, devendo os resultados ser considerados como indicadores preliminares. O facto de se tratar de um estudo retrospectivo, com uma amostra relativamente pequena, recorrendo apenas a avaliadores externos e em que não foi aplicado mais nenhum procedimento de avaliação são aspetos críticos que devem ser equacionados na interpretação dos resultados obtidos.

Deste modo, o processo de validação desta metodologia deve ser continuado em estudos futuros, sendo necessário averiguar a convergência com outras medidas dos resultados terapêuticos, bem como alargar a amostra a diferentes tipos de intervenção familiar. Só após estes e outros estudos poderemos determinar o “verdadeiro” potencial da GAS, tanto na prática clínica, como na investigação sobre os resultados clínicos.

5. Bibliografia

- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias*. Lisboa: Climepsi.
- Bailey, D., & Simeonsson, R. (1988). Investigation of use of Goal Attainment Scaling to evaluate individual progress of clients with severe and profound mental retardation. *Mental Retardation*, 26, 289-295.
- Cardillo, J. E. (1994). Summary score conversion key. In T. Kiresuk, A. Smith, & J. Cardillo (Eds.), *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement* (pp. 273-278). London: Erlbaum.
- Cytrynbaum, S., Birdwell, G. Y., Birdwell, J., & Brandt, L. (1979). Goal Attainment Scaling: A critical review. *Evaluation Quarterly*, 3, 5-40.
- De Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.

- Escudero, V. (2009). *Guía práctica para la intervención familiar*. Valladolid: Junta de Castilla y León.
- Foster, S. L., & Mash, E. J. (1999). Assessing social validity in clinical treatment research issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 308-319.
- Grey, M. E., & Moore, L. S. (1982). The Goal Attainment Scale for psychiatric in-patients. *Quarterly Review Bulletin*, 8, 19-23.
- Hurn, J., Kneebone, I., & Copley, M. (2006). Goal setting as an outcome measure: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 20, 756-772. doi: 10.1177/0269215506070793
- Kazdin, A. E. (1977). Assessing the clinical or applied importance of behavior change through social validation. *Behavior Modification*, 1, 427-452.
- King, G. A., McDougall, Palisano, R. J., Gritzan, J., & Tucker, M. A. (1999). Goal Attainment Scaling: Its use in evaluating pediatric therapy programs. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 19, 31-52.
- King, G. A., Tucker, M., Alambets, P., Gritzan, J., McDougall, J., Ogilvie, A., . . . Malloy-Miller, T. (1998). The evaluation of functional, school-based therapy services for children with special needs. A feasibility study. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 18, 1-17.
- Kiresuk, T. (1973). Goal Attainment Scaling at a county mental health service. *Evaluation Mono*, 1, 12-18.
- Kiresuk, T. J. & Sherman, R. E. (1968). Goal Attainment Scaling: A general method for evaluating comprehensive community mental health programs. *Community Mental Health Journal*, 4, 443-453.
- Kiresuk, T., Smith, A., & Cardillo, J. (1994). *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurement*. London: Erlbaum.
- Lewis, A. B., Spencer, J. H., Haas, G. L., & DiVittis, A. (1987). Goal Attainment Scaling: Relevance and replicability in follow-up of inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 408-417.
- López, S., & Escudero, V. (2003). *Familia, evaluación e intervención*. Madrid: Editorial CCS.
- MacKay, G., Somerville, W., & Lundie, J. (1996). Reflections on Goal Attainment Scaling (GAS): Cautionary notes and proposals for development. *Educational Research*, 38, 161-172.
- Miranda, J. (2011). *A terapia familiar sistémica com clientes voluntários e involuntários: Estudo dos resultados terapêuticos* (Dissertação de mestrado não-publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2006). *Family therapy: Concepts and methods* (7th ed.). New York: Gardner Press.
- Ottenbacher, K. J., & Cusick, A. (1990). Goal Attainment Scaling as a method of clinical service evaluation. *American Journal of Occupational Therapy*, 44, 519-525.
- Palisano, R. J. (1993). Validity of Goal Attainment Scaling with infants with motor delays. *Physical Therapy*, 73, 651-658.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (4^a ed.). Lisboa: Sílabo.
- Portney, L. G., & Watkins, M. P. (2000). *Foundations of clinical research: Applications to practice* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família, perspectiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à terapia com a família*. Coimbra: Quarteto.
- Rushon, P. W., & Miller, W. C. (2002). Goal Attainment Scaling in the rehabilitation of patients with lower-extremity amputations: A pilot study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83, 771-775. doi: 10.1053/apmr.2002.32636

- Scheffler, G., Canetti, L., & Wiseman, H. (2001). Psychometric properties of Goal Attainment Scaling in the assessment of Mann's time-limited psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 971-979.
- Schlosser, R. W. (2004). Goal Attainment Scaling as a clinical measurement technique in communication disorders: A critical review. *Journal of Communication Disorders, 37*, 217-239. doi: 10.1016/j.jcomdis.2003.09.003
- Simeonsson, R. J., Bailey, D. B., Huntington, G. S., & Brandon, L. (1991). Scaling and attainment of goals in family-focused early intervention. *Community Mental Health Journal, 27*, 77-83.
- Smith, A. (1994). Introduction and overview. In T. Kiresuk, A. Smith, & J. Cardillo (Eds.), *Goal Attainment Scaling: Applications, theory, and measurements* (pp. 1-14). London: Erlbaum.
- Smith, D. L. (1976). Goal Attainment Scaling as an adjunct to counseling. *Journal of Counseling Psychology, 23*, 22-27.
- Sotero, L., & Relvas, A. P. (2012). A intervenção com clientes involuntários: Complexidade e dilemas. *Psicologia & Sociedade, 24*, 187-196. doi: 10.1590/S0102-71822012000100021
- Stolee, P., Stadnyk, K., Myers, A. M., & Rockwood, K. (1999). An individualized approach to outcome measurement in geriatric rehabilitation. *Journals of Gerontology: Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 54*, 641-647.
- Tickle-Degnen, L. (2002). Communicating evidence to clients, managers, and funders. In M. Law (Ed.), *Evidence-based rehabilitation: A guide to practice* (pp. 221-254). Thorofare, NJ: Slack Incorporated.
- Towns, A., & Seymour, F. (1990). What about the family in family therapy research? *Journal of Family Therapy, 11*, 222-228.
- Young, A., & Chesson R. (1997). Goal Attainment Scaling as a method of measuring clinical outcome for children with learning disabilities. *British Journal of Occupational Therapy, 60*, 111-114.

Apêndice C

Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar (SOFTA-o)

Manual de Treino (Revisto em 2005)

Myrna L. Friedlander, Valentín Escudero, Laurie Heatherington, Laura Deihl, Nancy Field, Pamela Lehman, Marilyn McKee, and Marsha Cutting

(Versão portuguesa traduzida por Luciana Sotero, Alda Portugal, Diana Cunha, Margarida Vilaça e Ana Paula Relvas, setembro 2010)

Visão Global e Desenvolvimento do Instrumento

O *Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar (SOFTA-o)* foi desenvolvido para preencher uma lacuna importante: a possibilidade de avaliar a aliança terapêutica em intervenções familiares conjuntas. Até agora, não se identificou um único indicador do processo terapêutico que se tenha mostrado mais eficaz na predição dos resultados do que a qualidade da aliança terapêutica (Horvath & Symonds, 1991). Não só a aliança é um preditor importante do sucesso do tratamento em diferentes orientações teóricas (Bachelor, 1991), como também a percepção dos clientes sobre a aliança na fase inicial do tratamento prediz o resultado obtido nas semanas ou meses seguintes (Horvath & Symonds, 1991).

Na psicoterapia individual, a aliança pode ser avaliada usando diferentes medidas, nomeadamente: 1) questionários/informações (*self-reports*) do cliente ou do terapeuta, e 2) questionários/informações de observadores externos (Tichenor & Hill, 1989). Contudo, na literatura referente à terapia de casal e familiar há apenas um instrumento publicado: as escalas da aliança de Pinsof e Catherall (*Integrative Psychotherapy Alliance Scales, 1986*). A investigação sobre esta medida, que está baseada na conceptualização tripartida de Bordin (1979), mostrou que a aliança terapêutica é um indicador fiável e que prediz o impacto das sessões (Heatherington & Friedlander, 1990), bem como o resultado do tratamento, tanto em casais, como em famílias (Bourgeois, Sabourin, & Wright, 1990, Johnson & Talitman, 1997; Pinsof & Catherall, 1986; Quinn, Dotson, e Jordânia, 1997).

Tal como acontece nas medidas da aliança terapêutica no contexto da terapia individual, o instrumento de Pinsof e Catherall (1986) foca-se mais no comportamento do terapeuta do que no comportamento dos membros da família. De facto, pouco se sabe sobre quais os comportamentos observáveis que contribuem para uma aliança forte em terapia de casal e familiar (Tuason & Friedlander, 2000). Na ausência desse conhecimento, os terapeutas (e supervisores) só dependem do seu juízo clínico para avaliar a força da aliança.

Visando ultrapassar esta lacuna, desenvolveu-se a presente escala de observação do comportamento dos clientes no contexto da terapia de casal e familiar (SOFTA-o, versão clientes). Para além disso, desenvolveu-se também uma escala para observar as contribuições do terapeuta para a aliança, recorrendo às mesmas dimensões, embora com indicadores complementares em relação aos desenvolvidos para os clientes (SOFTA-o, versão terapeuta).

As escalas de observação da aliança em terapia individual não podem adaptar-se à terapia familiar devido à presença de vários membros da família (quer crianças, quer adultos), o que torna esta modalidade de tratamento diferente em vários aspetos. São duas as dimensões do instrumento que refletem essa singularidade, definindo-se operacionalmente como Sentimento de Partilha de Objetivos na Família (refere-se à partilha entre todos os membros da família do propósito geral da terapia) e Segurança dentro do Sistema terapêutico (refere-se à segurança do cliente no contexto terapêutico para assumir riscos e falar abertamente na terapia).

A necessidade de consideração da primeira dimensão deve-se ao facto dos membros da família nem sempre valorizarem a terapia da mesma forma. Tem sido demonstrado, por exemplo, que em terapia familiar se constroem com frequência alianças "divididas" (Heatherington & Friedlander, 1990), isto é, casos em que alguns membros da família estão mais envolvidos e se aliam mais intensamente com o terapeuta do que outros. O instrumento aqui apresentado reflete assim a recomendação de Pinsof (1994) de que as medidas da aliança devem incluir a *aliança intrassistema* - a colaboração entre os membros da família em relação à terapia.

A outra dimensão específica, Segurança, reflete outro aspeto único desta modalidade terapêutica (Tuason & Friedlander, 2000). Em vários aspetos, a terapia familiar envolve mais riscos (e mais variados) para o cliente do que a terapia individual. Quando uma pessoa e a sua família iniciam um processo terapêutico correm o risco de que certos segredos ou acontecimentos embaraçosos sejam divulgados contra a sua vontade. Por exemplo, alguém pode descobrir que o/a companheiro/a se quer separar. Também pode acontecer que alguém corra o risco de ser castigado, ou agredido, pelos familiares, por estes terem ficado particularmente zangados com algo que aconteceu durante a sessão. Na verdade, as relações mais importantes para o cliente podem ser comprometidas quando este procura ajuda profissional num formato familiar.

Inicialmente, para a construção do instrumento, realizou-se uma revisão da literatura teórica e empírica sobre a relação terapêutica em terapia familiar. Este processo resultou na identificação de um conjunto de indicadores comportamentais que ilustram tanto uma aliança positiva (relação terapêutica boa/satisfatória), como negativa (relação terapêutica insatisfatória ou conflituosa). Estes descritores foram utilizados para criar uma primeira lista abrangente dos distintos aspetos da participação e colaboração do cliente. Foi tomado como critério essencial, na

construção de cada um dos descritores, que se tratasse de comportamentos observáveis. Por exemplo, em vez de "os membros da família estão interessados nos pontos de vista uns dos outros", utiliza-se o descritor "os membros da família perguntam uns aos outros os pontos de vista de cada um".

Para refinar o inventário inicial de descritores, uma das equipas de investigação (N=4) analisou 12 sessões de terapia familiar gravadas em vídeo, das quais possuíam as autopercepções dos clientes sobre a aliança, obtidas para um estudo anterior (Heatherington & Friedlander, 1990), no qual se utilizaram as *Integrative Psychotherapy Alliance Scales* de Pinsof e Catherall (1986). Conhecendo-se, portanto, a perspectiva de cada membro da família sobre a aliança, analisaram-se as gravações das sessões para identificar comportamentos individuais e familiares que podiam ser claramente indicativos dos seus sentimentos e pensamentos. Assim, foram-se refinando e editando os descritores, através de comparações sucessivas de cada uma das observações feitas pela equipa de observadores. As discrepâncias serviram para clarificar os descritores e excluir aqueles que seriam especialmente difíceis de codificar ou pontuar. Numa primeira fase, tentou avaliar-se cada indicador de desempenho através de uma Escala de Lickert de 7 pontos, para cada família. A dificuldade deste processo convenceu os investigadores da necessidade de construir grupos de descritores similares, tendo assim identificado, indutivamente, quatro dimensões subjacentes. Posteriormente, os investigadores, de forma independente, desenvolveram as definições desses constructos. Comparando-as e integrando-as, decidiram então que descritores estavam relacionados, de uma forma lógica, com cada uma das quatro dimensões definidas. Testando este novo sistema e processo de observação, através da avaliação de seis vídeos diferentes, descobriram que a concordância entre os observadores melhorou significativamente.

O passo seguinte foi utilizar uma tarefa de classificação para avaliar a validade de conteúdo do instrumento. Para tal, ordenaram aleatoriamente os quarenta e cinco descritores resultantes do processo de análise prévio e pediram a um grupo de investigadores do processo terapêutico em terapia familiar dos E.U.A, do Canadá e de Espanha (os norte-americanos através da versão em Inglês e os espanhóis através da versão em Espanhol) para indicarem que descritores refletiam melhor cada um dos quatro constructos subjacentes. Por exemplo, o descritor "os membros da família perguntam uns os outros os pontos de vista de cada um" é incluído no conjunto de indicadores que refletem a dimensão do Sentimento de Partilha de Objetivos na Família. Se pelo menos 75% dos especialistas que responderam à tarefa de classificação seleccionassem a mesma dimensão para um

determinado descritor, esse descritor era mantido entre os indicadores dessa mesma dimensão. Se assim não fosse, o descritor em questão era removido ou alterado para uma dimensão diferente (i.e., para uma dimensão em que o descritor tivesse sido escolhido por mais de 75% dos especialistas). É necessário ter em conta que os especialistas eram informados de que podiam escolher mais do que uma dimensão para cada descritor, destacando aquele que consideravam mais importante. Também era pedido a esses peritos que comentassem os descritores selecionados, designadamente acrescentando outros descritores representativos de uma determinada dimensão e que não estavam incluídos na lista inicial dos quarenta e cinco descritores. No caso dos peritos Espanhóis (N = 7, investigadores e terapeutas familiares prestigiados), foram convidados ainda a comentar a adequação cultural dos descritores e das quatro dimensões da aliança definidas, ou seja, o seu ajustamento às características específicas da cultura espanhola no contexto da terapia familiar.

Os resultados desta tarefa de classificação, tanto em relação os investigadores da América do Norte como em relação aos de Espanha, indicou um elevado grau de consistência e a maioria dos descritores comportamentais foram classificados como representativos da dimensão previamente selecionada. Deste modo, a maioria dos descritores foram classificados da mesma forma por mais de 75% dos juízes em ambas as amostras (norte-americana e espanhola). Com base nos critérios acima enunciados, alguns descritores foram mudados de uma dimensão para outra ou alteraram um pouco a sua definição. Um par de descritores foi eliminado por preencher os critérios relativos à obtenção de um consenso de 75% entre os juízes apenas numa única amostra (norte-americana ou espanhola), optando-se assim por dar prioridade ao facto de as versões em Inglês e em Espanhol serem idênticas. Não obstante, nenhum dos descritores teve que ser eliminado por ser marcado como pouco apropriado no que toca a diferenças culturais, apenas tendo sido introduzidas mudanças mínimas na definição ou tradução de alguns deles.

Um processo semelhante ocorreu para criar a versão do SOFTA-o para o terapeuta. Começou por identificar-se um conjunto de descritores, alguns dos quais paralelos aos que tinham sido identificados para os clientes, e seguidamente realizou-se um estudo de validade de conteúdo através de uma prova de classificação dos descritores com especialistas espanhóis e norte-americanos. Com base nos resultados dessa prova foram adicionados, modificados ou excluídos alguns descritores.

As definições dos descritores do terapeuta incluídas neste manual proporcionam aos avaliadores (ou observadores) orientações específicas sobre quando e em que contexto aqueles devem ser registados. A familiaridade com as definições dos descritores é uma parte essencial do processo de avaliação da aliança.

O SOFTA destina-se a ser aplicado por avaliadores treinados, enquanto observam uma sessão de terapia familiar gravada em vídeo. Se os avaliadores tiverem muita experiência, também é possível que apliquem o SOFTA enquanto observam uma sessão ao vivo (embora a vídeo-gravação seja mais viável, por permitir verificar as avaliações e melhorar a fiabilidade). Considera-se que os avaliadores devem ser, no mínimo, licenciados em alguma área de saúde mental ou pós-graduados em terapia familiar ou intervenção sistémica, não sendo todavia necessário ter muita experiência clínica. Recomenda-se que, pelo menos, dois observadores avaliem a sessão de terapia familiar para permitir uma análise adequada da fiabilidade interobservadores (por exemplo, através de coeficientes de correlação apropriados).

Tal como descrito abaixo, depois de registarem a ocorrência de indicadores específicos para toda a sessão, os avaliadores devem fazer uma estimativa global para cada uma das quatro dimensões do SOFTA. Esta estimativa varia numa escala ordinal de -3 (*aliança muito problemática*) a +3 (*aliança muito forte*), correspondendo o 0 a *não assinalável* ou *neutro*. Neste manual são oferecidas, mais adiante, orientações específicas para determinar a pontuação adequada, dependendo da valência, da frequência, da intensidade e do contexto dos comportamentos observados. Na versão do cliente, cada membro da família presente na sessão recebe uma pontuação independente para as dimensões Envolvimento, Conexão Emocional e Segurança. Para a dimensão Sentimento de Partilha de Objetivos na Família é atribuída uma pontuação a todo o grupo familiar presente na sessão. Na versão do terapeuta dá-se uma pontuação em cada uma das quatro dimensões do SOFTA-o.

Operacionalização das Dimensões

Embora o SOFTA tenha sido concebido para trabalhar com casais e famílias, as primeiras três dimensões (Envolvimento, Conexão Emocional e Segurança) também podem ser aplicadas em sessões individuais, uma vez que o que nelas se pontua é o comportamento individual de cada membro da família.

A quarta dimensão, Sentimento de Partilha de Objetivos na Família, no entanto, destina-se a avaliar, pelo menos, dois membros da família que vão à terapia em conjunto. Dependendo da finalidade específica do investigador em cada estudo particular, podem ser avaliados, nesta dimensão, todo o sistema familiar ou os seus subsistemas separadamente (pais, irmãos, etc.).

O SOFTA foi concebido com uma orientação transteórica, ou seja, reflete aspetos da aliança que não são específicos ou exclusivos de uma determinada teoria de psicoterapia. Baseou-se assim na suposição de que as quatro dimensões avaliadas com o instrumento são cruciais para uma forte aliança terapêutica em terapia familiar ou de casal, embora se considere também que algumas dimensões podem ser mais relevantes do que outras, dependendo da abordagem ou modelo terapêutico, do contexto em que o tratamento ocorre e da fase em que a terapia se encontra.

As dimensões que parecem aos autores como as mais prováveis de variar com o contexto do tratamento são a Segurança e a Conexão Emocional com o terapeuta, muito embora a precisão desta suposição requeira investigação empírica, ainda por fazer.

Definições Operacionais das Quatro Dimensões do SOFTA

Envolvimento no Processo Terapêutico: O cliente vê o tratamento como fazendo-lhe sentido. Transmite a sensação: de estar envolvido na terapia e trabalhar em conjunto com o terapeuta; de que os objetivos e as tarefas da terapia podem ser discutidos e negociados com o terapeuta; de que levar o processo a sério é importante e de que a mudança é possível.

Conexão Emocional com o Terapeuta: O cliente vê o terapeuta como uma pessoa importante na sua vida, quase como um membro da família; tem a sensação de que a relação se baseia em confiança, carinho e preocupação; de que o terapeuta se importa genuinamente e de que "está lá" para o cliente; de que o cliente e o terapeuta estão em sintonia (por exemplo, têm perspetivas ou valores similares), e que a sabedoria e experiência do terapeuta são relevantes.

Segurança dentro do Sistema Terapêutico: O cliente vê a terapia como um lugar em que pode assumir riscos, estar aberto a novas coisas, ser flexível; tem uma sensação de conforto e a expectativa de que novas experiências e aprendizagens possam ocorrer, de que coisas boas proveem do facto de estar na terapia, de que o

conflito dentro da família pode ser tratado sem haver danos, de que não é necessário estar na defensiva.

Sentimento de Partilha de Objetivos na Família: Os membros da família veem-se a si mesmos trabalhando em colaboração para melhorar as relações familiares e conseguir objetivos comuns para a família; evidenciam um sentimento de solidariedade em relação à terapia ("estamos juntos nisto"), valorizando o tempo que partilham na terapia; verifica-se essencialmente um sentimento de unidade no seio da família face à terapia.

Ressalve-se que, assim como noutras medidas multidimensionais da aliança terapêutica (por exemplo, o *Working Alliance Inventory* de Horvath e Greenberg 1989; ou as *Integrative Psychotherapy Alliance Scales* de Pinsof e Catherall, 1986), as quatro dimensões do SOFTA não são excludentes entre si. De facto, ao serem concetualmente interdependentes, é esperado que se encontrem moderadamente correlacionadas. Por exemplo: é razoável supor que a Segurança de um cliente está intimamente ligada à sua Conexão Emocional com o terapeuta e, por sua vez, isso fazê-lo sentir-se Envolvido no processo terapêutico. Tal como é possível supor que estas três dimensões são mais fortes, quando a família por inteiro compartilha o porquê de estar na terapia e o que espera alcançar como resultado (Sentimento de Partilha de Objetivos na Família).

O Procedimento de Avaliação

Há duas partes distintas na tarefa de avaliar a aliança com o SOFTA-o. A primeira consiste em detetar a presença de indicadores comportamentais ao longo da sessão. A segunda consta em fazer uma avaliação (atribuindo uma pontuação) sobre a força de cada dimensão, imediatamente após a visualização completa da sessão. O pressuposto subjacente a este método é o de que a pontuação atribuída a cada uma das quatro dimensões da aliança é feita com base na deteção de indicadores comportamentais específicos e observáveis que refletem sentimentos, pensamentos e atitudes internas dos membros da família sobre o processo de tratamento e sobre o relacionamento com o terapeuta.

Indicadores Comportamentais

O instrumento está dividido em quatro secções que refletem as dimensões acima descritas e para cada dimensão é apresentada a lista de indicadores ou

descritores comportamentais. Na versão dos clientes, as colunas começam com um espaço para colocar os nomes ou papéis familiares (como "mãe", "criança", "avó", etc.) dos membros da família que estão na sessão.

Os avaliadores observam o vídeo, parando e rebobinando as vezes necessárias. Quando se observa algum comportamento incluído na lista de descritores, como por exemplo "o cliente expressa otimismo ou indica que aconteceu uma mudança positiva", o avaliador coloca uma marca no espaço em branco reservado para esse descritor e para esse membro da família (por exemplo, na coluna indicada com "mãe" ou "criança"). Quando se usa a versão de "papel e lápis" cada avaliador pode usar a forma de marcar que preferir (usando sinais como +, -, /, ¿, * etc.), de forma a que o seu sistema de marcação lhe permita recordar no final da sessão a importância ou clareza e intensidade dos comportamentos assinalados (a aplicação e-SOFTA tem o seu próprio sistema de anotação). Há que ter em conta que os descritores que estão escritos em *itálico*, no final da lista de descritores, refletem falta de envolvimento, pobre conexão emocional, falta de segurança e falta de sentimento de partilha de objetivos na família.

O avaliador é livre para fazer pausa e retroceder no vídeo, tantas vezes quantas forem necessárias, para conseguir ser o mais preciso possível na deteção dos indicadores comportamentais. Durante o treino, se vários avaliadores virem o vídeo em simultâneo, qualquer um deles pode parar e retroceder na gravação, a qualquer momento. No entanto, quando se pretende fazer uma avaliação da fiabilidade interavaliadores, os avaliadores não devem observar a sessão em conjunto, ou pelo menos não devem discutir ou comentar as suas observações até as pontuações finais da escala estarem feitas.

A maioria dos descritores reflete comportamentos observáveis, tais como uma postura corporal superior aberta (relaxada), chorar ou afirmar estar de acordo sobre a tarefa de casa. No entanto, alguns descritores requerem que o observador faça inferências com base no comportamento observável do cliente ou do terapeuta. Como exemplo, considere o descritor seguinte: "O cliente indica ou afirma que a terapia é um lugar seguro". Obviamente, este indicador deve ser marcado se o cliente declara explicitamente que se sente "seguro", mas pode acontecer que esse comportamento esteja presente se o cliente apenas transmite uma sensação de segurança, mesmo que não o diga de forma explícita ou literal. Se o cliente diz algo como "Decidimos não falar mais sobre este tema em casa, pois continuaríamos a discutir", o observador deve inferir que o cliente vê a terapia como um lugar seguro, dado que admite discutir na sessão um tema sobre o qual se decidiu que não era seguro falar em casa. Dito de outro modo, o avaliador

deve, por vezes, fazer inferências com base em expressões verbais dos membros da família. No entanto, o avaliador não deve fazer inferências sobre o comportamento "implícito", baseadas apenas em comportamentos não-verbais. Essas *nuances* serão esclarecidas mais adiante, na secção dos descritores.

Pontuar cada dimensão

Clientes

No final da sessão que está a ser avaliada, o avaliador deverá atribuir uma pontuação a cada uma das quatro dimensões, para cada membro da família presente na sessão. A pontuação deve ser registada nos espaços destinados para esse fim na parte inferior de cada secção do instrumento. As indicações que orientam a escala de pontuação (*aliança muito problemática, não assinalável/neutra, aliança muito forte*) referem-se à valência (positiva ou negativa), intensidade e frequência do comportamento, bem como à sua importância e significado no contexto da sessão. Na versão de "lápiz e papel", com exceção da dimensão Sentimento de Partilha de Objetivos na Família, há três ou quatro colunas com espaços em branco ao lado de cada indicador, uma para cada membro da família. Como anteriormente referido, o investigador identifica cada coluna com o nome ou o papel familiar de cada membro da família presente na sessão. No final de cada dimensão atribui-se uma pontuação numa escala de sete pontos: 0 no centro (para indicar que não há *nada a assinalar*, ou que a pontuação é *neutra*), -3 no extremo negativo (*aliança extremamente problemática*) e +3 no extremo positivo (*aliança extremamente forte*). Os espaços em branco (um para cada membro da família) que aparecem na parte inferior de cada dimensão devem ser utilizados para a pontuação final atribuída a cada dimensão. Apenas existe um espaço em branco para o Sentimento de Partilha de Objetivos na Família, dado que nessa dimensão se faz uma avaliação da família como um todo sendo, portanto, atribuída uma única pontuação para toda a família ou casal.

Como mencionado acima, os indicadores individuais são considerados indicadores comportamentais das dimensões subjacentes, as quais são mais globais e estão definidas em termos mais subjetivos (ao nível das cognições e afetos dos membros da família). Os avaliadores devem assim utilizar as marcas ou registos feitos em cada um dos descritores comportamentais para fazerem a sua avaliação global e pontuar as dimensões. Com efeito, não devem simplesmente confiar na sua intuição ou impressão final para pontuar cada dimensão, tendo sim que se

basear e apoiar nos descritores comportamentais identificados e marcados durante a sessão.

Ao longo do desenvolvimento do instrumento, os autores perceberam que é impossível para um avaliador comparar a força da aliança entre os membros da família enquanto vê o vídeo e pontua as escalas. Portanto, a pontuação atribuída a cada membro da família pode ser influenciada pela forma como são pontuados os outros membros da família. Por esta razão, foi definida a seguinte orientação:

o avaliador deve, em primeiro lugar, atender às marcas feitas para assinalar os descritores comportamentais e decidir quem é o membro da família menos conectado ou envolvido na terapia. Essa pessoa deve ser avaliada e pontuada primeiro, passando depois à segunda pessoa menos envolvida, e assim sucessivamente. Desta forma, o membro da família mais envolvido ou comprometido com a terapia é avaliado em último lugar.

Orientações específicas para pontuar cada dimensão

Ao usar a versão do cliente, para facilitar o processo de avaliação das dimensões a partir dos descritores comportamentais, os avaliadores devem utilizar as seguintes diretrizes para o Envolvimento, a Conexão Emocional e a Segurança:

- 3 = extremamente problemática
- 2 = moderadamente problemática
- 1 = ligeiramente problemática
- 0 = não assinalável ou neutra
- +1 = ligeiramente forte
- +2 = moderadamente forte
- +3 = extremamente forte

1. Se **não existirem marcadores** numa determinada dimensão, a pontuação deve ser **0**. Isto significa que não há descritores assinalados, não sendo visível um sentido positivo ou negativo da aliança, mantendo portanto o cliente, pelo menos, uma aliança mínima (caso contrário, o cliente teria qualquer indicador negativo ou abandonaria a sessão). Na terapia familiar acontece, por vezes, que um dos

membros da família não fale durante a sessão, especialmente se houver muitas pessoas na sala. Se não houver indicadores negativos nem positivos registados e o cliente apenas não falou, a avaliação deve ser 0.

2. **Se apenas se assinalaram descritores negativos**, a pontuação deve ser inferior a 0, ou seja, um número negativo. O cliente será marcado com -3 (*aliança extremamente problemática*) apenas se for evidente que a pessoa está contrariada na terapia e demonstra esse antagonismo de forma comportamental. Caso contrário, a pontuação será -2 ou -1, dependendo esta decisão da forma como o avaliador percebe a negatividade o comportamento.

3. **Se apenas se assinalaram descritores positivos**, a pontuação deve exceder 0, ou seja, deve ser positiva.

4. **Se apenas se assinalaram descritores positivos do tipo não verbal** (postura corporal aberta, contacto visual, linguagem corporal refletindo imitação) a pontuação deve ser +1 (ligeiramente forte).

5. **Só se dará +3 (extremamente forte)**, se for evidente que o cliente está altamente investido na terapia, demonstrando uma grande vulnerabilidade (dimensão Segurança), ou participando ativamente no processo terapêutico (dimensão Envolvimento), ou demonstrando um claro e significativo apreço pelo terapeuta (dimensão Conexão Emocional). Se o envolvimento do cliente na terapia não for tão claro e notório, a pontuação deve ser +1 ou +2, dependendo da avaliação de quão positivos forem os comportamentos observados.

6. **Se há indicadores positivos e negativos assinalados**, a pontuação será -1, 0 ou +1, dependendo do julgamento feito pelo avaliador sobre o balanço dos descritores positivos e negativos no que diz respeito à frequência ou importância e significado na terapia. Neste caso, um 0 significa uma avaliação neutral, uma vez que os comportamentos positivos e negativos registados se compensam.

7. **Uma pontuação de -3 (extremamente problemática)** apenas se dá quando é claro que o cliente *não* investe *absolutamente nada* na terapia sendo, portanto, a aliança extremamente problemática.

A tarefa do avaliador inclui, todavia, alguma subjetividade. Alguns comportamentos, especialmente não-verbais, podem ocorrer de forma prolongada durante grande parte da sessão (por exemplo: "os membros da família refletem em espelho as posturas corporais de cada um"), embora a maioria dos restantes

comportamentos incluídos nos descritores ocorram, provavelmente, apenas uma vez ou raramente. No caso dos comportamentos que ocorrem com pouca frequência é necessário que o avaliador decida sobre a importância ou relevância clínica desses comportamentos. Se, por exemplo, um membro da família "aceita fazer as tarefas para casa que lhe são sugeridas" (descriptor da dimensão Envolvimento) uma vez e com pouco entusiasmo, a pontuação deve ser +1. Contudo, se esse cliente pede pormenores sobre a tarefa e fala de quando, como e em que circunstâncias a irá fazer, a pontuação deve ser +2. Se, para além disso, o cliente também está particularmente animado e firmemente comprometido com a tarefa proposta, a pontuação deve ser +3. Considere outro exemplo: o descriptor "o cliente está relutante ou recusa-se a responder ao terapeuta". Se acontece apenas uma vez, a pontuação pode ser -1, mas se o cliente se recusa a falar uma boa parte da sessão, a pontuação deve ser -2. Se o seu comportamento é assim durante toda a sessão, a pontuação deve ser -3.

Na dimensão *Sentimento de Partilha de Objetivos na Família* atribui-se uma pontuação a toda a família ou grupo familiar presente na sessão. Para os avaliadores deve ficar claro que esta dimensão se refere ao sentimento de *partilha de propósito acerca da terapia*, não sobre a família em geral, nem sobre o problema apresentado. Por outras palavras, os membros de um casal podem sentir-se muito bem juntos, mas terem opiniões muito diferentes sobre o valor da terapia para melhorarem um problema que têm (um deles acredita na sua utilidade e o outro considera-a um absurdo), ou seja, não compartilhem o propósito da terapia. Outro exemplo, pode acontecer que todos os membros da família concordem que o João tem um problema específico e esse acordo reflete um sentimento partilhado sobre qual é o problema, mas não necessariamente um sentimento partilhado acerca do sentido e do valor da terapia para ajudar a resolver esse problema, ou seja, não haver uma partilha do propósito da terapia. Os pais, por exemplo, podem indicar que o foco da terapia é o mau comportamento do João, mas o João pode dizer que a terapia é uma perda de tempo, ou que acredita que o terapeuta deve centrar-se estritamente nos pais e no problema de alcoolismo do pai. Neste caso, o sentido de unidade no seio da família, quanto à terapia, não é o ideal.

Devem ser tomadas em conta as seguintes diretrizes no momento de pontuar a escala ***Sentimento de Partilha de Objetivos na Família***, a partir dos descritores comportamentais previamente marcados:

1. O avaliador deve, em primeiro lugar, verificar quantos membros da família têm descritores positivos e negativos assinalados.

2. **Se não há descritores marcados** para qualquer membro da família, a pontuação deve ser 0, ou seja, *não assinalável*. Tal como acontece com a pontuação de outras dimensões, supõe-se que não há nada de extraordinário a assinalar sobre o Sentimento de Partilha de Objetivos na Família, ou seja, supõe-se que existe pelo menos uma sensação moderada de partilha de propósito na família, simplesmente pelo facto de todos os membros estarem lá e não terem demonstrado comportamentos negativos, indicadores de uma aliança pobre. Porém, como também não evidenciaram nenhum indicador positivo, a pontuação marcada será 0.

3. **Se há pelo menos um descritor positivo marcado e não há descritores negativos** assinalados para cada membro da família, a pontuação deve ser, pelo menos, +1, e poderá ser +2 ou +3, dependendo do juízo que o avaliador fizer sobre a quantidade e a importância dos descritores identificados.

4. **Se há pelo menos um descritor negativo marcado** para um único membro da família e **não há nenhum marcador positivo** para ninguém, a pontuação deve ser -1 ou -2, dependendo de como for julgado negativo, por parte do avaliador, esse comportamento na sessão.

5. **Se dois ou mais membros da família têm apenas descritores negativos** marcados, a avaliação deve ser -3 ou -2.

6. **Se há tantos descritores negativos como positivos marcados** para qualquer um dos membros da família, a pontuação deve ser entre -1, 0 ou +1, dependendo da avaliação que o juiz observador fizer sobre o equilíbrio entre os descritores positivos e negativos quanto à sua frequência, importância e significado na terapia. Neste caso, 0 significa *neutro*, assumindo-se que os comportamentos positivos e negativos registados se compensam.

7. **Se há um grande desacordo entre os membros da família**, manifestado claramente na sessão, sobre o valor da terapia ou o que será alcançado com ela, a pontuação deve ser -3 (*extremamente problemática*), mesmo que não haja outros descritores negativos adicionais marcados.

Terapeuta

As orientações para pontuar as escalas na avaliação das contribuições do terapeuta são idênticas às identificadas previamente para os clientes. De notar que, embora os comportamentos dos clientes registados *reflitam a força da aliança*, os comportamentos do terapeuta *refletem as contribuições do terapeuta* para a aliança. Assim, uma pontuação de +3 significa que o terapeuta contribuiu muito para o Envolvimento dos clientes, ou para a sua Segurança, etc.. Da mesma forma, uma pontuação de -3 significa que o comportamento do terapeuta contribuiu muito para o detrimento da experiência do cliente na dimensão que está a ser analisada.

Fiabilidade

Tal como acontece com outras medidas multidimensionais da aliança, as quatro dimensões do SOFTA-o não são excludentes entre si. De facto, são conceitualmente interdependentes. Numa sessão, a sensação de segurança por parte de um membro da família está claramente ligada à sua conexão emocional com o terapeuta e ao facto de se sentir comprometido ou envolvido no processo. O grau com que todos os membros da família estão ativamente envolvidos na terapia é também refletido no sentimento de partilha de objetivos na família. Reciprocamente, quando a família compartilha o sentimento de propósito da terapia e o que espera conseguir com ela, os membros da família, provavelmente, sentem de modo individual um vínculo mais forte com o terapeuta.

A fiabilidade entre avaliadores foi calculada através da correlação intraclasse para cada par de avaliadores, em cada uma das dimensões pontuadas. A primeira prova de fiabilidade com a versão espanhola do SOFTA realizou-se avaliando 38 primeiras sessões de terapia familiar gravadas em vídeo e realizadas pelo mesmo terapeuta. Foram utilizados três alunos de pós-graduação em terapia familiar como avaliadores. As correlações obtidas foram:

<u>Dimensões</u>	<u>Corr.</u>
Envolvimento	.84
Conexão Emocional	.82
Segurança	.88
Sentimento de Partilha de Objetivos	.93

Em estudos posteriores realizados com o SOFTA-o foram alcançadas correlações intraclasse que variaram entre .75 a .95 para as diferentes dimensões, tanto para a versão em espanhol como para a versão em inglês, e tanto para a versão dos clientes como para a do terapeuta.

Ao usar vários avaliadores (com o objetivo de verificar a fiabilidade), a pontuação final de uma sessão (aquela que é utilizada na análise dos dados de uma investigação) deve obter-se por consenso entre as pontuações. Ou seja, se dois avaliadores fazem a mesma avaliação (por exemplo, 0) e um terceiro avaliador pontua o cliente de maneira diferente (por exemplo, -1), a pontuação utilizada na análise deverá ser 0. Se as três pontuações forem diferentes, deve calcular-se a média dos dois valores mais próximos entre si. Por exemplo, se as pontuações forem -1, +1 e +2, a pontuação -1 será eliminada (porque +1 e +2 estão mais próximas entre si, a partir do momento em que a pontuação 0 também é possível). A pontuação utilizada na análise deverá então ser 1,5 (média entre +1 e +2). Quando se utilizam apenas dois avaliadores, a recomendação é que ambos cheguem a um consenso sobre a pontuação a ser utilizada na investigação, embora o processo do cálculo da média entre as pontuações também seja viável.

Formação dos Avaliadores

O treino adequado na aplicação do SOFTA-o é fundamental, tanto na utilização da versão de "lápiz e papel", como na utilização da versão eletrónica (e-SOFTA), quando se aplica para objetivos de investigação ou de supervisão (ou autossupervisão). Os aspetos essenciais do treino são comuns para investigação e para supervisão. Qualquer pessoa que use este instrumento deve previamente adquirir um bom nível de compreensão do modelo teórico que o sustenta, para o que se recomenda a leitura do livro de Friedlander, Escudero e Heatherington (2006) *Therapeutic alliances in couple and family therapy: An empirically-informed guide to practice* (APABooks). Em especial, recomenda-se a leitura dos capítulos 2 a 8. Deste modo, os avaliadores devem conhecer bem o modelo concetual subjacente ao instrumento e familiarizar-se com as definições operacionais das quatro dimensões do SOFTA, bem como com os descritores comportamentais de cada uma das dimensões. A leitura dos exemplos clínicos incluídos no livro citado é especialmente útil se for acompanhada por discussões em grupo com um supervisor ou investigador que conheça bem o modelo teórico.

Depois de obter um nível de conhecimentos teóricos acerca do SOFTA-o, deve familiarizar-se com os indicadores comportamentais do instrumento, de forma a que, ao avaliar uma sessão, seja fácil lembrar e determinar a relevância dos descritores comportamentais. Quando se utiliza a versão eletrónica do instrumento (e-SOFTA), o avaliador apenas visualiza no ecrã do computador os descritores de uma dimensão, de modo que, caso deseje classificar as quatro dimensões de uma única vez, necessita de memorizar todos os indicadores que

compõem o SOFTA e ir mudando o separador para os localizar adequadamente. Outra alternativa recomendada é pontuar apenas uma ou duas dimensões em simultâneo, ou ter diferentes avaliadores para cada dimensão.

Quando o instrumento é utilizado para realizar uma investigação, o investigador deve focalizar os avaliadores que estão a ser treinados nas definições operacionais dos descritores incluídas no manual. Essas definições devem ser a referência para resolver quaisquer dúvidas sobre a presença ou não de uma conduta a registar. As definições operacionais contêm abundantes chaves/pistas para ajudar a discriminar adequadamente os comportamentos avaliados. Além disso, estas distinções específicas também podem ser de grande utilidade para a supervisão da prática clínica.

O site <http://www.softa-soatif.net> contém breves segmentos de vídeo que devem ser utilizados na primeira fase de treino dos avaliadores, quer através da versão eletrónica (e-SOFTA), quer das grelhas de registo em papel. Existem 32 segmentos de vídeo disponíveis para treino, 16 em inglês e 16 em espanhol (8 para o terapeuta e 8 para os clientes). Esses segmentos têm uma duração breve (2 a 5 minutos) e destinam-se a ilustrar comportamentos positivos e negativos incluídos nos indicadores do SOFTA. Em todos os casos trabalha-se com uma única dimensão por segmento. Para o treino, os avaliadores têm que fazer registos observacionais e pontuar cada fragmento de vídeo, para depois compararem o seu trabalho com a "solução", que também está disponível no site (cada vídeo descarrega-se da web num arquivo compactado que contém igualmente os documentos de "solução"). Deve ser dada especial atenção aos comentários qualitativos que acompanham cada registo comportamental realizado nesses segmentos de vídeo, explicando as razões para cada um dos registos e o momento exato em que eles ocorrem.

Quando se utiliza o programa e-SOFTA, os indicadores de tempo, que se visualizam no programa, permitem ao usuário reproduzir automaticamente no vídeo (com um clique sobre a marca do tempo) os momentos exatos em que ocorrem os comportamentos registados. Desta forma, podem comparar-se e corrigir-se erros de pontuação (cf. o procedimento no tutorial incluído no e-SOFTA). Nesta fase do treino, as definições operacionais dos indicadores comportamentais de cada dimensão devem ser sempre consultadas perante a deteção de qualquer erro cometido pelos avaliadores.

Quando se utiliza o SOFTA apenas com objetivos de formação ou supervisão clínica, depois de fazer os exercícios com os segmentos de vídeo e de verificar que estão a ser usados os critérios adequados de registo e pontuação, o avaliador pode começar a usar o instrumento com os seus próprios vídeos.

Recomenda-se que se realize um treino independente e separado com as versões do terapeuta e do cliente, dado que não se deve tentar aprender o sistema completo de uma só vez. A versão do terapeuta é mais fácil de aprender porque as observações são feitas analisando apenas um único indivíduo (o terapeuta).

Quando o treino é feito para aplicar o SOFTA numa investigação, o ideal é ter duas equipas de avaliadores, uma para trabalhar com a versão do terapeuta e outra para trabalhar com a versão dos clientes. Insiste-se em advertir que é totalmente contraproducente tentar avaliar em simultâneo clientes e terapeuta, mesmo quando os avaliadores são muito experientes no uso do instrumento.

Para conseguir um bom nível de fiabilidade (acordo entre avaliadores) recomenda-se selecionar 6-12 vídeos que sejam "representativos" do material que o investigador quer analisar (obviamente não devem ser utilizados no treino os vídeos da amostra real da investigação). Idealmente, estes vídeos de treino devem começar com exemplos simples, com poucos clientes nas sessões e com boa qualidade de som e imagem. Os vídeos de treino devem conter exemplos positivos e negativos de Envolvimento, Conexão Emocional, Segurança e Sentimento de Partilha de Objetivos. O grau de dificuldade do material a avaliar deve ir aumentando progressivamente, à medida que os avaliadores progridam no treino.

Outra recomendação é trabalhar com uma única dimensão e não com várias em simultâneo. Os vídeos podem ser visualizados num leitor de vídeo ou no programa e-SOFTA (quando convertidos num dos formatos compatíveis com o programa). Além disso, os avaliadores devem começar sempre por trabalhar em grupo com os primeiros vídeos de treino, comentando as observações e os critérios de pontuação das escalas em relação a cada uma das dimensões. Posteriormente, os avaliadores podem realizar a tarefa de avaliar várias dimensões em simultâneo (ou todas, quando houver um nível de fiabilidade elevado), começando também por trabalhar em grupo para partilhar os critérios de registo e pontuação.

Logicamente, para examinar a fiabilidade através do cálculo do acordo interavaliadores, estes devem observar e pontuar as sessões de forma independente. Durante o trabalho de avaliação das sessões que compõem a amostra de investigação, recomenda-se que os avaliadores façam o seu trabalho de forma relativamente sincronizada, por exemplo avaliando as mesmas sessões durante uma semana, e tendo uma reunião semanal para comparar os resultados e ajustar os critérios perante os fragmentos de vídeo difíceis ou complicados de avaliar. O trabalho de avaliação das sessões causa fadiga, o que afeta a fiabilidade dos avaliadores, sugerindo-se, portanto, que não sejam avaliadas mais de duas sessões seguidas (supondo que duram cerca de uma hora cada) sem fazer um

intervalo de descanso considerável. É muito importante que os membros da equipa de avaliadores se reúnam regularmente para compararem os seus resultados e não deixarem que o acordo e sincronismo, na aplicação dos critérios de registo e de pontuação, diminuam. Este problema de perda de acordo com a passagem do tempo é comum a todos os procedimentos de investigação observacionais.

Os avaliadores devem comparar detalhadamente os registos dos indicadores (descritores comportamentais) e as pontuações atribuídas a cada dimensão. O treino de codificação deve continuar até que os avaliadores, como grupo, não difiram mais do que um ponto na estimação das pontuações em 90% das provas realizadas (por exemplo, diferindo apenas entre +2 e +3). Quando se consegue chegar a este nível de acordo pode parar-se de avaliar a fiabilidade.

A fiabilidade, calculada através das correlações intraclasse, avalia-se para cada uma das dimensões do SOFTA separadamente. Habitualmente, são necessárias pelo menos 10 sessões de treino com a versão terapeuta e 5 com a versão cliente para se obter uma fiabilidade minimamente satisfatória. O cálculo da fiabilidade de sessões parciais pode ser útil para tornar mais leve o trabalho de formação dos avaliadores, devendo, contudo, ser usadas sessões completas para as análises finais de uma investigação.

Habitualmente é possível obter bons níveis de fiabilidade após 10-15 horas de treino. A seleção dos avaliadores não requer que sejam escolhidas pessoas com uma grande experiência clínica. O SOFTA-o não requer uma grande sofisticação clínica, e mesmo os alunos com pouca ou nenhuma experiência clínica podem conseguir um bom nível de fiabilidade. No entanto, é necessário que os avaliadores tenham a capacidade de interpretar corretamente as situações sociais (interpessoais), já que o processo de avaliação implica captar o significado dos indicadores comportamentais do SOFTA num determinado contexto. Também se recomenda a utilização de avaliadores do sexo masculino e feminino, sempre que seja possível, uma vez que, em algumas ocasiões, homens e mulheres tendem a interpretar de forma diferente os comportamentos interpessoais. Tal como para outro sistema de observação, para utilizar adequadamente o SOFTA-o é necessário que os avaliadores tenham atenção aos pormenores e facilidade no reconhecimento de comportamentos.

Às vezes, por vários motivos, um avaliador pode fazer sistematicamente avaliações diferentes das dos outros. Se houver, pelo menos, outros dois avaliadores treinados, a fiabilidade do primeiro avaliador pode ser facilmente analisada através do cálculo da correlação intraclasse, incluindo-o (numa 1ª fase) e depois excluindo-o. Se a correlação diminuir .10 ou mais (nos vídeos de treino) é

recomendado não usar esse avaliador nos dados da amostra de investigação.

A fiabilidade pode variar dependendo do tipo de material clínico, da maior ou menor diligência dos avaliadores e/ou da frequência com que o grupo de avaliadores se reúne para discutir os seus resultados. Sempre que os avaliadores encontram dificuldade numa ou mais dimensões, é conveniente realizar uma sessão de treino para "refrescar" os critérios de pontuação. Insiste-se na importância de realizar reuniões frequentes entre os avaliadores, tanto durante o trabalho de treino prévio, como durante o processo de análise do material incluído numa investigação.

Ao utilizar o SOFTA-o para fins clínicos não é tão importante a memorização de todos os descritores, mas vale a pena discutir em grupo acerca desses descritores durante o processo de aprendizagem do sistema. De facto, a discussão sobre as *nuances* e os exemplos que podem ocorrer durante a avaliação das sessões com o SOFTA-o é geralmente muito valiosa para a prática clínica e supervisão, bem como para a investigação.

1. ENVOLVIMENTO NO PROCESSO TERAPÊUTICO

1. O cliente manifesta o seu acordo com as metas propostas pelo terapeuta

Depois de o terapeuta ter identificado ou descrito de forma explícita o propósito da terapia ou as metas do tratamento, o cliente diz algo que indica que aceita a perspectiva do terapeuta. O cliente pode indicar explicitamente estar de acordo ("Sim, isso está bem"), ou fazê-lo de forma implícita ("Bem, isso faz sentido porque...", ou "Então comecemos").

2. O cliente descreve ou discute um plano para melhorar a situação

Por iniciativa própria ou seguindo a iniciativa do terapeuta, o cliente descreve de forma explícita o que irá fazer ou o que pensou fazer em prol de uma melhoria. Pode ser um plano meticulosamente elaborado, tal como "comprometer-se a fazer um elogio ou a premiar cada membro da família todos os dias", ou uma ideia mais difusa como "tentar ver o lado positivo da situação". Para identificar a ocorrência deste indicador, o cliente deve expressar de forma explícita o que irá fazer, não sendo suficiente manifestar o seu acordo com um plano ou ideia proposta pelo terapeuta.

3. O cliente introduz um problema para ser discutido

Por iniciativa própria ou seguindo a iniciativa do terapeuta, o cliente identifica algo de forma específica que gostaria de tratar na sessão ("acho que precisamos de falar mais sobre a forma como comunicamos quando estamos zangados"). Para anotar a ocorrência deste indicador o cliente deve iniciar a conversa, não sendo suficiente manifestar o seu acordo com as sugestões do terapeuta ou com a identificação do problema feita pelo terapeuta.

4. O cliente aceita fazer as tarefas para casa que lhe são sugeridas

Uma "tarefa para casa" ou "atividade para realizar fora da sessão", especificamente prescrita pelo terapeuta ("para a próxima semana, gostaria que..."), ou uma sugestão mais vaga ("uma coisa que podia tentar fazer e que

tem ajudado outras pessoas na sua situação é...”). O cliente deve dizer algo que indique explicitamente que levará a cabo a tarefa atribuída. Acenar somente com a cabeça ou dizer “mm-mm” não é suficiente para assinalar este indicador. Se, em vez disso, o cliente faz uma pergunta acerca da tarefa que sugere estar a pensar levar a cabo, tal como “também devo escrever tudo o que a minha esposa faz?”, este indicador deverá marcar-se.

5. O cliente indica que fez uma tarefa ou considera-a como útil

Este indicador deve ser marcado se, em resposta à pergunta do terapeuta sobre a tarefa (um plano específico ou uma sugestão mais genérica), ou sem que se tenha perguntado nada, o cliente menciona o valor da tarefa realizada ou pelo menos indica que tentou realizá-la. Se o cliente indica que decidiu não realizar a tarefa ou que não encontrou o momento para a fazer, então este indicador não deve assinalar-se.

6. O cliente expressa otimismo ou indica que houve uma mudança positiva

Com ou sem questões prévias por parte do terapeuta, o cliente descreve sentimentos de esperança ou expressa a sua visão de que a mudança é possível. Este item deve ser marcado se aparece uma expressão clara de que “as coisas parecem estar melhor”, ou “podemos fazer uma mudança”, ou “estamos a conseguir algo agora”, e também se há referências indiretas de otimismo, tal como “Bem, penso sempre no lado positivo disto”. O otimismo implica esperança numa mudança positiva, que poderá ser uma pequena mudança de comportamento, ou algo mais geral como salvar um casamento ou “livrar” um adolescente dos seus problemas. Também se assinala este item no caso de o cliente fazer um comentário que se refere a uma visão positiva da terapia, como “agora que viemos aqui podemos finalmente tratar disto”.

7. O cliente aceita os pedidos do terapeuta para discutir ou representar alguma interação diante dele

Em resposta a uma solicitação explícita do terapeuta ao/s cliente/s para que façam ou representem algo *durante a sessão*, eles fazem. Podem incluir-se comportamentos específicos, como mover as cadeiras para colocar um cliente em frente a outro, ou falar com outro membro da família acerca de algo proposto pelo terapeuta (“porque é que não falamos entre vocês os dois e tentamos chegar a um acordo acerca de como vão fazer...”). A ação solicitada

não tem necessariamente que ser uma técnica ativa elaborada (como por exemplo, uma escultura da família), bastando simplesmente que o cliente aceite seguir as sugestões do terapeuta para fazer algo ou experimentar algo diferente durante a sessão (respirar profundamente antes de falar, dar a mão, olhar nos olhos...).

8. O cliente inclina-se para a frente (postura corporal)

Só se assinala este indicador quando o cliente se *inclina para a frente* em resposta de atenção ou concentração relativamente a algo que está a ser tratado na sessão, ou quando lhe é colocada uma pergunta por parte do terapeuta ou de outro membro da família. Se o cliente está sentado para a frente durante toda a sessão, apenas se assinala este item uma vez. Se o cliente se mexe várias vezes na cadeira em resposta ao que está a ser discutido, cada vez que o cliente realiza esta mudança de postura deve fazer-se uma marca diferente no indicador.

9. O cliente menciona o tratamento, o processo de terapia, ou uma sessão em concreto

Este item deve ser assinalado quando o cliente “traz à tona” a terapia como um tema (o seu valor, a necessidade da terapia, a forma como está a decorrer o processo...). Por exemplo: destacar que a sessão anterior levantou muitas questões; referir aquilo que gostava que acontecesse na próxima sessão, perguntar ao terapeuta quanto tempo acha que necessitam de terapia, relacionar algo com o que se falou numa sessão, etc.. Se o cliente se refere de forma negativa à terapia, *não* deve ser marcado este item (ver o indicador negativo sobre “sentir-se preso/bloqueado”). Além disso, o indicador também *não* deve ser marcado quando o cliente simplesmente responde às questões que o terapeuta faz acerca da terapia (“Como se sentiu na sessão da semana passada?”, ou “Está de acordo com este tipo de trabalho com o seu filho?” ou “Do que é que gostaria de falar hoje?”). De notar que se o cliente menciona o tratamento num contexto de melhoria ou otimismo (por exemplo, “as coisas estão a correr melhor desde que começámos a vir aqui!”), o indicador “o cliente expressa otimismo...” deve ser marcado de forma prioritária.

10. O cliente expressa sentir-se "preso/bloqueado" ou afirma que a terapia não foi ou não é útil

Este item negativo deve ser marcado quando o cliente expressa explicitamente que não se sente satisfeito com a forma como decorre a terapia, com a necessidade da mesma ou com a direção que a terapia está a tomar. Este tipo de expressão negativa pode ocorrer em resposta a uma pergunta do terapeuta ou de outro membro da família, ou por iniciativa própria do cliente. Este indicador não deve ser assinalado se a resposta do cliente é vaga, tal como "não sei" ou "bem, pode ser", mesmo que se suponha uma atitude negativa. Este tipo de expressões vagas ou ambíguas podem ser indicadores de outro indicador negativo (ver em baixo o indicador "mostrar indiferença"). Finalmente, para que este indicador seja marcado é necessário que o cliente expresse insatisfação de forma clara e aberta.

11. O cliente mostra indiferença acerca das tarefas ou do processo de terapia ("falar por falar", "não sei", "desligar")

"Falar por falar" refere-se a uma aceitação ou participação superficiais quando o terapeuta ou outro membro da família fazem perguntas ou sugestões. A indiferença pode mostrar-se de forma não verbal, como quando o cliente se entretém a fazer algo (esvaziar os bolsos, limpar as unhas...), ou não acompanha o ritmo da conversa, ou quando observar o que existe ao redor na sala. Tal como acontece com outros indicadores não verbais, é necessário identificar algo mais do que uma distração momentânea ou perda de atenção: para que este item seja marcado, os comportamentos não verbais necessitam de ser muito óbvios. De forma verbal os clientes podem mostrar indiferença mediante a expressão clara de perda de energia ou entusiasmo (dizer com um tom desanimado "bem, se quiser, posso tentar"). A indiferença apenas se capta pelo tom de voz. Outro tipo de comentários mais óbvios podem ser, por exemplo: "ok, mas duvido que faça a diferença a longo prazo". Não se deve marcar este indicador com crianças pequenas, já que pode ser esperado que se distraiam durante a sessão.

2. CONEXÃO EMOCIONAL COM O TERAPEUTA

1. O cliente partilha um momento de humor ou uma brincadeira com o terapeuta

Este indicador refere-se a uma conexão no comportamento interativo de ambos através do humor, normalmente caracterizado pelo riso. O comentário humorístico pode surgir por iniciativa do terapeuta ou do cliente, mas para marcar este indicador é necessário que ambas as partes simultaneamente mostrem compartilhar o humor ou a brincadeira.

2. O cliente verbaliza a sua confiança no terapeuta

O comentário do cliente pode ser uma afirmação clara como "confio em si", ou uma observação que sugira de forma mais implícita essa confiança, tal como "sei que tudo o que disser aqui não vai sair deste espaço", ou "isto é algo que não podia falar com ninguém". O comentário deve ser algo mais do que um indicador de que se sente seguro no contexto da terapia, devendo implicar um sentido pessoal de confiança no terapeuta, um reconhecimento de que esse terapeuta em particular é uma pessoa digna de confiança. Por exemplo, "Confio no que me diz", "Se o diz é porque certamente funcionará". Para distinguir este indicador do que diz "o cliente sente-se entendido ou aceite pelo terapeuta", o elemento crucial é mostrar que se *confia no terapeuta* ou confiar que aquilo que é dito na terapia se vai manter confidencial por parte do terapeuta. No entanto, se o comentário indica que o cliente *sente que o terapeuta confia nele*, o indicador que deverá ser considerado é "sentir-se entendido ou aceite".

3. O cliente expressa interesse por aspetos da vida pessoal do terapeuta

Por vezes, o cliente faz perguntas sobre aspetos do terapeuta, tais como se é casado ou tem filhos, se se considera espiritual ou religioso, ou onde nasceu e cresceu. Este indicador pode marcar-se quando o cliente faz uma pergunta direta, ou se em resposta a uma autorrevelação por parte do terapeuta o cliente responde com um comentário que mostra interesse no terapeuta enquanto pessoa. Por exemplo, quando o terapeuta fala sobre a tristeza que sentiu quando o seu pai faleceu e o cliente questiona "Era muito novo?" ou "Teve o apoio da sua família?". Este indicador NÃO se assinala se o cliente pergunta acerca de assuntos como a formação ou a experiência profissional do

terapeuta, ou no caso de a questão ser formulada de uma forma que implique estar à defensiva, ou falta de confiança, ou “testar” alguma atitude ou opinião do terapeuta (por exemplo, “Qual é a sua opinião acerca dos *gays*?”).

4. O cliente indica que se sente entendido ou aceite pelo terapeuta

Este indicador implica algo mais do que o sentimento de se sentir seguro e cómodo na terapia; requer uma certa evidência de que o cliente se sente valorizado, respeitado, ou de que o terapeuta confia nele. É necessário fazer-se um comentário verbal de forma explícita, tal como “Sei que *você* não me julga como o resto das pessoas fazem” ou “Poderia dizê-lo a si que compreenderia, mas a mais ninguém”. Também é possível marcar este indicador quando há uma resposta do tipo não verbal, tal como nas situações em que o cliente começa a chorar quando o terapeuta faz um comentário empático ou de apoio pessoal. Não obstante, importa considerar que as respostas não verbais deste tipo só serão marcadas se existirem sinais claros (no contexto ou na sequência da interação) de que o cliente expressa sentir-se aceite ou entendido.

5. O cliente expressa fisicamente ou verbaliza o seu afeto pelo terapeuta

Este indicador deve ser assinalado quando, por exemplo, o cliente dá a mão no final da sessão, ou pede um abraço ou um beijo. As expressões de afeto podem ser transmitidas mediante comentários como “Sente-se melhor? Estava realmente mal na semana passada” ou “A sua opinião significa muito para a nossa família”.

6. O cliente imita, reproduz, a postura corporal do terapeuta

Para assinalar este indicador é necessário que a postura corporal (observar a posição dos braços e das pernas) seja similar ou simétrica. Não é necessário clarificar se é o terapeuta que imita, ou reflete, as posturas do cliente ou vice-versa (isto é, a conexão que existe entre terapeuta e cliente vê-se refletida na imitação das posturas, não importando quem imita quem). Este indicador apenas se assinala uma vez por sessão, a não ser que o cliente esteja, de forma clara e óbvia, a refletir os movimentos do terapeuta em momentos diversos bem identificados. O reflexo da postura corporal pode estar associado a um certo tipo de mudanças de postura específicas, como quando o terapeuta muda de postura, movendo claramente o corpo para a frente quando a

conversa se torna mais intensa, e o cliente imita esse movimento. No trabalho com adolescentes é frequente os terapeutas imitarem a postura informal dos adolescentes.

7. O cliente evita o contacto visual com o terapeuta

Para que este indicador não verbal seja assinalado, o cliente deve, de forma clara e consistente, evitar o contacto ocular com o terapeuta,. Inclusivamente, mesmo que, de vez em quando, haja um contacto visual muito fugaz, se o cliente evita o contacto visual esperado por um período de tempo considerável (cerca de um minuto ou mais, não apenas uns segundos), então este indicador deve ser marcado. Também nos momentos em que o terapeuta faz uma pergunta direta (como "Quer que continuemos as sessões?") ou diz algo diretamente ao cliente, de maneira a ser esperado um contacto visual, se o cliente evita estabelecer o referido contacto visual este indicador deve ser marcado.

8. O cliente está relutante ou recusa-se a responder ao terapeuta

Este indicador deve ser assinalado quando, de forma verbal ou não verbal, o cliente recusa responder a um pedido direto – pergunta ou comentário – por parte do terapeuta, indicando uma reação negativa face ao terapeuta ou o facto de não querer dar explicações. Um silêncio prolongado em resposta a uma pergunta é disso um exemplo, concretamente se o silêncio sugere uma clara reticência ou recusa em participar naquilo que lhe estão a dizer. O silêncio que ocorre porque o cliente está concentrado a pensar no que há de dizer *não* deve ser assinalado. Expressões verbais claras de recusa ou relutância são: "Preferia não falar sobre isso", "Isso não é um assunto seu", "Isso é pessoal" ou "Isso agora não é chamado ao assunto". Quando o cliente mostra claramente recusa em responder, mas mais tarde cede e responde de modo hesitante, este indicador deve ser assinalado quando a resposta inicial negativa tenha sido notória e prolongada.

9. O cliente interage de forma hostil ou sarcástica com o terapeuta

Apenas se marca este indicador se existir uma clara tensão na sala e/ou se expressa abertamente aborrecimento ou ira, e não quando simplesmente se expressa assertivamente um desacordo acerca do que se quis dizer ou se deveria ter feito. Este indicador tem essencialmente uma conotação de falta de

respeito ou desvalorização da pessoa do terapeuta por parte do cliente.

10. O cliente faz comentários sobre a incompetência ou inadequação do terapeuta

O cliente que faz comentários afiados acerca da competência do terapeuta é aquele que tipicamente designamos de "refém". Este indicador deve ser assinalado quando os comentários do cliente sugerem que não crê que o terapeuta se comporte de forma terapêutica, ou ética, ou sugerem que este não sabe o que está a dizer, ou que possivelmente não pode entendê-lo, ou que não tem a titulação ou formação adequada, etc.. Este indicador refere-se mais às competências do terapeuta para trabalhar com o cliente do que aos sentimentos sobre o terapeuta enquanto pessoa. As observações de desvalorização ou desprezo pessoal deverão ser marcadas no indicador "interação hostil ou sarcástica" e não neste indicador.

3. SEGURANÇA DENTRO DO SISTEMA TERAPÊUTICO

1. O cliente indica ou afirma que a terapia é um lugar seguro, um lugar em que ele confia

Não sendo necessário utilizar explicitamente a palavra "seguro", o cliente pode dizer coisas em que esteja implícito que se sente seguro. Este indicador requer algum tipo de expressão verbal; os indícios não verbais não são suficientes para marcar este indicador. Exemplos em que se mostra de forma implícita que a terapia é um lugar seguro: quando alguém diz que decidiu esperar pela sessão de terapia para falar de algum assunto com um membro da família (deixando claro que considera que a sessão é um local seguro para desenvolver essa discussão); ou quando o cliente diz algo como "bem, aqui pode-se chorar", ou "não sabia se tinha coragem de dizê-lo, mas...", ou "fico feliz por finalmente falarmos aqui sobre isso". O importante é que o cliente sugira que o contexto terapêutico é valorizado pela sua segurança, além de ser um espaço para resolver problemas. Por vezes, este indicador pode surgir de uma forma muito subtil, como por exemplo: "não sei muito bem como dizer-lhe isto, não é fácil para mim mas vou dizer..." ou "espero não te magoar (para outro membro da família) ao dizer isto, mas...".

2. O cliente varia o seu tom emocional durante a sessão (por exemplo, ri ou chora)

Este indicador refere-se a uma variação de tom que seja ostensiva. É natural que todos os clientes mudem de tom emocional ao longo de uma sessão, no entanto este indicador refere-se a uma variabilidade que inclui emoções como aborrecimento, tristeza, medo, alegria... emoções que se expressam mediante lágrimas, riso, palavras de enfado ou tom de voz evidente. *Não se marcará* este indicador se o cliente for neutral ou estiver tranquilo durante toda a sessão ou se chorar *ou* se mostrar hostil e contrariado durante praticamente toda a sessão. *Também não se assinalará* este indicador se o tom for simplesmente de inquietude ou agitação. Por outras palavras, a emoção refere-se a sentimentos de tristeza, aborrecimento, felicidade ou medo. Note-se que este indicador *apenas poderá ser assinalado uma vez* e não cada vez que o tom varia, uma vez que o indicador se focaliza na identificação da ductilidade ou plasticidade das emoções expressas durante a sessão.

3. O cliente "abre " a sua intimidade (por exemplo, comenta sentimentos dolorosos, partilha intimidades, chora, etc.)

Para marcar este indicador importa que a sessão esteja a ser difícil para o cliente (isto mostra-se por exemplo quando chora) ou que os conteúdos discutidos pelo cliente sejam difíceis e dolorosos (isto mostra-se quando há balbucios de inibição ou ansiedade, ou outras expressões verbais diretas sobre a dificuldade de falar sobre algo). Por vezes, o simples conteúdo de uma mensagem do cliente sugere uma manifestação de vulnerabilidade (no sentido de abrir a sua intimidade sem defesas), como por exemplo quando um membro da família pergunta a outro se gosta dele, ou quando lhe pede abertamente ajuda ou perdão (nestes casos, o cliente põe-se claramente numa posição *one-down* – solícita ou inferior – na sua interação com outro membro da família ou com o terapeuta). A identificação deste indicador tem em conta uma certa inferência clínica ou comunicativa. Aqui está a avaliar-se se a comunicação parece ser *difícil para o cliente*. Para alguns clientes, o facto de admitirem que têm depressão ou ansiedade é um sinal de vulnerabilidade (expressada no seu tom de voz ou noutras manifestações não verbais de desconforto), enquanto que para outros clientes admitir algo assim não é em absoluto um sinal de vulnerabilidade.

4. O cliente tem uma postura corporal aberta (relaxada; deve ser observado fundamentalmente na parte superior do corpo: tronco e braços).

Apesar de algumas pessoas se sentarem naturalmente com uma postura aberta, este indicador só se marca quando o cliente muda para uma postura corporal mais aberta *em resposta ao que se está a passar na sessão*. Este indicador também se assinala (neste caso só uma vez) se o cliente de forma natural adota esta postura corporal durante toda a sessão. Se o cliente muda consecutivamente entre uma postura aberta e uma postura fechada em resposta às interações que acontecem na sessão, assinala-se este marcador cada vez que o cliente adote claramente uma postura aberta.

5. O cliente revela um segredo ou algo que nenhum outro membro da família sabe

Para marcar este indicador tem de ser claro que o cliente diz algo que é totalmente novo para outros membros da família (este "algo" tem de ser necessariamente significativo, não contando algo quotidiano como revelar o que jantou numa festa). A informação pode ser um SEGREDO deliberadamente guardado (por exemplo, o alcoolismo do pai, uma infidelidade da mãe, uma falha de um filho). No entanto, pode também não ser um segredo propriamente dito, mas sim uma informação relevante que não era do conhecimento comum da família, como por exemplo a filha alcançar a puberdade ou um confronto concreto que aconteceu entre o filho e o pai. Para que este indicador possa ser marcado, o conteúdo da revelação deve ser suficientemente significativo para indicar que o cliente que o revela se sente bastante seguro na sessão para dizer aos outros algo que guardava ou mantinha anteriormente em privado, como, por exemplo, algo que não era seguro dizer em casa.

6. O cliente incentiva outro membro da família a abrir-se ou a dizer a verdade

Normalmente este indicador é assinalado quando um dos pais incentiva, de forma amável, não agressiva, um filho a falar; mas também pode ser uma interação entre adultos, do tipo "Está bem. Podes dizê-lo ao terapeuta", ou "Bom, este é o sítio para falarmos abertamente", ou "Não vamos conseguir nada se não me dizes como realmente te sentes", etc.. Para que este indicador seja marcado o tom de voz deve expressar que se incentiva e não que se exige ou obriga o outro a ser sincero. Isto é, a expressão deve sugerir claramente

que é seguro falar de certas coisas na terapia.

7. O cliente pede diretamente a outro/s membro/s da família que opinem sobre si como pessoa ou sobre os seus comportamentos.

É arriscado pedir a outras pessoas a sua opinião sincera sobre nós próprios. Este indicador apenas é marcado quando o cliente explicitamente pede uma opinião sobre o seu comportamento, como quando diz "Tu achas que agora me comporto melhor?", ou sobre como os outros o veem: "Achas que sou gordo?"; "Achas que sou atraente?"; "Achas que sou um bom pai?"; "Achas que sou suficientemente agradável para a minha mãe?". Neste indicador também se podem incluir questões acerca de como os outros interpretam um comportamento de que se fala, como, por exemplo "Porque achas que o fiz?".

8. *O cliente expressa ansiedade de forma não verbal (por exemplo, tamborila com os dedos, bate com os pés, esfrega as mãos, agita-se, move-se)*

Este indicador negativo implica falta de segurança no ambiente da terapia. Apesar de algumas pessoas serem por natureza mais ansiosas do que outras, este indicador apenas se assinala quando existe um sinal claro e observável de ansiedade, tal como movimentos de agitação, voz trémula, mexer em algo, etc.. Se a ansiedade se mantém no mesmo nível durante toda a sessão, apenas se marca uma vez, a não ser que a ansiedade seja tão elevada ou disruptiva que justifique que se assinale mais vezes. Se a ansiedade aparece como resposta a algo que se diz ou que acontece durante a sessão, o indicador deverá marcar-se cada vez que é manifestada de forma aberta essa ansiedade. De salientar que este indicador apenas se refere à ansiedade *manifestada de forma não verbal*. Se o cliente fala sobre a forma como se sente ansioso durante a sessão, o avaliador deve considerar prioritariamente a aplicabilidade do indicador "abre a sua intimidade", no sentido em que o cliente revela a sua vulnerabilidade.

9. *O cliente protege-se de forma não verbal (por exemplo, cruza os braços sobre o peito, não tira o casaco ou a mala, senta-se distante do grupo, etc.)*

Os comportamentos de autoproteção podem assumir muitos significados, mas este indicador apenas se marca quando o contexto da sessão sugere que o

cliente está na defensiva. Por exemplo, muitas pessoas cruzam os braços sobre o peito por comodidade. No entanto, o indicador deve ser assinalado quando o cruzar dos braços se relaciona claramente com o que está a ser falado durante a sessão. Um exemplo seria o do pai que cruza os braços quando o terapeuta pergunta à filha: "Como descreverias a relação com o teu pai?". Outro exemplo seria a mulher cruzar os braços quando o marido começa a falar acerca da sua falta de interesse sexual. Por vezes, o cliente pode cruzar os braços quando chega à sala de terapia, o que pode indicar uma postura defensiva (se se descartar a possibilidade de ser um movimento casual ou para repousar). Se o movimento de cruzar os braços não se relacionar claramente com o que está a acontecer na terapia, *não se marcará* este indicador. Se o cruzar os braços e/ou outras manifestações claras de defensividade não verbais ocorrerem durante a sessão (por exemplo, olhar para o chão cobrindo a cabeça com as mãos, cruzar as pernas como forma de criar uma barreira, olhar para todo o lado exceto para os elementos da família, ter o casaco ou o guarda-chuva sobre as pernas, sentar-se numa cadeira afastada do conjunto de cadeiras para a família). A inferência clínica do observador tem um papel importante neste indicador: se o comportamento parece defensivo ou de autoproteção no contexto da sessão (ter o casaco posto, a bolsa pendurada, o guarda-chuva na mão, ou afastar a cadeira das restantes), este indicador deve ser marcado.

10. *O cliente recusa-se ou está relutante em responder quando outro membro da família lhe fala*

Este indicador assinala-se quando, de forma verbal ou não verbal, o cliente não responde a uma mensagem direta (pergunta ou comentário) de outro cliente. Um exemplo é o silêncio prolongado em resposta a uma questão, ou seja, quando o silêncio indica uma reação negativa ao pedido do outro elemento da família. No entanto, se o silêncio que ocorre porque o cliente está concentrado a pensar no que vai dizer o indicador não deve ser assinalado. Se for verbal, a resposta deve indicar claramente a recusa ou relutância do cliente em comprometer-se com o que é mencionado ou pedido. Por exemplo, expressões verbais de relutância são: "Preferia não falar sobre isso"; "Isso não é um assunto que te diga respeito"; "Isso é pessoal". Se de início o cliente se recusa claramente a responder, mas posteriormente cede e responde com relutância, este indicador deve ser igualmente assinalado (sempre que a relutância seja notória). É também sinal de recusa ou relutância quando o cliente evita responder a uma pergunta desviando o assunto para uma terceira pessoa, como por exemplo quando o marido diz à esposa "Diz-me porque não

queres sair com a minha irmã”, ou a esposa diz ao terapeuta “Devia conhecer a irmã do meu marido! É insuportável!”.

11. *O cliente responde defensivamente a outro membro da família*

A defensividade evidencia-se quando o cliente (sem chegar a uma hostilidade aberta) responde às críticas ou pedidos de explicação ou justificação de outro cliente com outras críticas ou queixas. Frequentemente, a resposta defensiva faz parte de um padrão de comunicação denominado “*contraqueixa*”: um membro da família queixa-se do comportamento de outro e este, por sua vez, responde com queixas sobre o primeiro (em vez de explicar ou responder às queixas). Se o comportamento defensivo se dirige ao terapeuta não se deve marcar este indicador. Por outro lado, se o tom do cliente nas suas respostas é hostil ou de ira, deve analisar-se primeiro o indicador que refere “os membros da família culpam-se uns aos outros”. Se o comentário não é hostil mas essencialmente desvaloriza ou desqualifica o ponto de vista do outro, o indicador apropriado é o que diz “os membros da família desvalorizam a opinião ou perspectiva dos outros”. Finalmente, a defensividade é assinalada quando o cliente a quem é pedida uma explicação ou justificação por alguma atitude, comportamento ou decisão, responde queixando-se ou exigindo algo em vez de abordar o que é dito. Exemplos (sem tom de hostilidade ou agressividade aberta): “Perguntas-me porque me comporto desta forma com o teu filho, mas não dizes nada sobre a forma como te comportas com a minha irmã”, “ Dizes que não compreendes a razão da minha hostilidade, mas TU é que estiveste agressiva a semana passada, gritaste-me duas vezes”.

12. *O cliente menciona de forma ansiosa/incómoda a câmara, os observadores, a supervisão, ou os procedimentos de investigação*

Este indicador é assinalado no caso de o cliente, de forma espontânea, revelando claramente ansiedade ou incómodo, mencionar os procedimentos do contexto terapêutico institucional. Por exemplo: “Conta ao seu supervisor tudo o que é dito aqui?”; ou “Como é que eu sei que não vai entregar esta gravação ao Serviço de Proteção de Menores?”; ou “Há alguém novo na equipa que eu não conheça?”; ou “Às vezes gostava de poder desligar a câmara”. Um exemplo de um indicador não verbal é quando um cliente olha para a câmara cautelosamente e depois se inclina para a frente deliberadamente e fala em voz baixa.

4. SENTIMENTO DE PARTILHA DE OBJETIVOS NA FAMÍLIA

1. Os membros da família oferecem um acordo para um compromisso

A oferta de um acordo pode ser por iniciativa da família ou em resposta a um pedido do terapeuta para que se comprometam. Por vezes, a proposta de um cliente a outro pode ser clara como: "Bem, se eu fizer isto, tu fazes aquilo?" ou "Estou disposto a... se tu...". Em determinadas situações o cliente pode comprometer-se com uma parte ou aspeto parcial do acordo proposto ("Bem, posso fazer isto..." ou "Eu seria capaz de fazer esta parte..."). Geralmente o compromisso é relativo a comportamentos, mas também pode ser algo cognitivo, como por exemplo, "Tentarei deixar de ver apenas as coisas negativas, se tu também o fizeres". Também pode considerar-se um compromisso o terapeuta pedir a cada membro da família para pensar em fazer algo positivo em relação aos outros membros e um cliente propor algo (como propor "Vou ajudar a mãe a pôr a mesa"). No entanto, é importante que este tipo de declarações implique uma situação de *quid pro quo*. Ou seja, se o cliente simplesmente se oferece para fazer algo diferente sem que haja expectativas, implícitas ou explícitas, de que outro membro da família fará também algo em troca – reciprocidade –, o indicador adequado para assinalar não é este mas sim o que refere "o cliente descreve um plano para melhorar a situação" (Envolvimento).

2. Os membros da família partilham entre si uma piada ou um momento engraçado

Apenas se assinala este indicador se o humor estiver presente durante a sessão e não antes de começar ou quando as pessoas se vão embora. Um momento de humor pode incluir ou não o terapeuta, mas para que este indicador seja assinalado é necessário haver alguma conexão entre os membros da família. Por exemplo, trocarem piadas um com o outro ou olharem um para o outro enquanto se riem em conjunto. Este indicador não se marcará quando uma piada se repercutir negativamente noutro membro da família, ou quando vários membros da família se rirem de outro em tom de troça (para esta situação ver o indicador "o cliente faz comentários hostis ou sarcásticos a outros membros da família").

3. Os membros da família perguntam uns aos outros sobre os pontos de vista de cada um

Este indicador habitualmente precede uma proposta de compromisso. Para que este indicador seja marcado, os membros da família devem falar de forma explícita uns com os outros, e um deles deve perguntar ao outro o que pensa, sente, crê ou quer fazer. Por exemplo: "O que é que achas disto?"; "O que é que achas que está a causar o problema?"; "O que é que propões para resolver isto?". Contudo, este marcador não deve ser marcado perante meras questões sobre informações mundanas ou superficiais, do tipo "Foi na quarta ou na quinta-feira que tu...?" ou "Quem é que disse isso mamã?". Este indicador também não deve ser marcado perante questões colocadas com um tom sarcástico. Assim como não se marcará quando as questões surgem face a um pedido direto e estruturado por parte do terapeuta. Por exemplo, se o terapeuta questiona "Porque não perguntas agora, aqui, à mamã e ao papá o que acham do teu plano?", deve considerar-se o indicador "o cliente aceita os pedidos do terapeuta para discutir com outros ou representar...".

4. Os membros da família validam mutuamente os seus pontos de vista

Apesar de a validação ser tendencialmente considerada como algo positivo, como quando se diz "Já sei o que queres dizer" ou "Isso é perfeitamente compreensível", não é necessário que o conteúdo seja positivo para se assinalar este indicador. Um casal pode estar de acordo durante a sessão, por exemplo, relativamente ao facto de o seu casamento ter terminado e terem que se divorciar (validando ambos o ponto de vista do outro sobre a impossibilidade de continuarem juntos). A validação pode ainda estar mesclada com outras mensagens, tal como "Ainda que enquanto mãe esta decisão me magoe, reconheço que tens direito a fazer o que quiseres". Este indicador requer uma certa verbalização, não sendo suficiente basear em simples movimentos de cabeça assentindo ou expressões de concordância do género "mm-mm".

5. Os membros da família refletem em espelho as posturas corporais de cada um

Geralmente isto acontece de forma inconsciente e não deliberadamente. Para que este indicador seja assinalado, pelo menos dois membros da família têm que estar com posturas semelhantes no que toca aos braços e às pernas. É

importante ter em conta movimentos específicos, como quando alguém muda de postura em resposta a algo que está a ser falado e outro membro da família imita essa mudança.

6. *Os membros da família evitam o contacto visual entre eles*

O contacto ocular é uma experiência pessoal e cultural. Algumas pessoas mantêm um bom contacto visual com toda a gente, mas isso não significa necessariamente que haja conexão. No entanto, evitar o contacto visual com outros membros da família durante a sessão é algo que ressalta, por exemplo quando cada um ao falar olha para o terapeuta e nunca olha os restantes membros. Para que este indicador seja marcado, o evitamento desse contacto ocular deve ser notório, consistente e prolongado. O evitamento do contacto visual entre os membros da família é particularmente notável quando um dos membros está a falar e os outros não olham para ele.

7. *Os membros da família culpam-se uns aos outros*

Para determinar se existe ou não culpabilização é necessário distinguir entre expressar culpabilização e expressar uma simples responsabilização do outro por uma ação ou problema. A culpabilização é geralmente expressa no tom de voz e implica um erro ou falta por parte de outro. A culpabilização só deve ser indicada quando o cliente descreve uma situação específica ou um problema como algo claramente evitável, causado intencionalmente, ou devido a uma atitude negativa por parte de outro(s) membro(s) da família. Termos concretos como "culpa", "se não tivesses feito..." ou "falhaste", nem sempre estão presentes explicitamente. A culpabilização também pode expressar-se de uma forma extremamente negativa, acusatória e pejorativa. Para diferenciar este indicador dos indicadores "desvalorizam a opinião ou perspectiva dos outros" e "fazem comentários hostis ou sarcásticos", um dos clientes tem que culpar outro *de algo* (geralmente do problema que se está a tratar), acusá-lo de ter feito ou não ter feito algo, de ter tomado uma decisão errada, etc.. Exemplos deste tipo são: "O teu problema com a bebida é a causa dos nossos problemas!"; "O meu filho perdeu o trabalho porque julga que pode chegar tarde e o seu chefe não se importa!"; "Tu desleixaste-te tanto quanto eu quando chegou o momento de sermos pais!".

8. Os membros da família desvalorizam a opinião ou perspectiva dos outros

Assinala-se este indicador se verbalmente um cliente diz algo para contradizer o ponto de vista de outro de uma forma que demonstra falta de respeito. Este indicador pode ser assinalado se a declaração se faz com enfado, embora não se assinale se se faz com sarcasmo ou desrespeito (para esses casos ver o indicador "faz comentários hostis e sarcásticos"). São exemplos: "Tu não tens o direito de me perguntar isso!"; "Esse é o teu ponto de vista, mas isso é simplesmente porque não te importas nem um pouquinho!"; "Com que direito é que me falas assim?". O aspeto central deste indicador diz respeito ao facto de os clientes não se ouvirem uns aos outros de uma forma aceitável, não reconhecendo que o outro seja uma fonte válida. A característica principal é a falta de respeito pelo ponto de vista, mais do que a própria hostilidade. De notar que se se está a culpar (por exemplo, a atribuir a culpa por se ter dito ou feito algo) deverá considerar-se preferencialmente o indicador "os membros da família culpam-se uns aos outros". Também se deve ter em conta que desvalorizar a perspectiva dos outros é diferente de estar simplesmente em desacordo (por exemplo, as expressões do tipo "Tudo bem, esse é o teu ponto de vista, mas eu acho que estás errado, eu faço outra análise" indicam desacordo mas não desvalorizam o ponto de vista do outro).

9. Alguns membros da família tentam aliar-se ao terapeuta contra outros membros da família

Expressões verbais deste indicador incluem aquelas em que um cliente pede interessadamente ao terapeuta, no meio de uma discussão com outro membro da família, que decida quem tem razão, ou pede diretamente ao terapeuta que se posicione a favor de uma das partes ou que intervenha de uma determinada forma com alguém, ou brinca com o terapeuta à custa de um outro membro (com conotação de gozo). Importa salientar que a expressão "contra" não implica necessariamente desacordo. Pode tratar-se de uma situação em que simplesmente um membro da família agudize o confronto ao levar o terapeuta para o "seu lado". Exemplos deste tipo de confrontos mais subtis são: dizer ao terapeuta "Pode repetir novamente o que disse na semana passada?" ou "O meu pai precisa que lhe diga que tem que ir ao médico tratar do seu coração". Outro exemplo típico: um adolescente que diz a outro na presença da mãe "Tens que ouvir o terapeuta, não a mãe!".

10. Alguns membros da família fazem comentários hostis ou sarcásticos a outros membros da família

Para que este indicador seja marcado é necessário haver uma interação carregada de desprezo ou hostilidade, e não apenas uma mera discussão. Insultar, caricaturar com sarcasmo ou ameaçar são alguns exemplos. A interação deve implicar não só a falta de consideração pelo ponto de vista do outro – para esse caso ver o indicador “desvaloriza a opinião ou perspectiva dos outros” – mas também raiva, condescendência, desprezo ou desgosto. Contudo, se se estiver a expressar culpabilização (por exemplo, culpar o outro por ter dito ou feito algo) deverá considerar-se prioritariamente o indicador “os membros da família culpam-se uns aos outros”. Fazer piadas com um dos membros da família à custa de outro (ou seja, “rir-se” negativamente de outro) pode também ser um exemplo deste indicador se a piada envolver hostilidade ou sarcasmo.

11. Os membros da família 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

A discussão ou o desacordo devem ser claros, não sendo válidas situações implícitas ou simples mostras não verbais. Além disso, este indicador apenas é assinalado se o desacordo ou a discussão for entre os clientes e não entre um dos membros da família e o terapeuta (para esse caso, veja-se o indicador “expressa sentir-se preso/bloqueado, ou afirma que a terapia não foi ou não é útil” da dimensão Envolvimento). Este indicador deve ser marcado prioritariamente em relação ao indicador “membros da família tentam aliar-se ao terapeuta contra outros membros da família” quando o principal ponto de desacordo ou discussão é sobre as metas, as áreas ou o valor da terapia – como por exemplo através da seguinte expressão: “Ouviste o que diz o terapeuta! É claro que precisamos de vir aqui!”. Outros exemplos muito comuns são: “Se tu não levas isto a sério, não faz sentido vir aqui” ou “Porque é que ele também vem? ELE NUNCA faz nada do que lhe compete!”.

1. CONTRIBUIÇÃO DO TERAPEUTA PARA O ENVOLVIMENTO NO PROCESSO

1. O terapeuta explica como funciona a terapia

Este comportamento inclui todo o tipo de explicações sobre o processo de terapia: tempo (duração das sessões, duração do tratamento, intervalo entre as sessões), atividades, métodos ou modelos teóricos, formatos (individual, grupal, familiar), equipa de trabalho, formulários de consentimento, obrigações legais/institucionais, utilização da gravação e da equipa de observação, etc..

O indicador só deve ser marcado quando se dá uma explicação com um certo nível de pormenor e ativamente, mesmo que seja em resposta a alguma pergunta do cliente. Não devem ser marcadas descrições da terapia incompletas ou imprecisas, nem tão pouco se marcará se o terapeuta der uma resposta vaga a uma pergunta do cliente, como neste exemplo:

CLIENTE: Os meus pais têm que vir sempre?

TERAPEUTA: Vamos ver. A terapia pode ser com os pais ou não.

No entanto, se o terapeuta tiver respondido como se segue, o comportamento deve ser marcado: "Pode acontecer que nem sempre seja necessário. Ao longo da terapia podemos decidir todos juntos quem pode contribuir com algo para a sessão, dependendo do que todos nós considerarmos útil. Neste caso, ninguém se sentirá obrigado se disser que não quer ou que não deve vir" ou então "A nossa forma de trabalho implica que essa decisão seja tomada por acordo entre todos. A participação é muito importante no modo como trabalhamos aqui".

NOTA: Se os formulários de consentimento ou o uso da gravação/observação forem simplesmente mencionados na explicação de como se faz a terapia, este indicador deve ser marcado. Contudo, se a privacidade ou a confidencialidade forem discutidas, ressaltadas ou explicadas de uma forma específica em resposta a uma pergunta do cliente, deverá ser marcado o indicador de Segurança: "O terapeuta proporciona estrutura e diretrizes de confidencialidade e segurança".

2. O terapeuta pergunta ao/s cliente/s acerca do que querem falar na sessão*¹

Com este comportamento o terapeuta ajuda os clientes a verem que têm um papel na decisão sobre o que trabalhar na sessão. O comportamento pode traduzir-se numa pergunta aberta (“O que gostaria de trabalhar hoje?”) ou num convite para comentar o plano do terapeuta para a sessão. Exemplos deste segundo tipo são: oferecer ao cliente a opção de modificar as tarefas para esse dia ou introduzir novos temas de conversação (“Tinha pensado que a sessão de hoje podia ser dedicada a falar sobre as mudanças do João no colégio, no entanto gostava de perguntar se isso lhe parece bem ou se pensa que há algo mais que deveríamos fazer hoje”).

3. O terapeuta incentiva o/s cliente/s a definirem as suas metas na terapia

O terapeuta pode fazer isto na fase inicial do tratamento. Por exemplo, perguntando aos membros da família *o que gostariam de conseguir com a terapia* ou *que mudanças na família teriam que ser conseguidas para considerarem que a terapia é útil*. Por exemplo: “O que teriam que notar que começava a mudar para sentirem que vale a pena vir aqui?”.

Em etapas mais avançadas do tratamento, o terapeuta pode pedir ao cliente a sua participação na definição, redefinição ou simples recordação das metas. Por exemplo: “Agora que sabemos que o seu filho não está a consumir heroína, em que é que gostaria que nos centrássemos na terapia?”. A diferença entre este comportamento e o do ponto anterior é que aqui o terapeuta está a incentivar a definição de uma meta do tratamento, de um objetivo ou de um resultado, não pedindo simplesmente um tema de discussão para a sessão.

4. O terapeuta pergunta ao/s cliente/s se estão dispostos a fazer uma tarefa específica na sessão*

O terapeuta pergunta aos clientes se estão preparados para fazer algo durante a sessão, antes de começar a fazê-lo, dando a entender que a decisão final é deles. Exemplos deste indicador podem ser: “Gostaria que representassem aqui e agora a mesma conversa que tiveram em casa. O que vos parece? Pensam que podem fazê-lo?”; “Há algo que creio que poderia ser útil se estiverem dispostos a levá-lo adiante. É algo diferente que...”. O indicador não deve ser marcado se o terapeuta faz simplesmente uma pergunta de retórica

¹ Indica que há um descritor semelhante na versão cliente.

ou por cortesia, e na realidade não está a dar ao cliente a opção de negar, como nestes exemplos: “Vamos agora à discussão de casa. Maria, por favor, sente-se na cadeira junto ao seu marido e...”; ou “O que diz de tentar outra vez, mas agora de forma mais convincente? Vamos tentá-lo de novo.”

NOTA: O indicador deverá ser marcado *só uma vez* se o terapeuta perguntar várias vezes seguidas sobre a mesma tarefa. Contudo, se o terapeuta propuser novamente a tarefa mais tarde na sessão e voltar a perguntar pela disposição do cliente, o indicador poderá ser marcado outra vez.

5. O terapeuta pergunta ao/s cliente/s se estão dispostos a seguir uma sugestão específica ou a fazer uma tarefa em casa (ou fora da sessão)

Com este comportamento, o terapeuta pergunta ou dá a entender um claro interesse na opinião do cliente sobre a sua sugestão para fazer ou pensar sobre algo novo durante o intervalo entre as sessões, ou sobre uma determinada tarefa para casa que lhe foi proposta (se a sugestão é sobre fazer algo na sessão, em vez deste indicador deve ser marcado o anterior). De um modo geral, este comentário tem lugar depois de o terapeuta ter feito uma sugestão ou ter prescrito uma tarefa concreta (“Consideramos que irem juntos buscar a vossa filha é uma forma de mostrarem interesse por ela. O que vos parece? É algo que consideram razoável ou possível de fazer?”). Nalgumas ocasiões, o terapeuta pode realizar este objetivo ao definir ou descrever uma tarefa para casa (“A equipa sugeriu uma tarefa para esta semana, mas requer que os dois estejam juntos nisto. Estão preparados para juntos fazerem algo? Gostariam de ouvir o que me sugeriu a equipa?”).

NOTA: O indicador deverá ser marcado *só uma vez* se o terapeuta perguntar várias vezes seguidas sobre a mesma tarefa. Contudo, se o terapeuta propuser outra vez a tarefa mais tarde na sessão e voltar a perguntar pela disposição do cliente, o indicador poderá ser marcado outra vez.

6. O terapeuta pergunta ao/s cliente/s pelo impacto ou valor de uma tarefa para casa proposta previamente*

Exemplos deste indicador: “Na última sessão falámos sobre uma tarefa para fazer durante a semana. Como foi? O que aconteceu?”; “A última vez pareceu-me que acharam interessante a minha sugestão de planearem uma viagem com o vosso filho. Seguiram adiante com essa ideia?”; “De que forma foi útil a tarefa para casa?”. Ocasionalmente, os clientes podem indicar que não fizeram

a tarefa proposta ou que não seguiram sugestão feita na sessão anterior. Ainda assim, o indicador deve ser marcado se o terapeuta pergunta pelo impacto ou valor da tarefa, como no seguinte exemplo: "Apesar de não terem feito a tarefa, pensaram ou falaram sobre isso?", "Não encontraram utilidade ou talvez tenham pensado que era demasiado complicado ou stressante?", "Poderá ter sido um pouco assustador para algum de vocês?".

7. O terapeuta expressa otimismo ou assinala que uma mudança positiva ocorreu ou pode ocorrer*

O otimismo sobre uma mudança pode expressar-se de várias formas, como por exemplo: "Incrível! Está a dizer que (o *problema*, a *dificuldade*, o *sintoma*) não voltou a ocorrer?!"; "É uma pequena mudança, mas não tenho dúvidas de que este é um claro sinal de melhoria"; "O que diz sugere uma melhoria. Esta semana aconteceu duas vezes, mas antes ocorria sempre três ou quatro vezes numa semana. Isto indica que está a conseguir". Algumas vezes, o terapeuta pode dar esperança explicitamente, por exemplo da seguinte maneira: "Apesar de pensar que as coisas estão realmente complicadas neste momento, consigo ver uma chama entre vós e isso significa que há algo intenso que se mantém vivo na vossa relação. Tenho esperança de que o nosso trabalho na terapia possa produzir mudanças".

8. O terapeuta capta a atenção do/s cliente/s (por exemplo: inclinando-se deliberadamente para a frente, chamando-o/a pelo nome, dirigindo-se a ele/ela diretamente, etc.)

Para que este indicador seja marcado, o cliente (ou clientes) a quem se dirige o terapeuta deve ter estado em silêncio, ou retirado durante um período de tempo, ou ter respondido apenas superficialmente (por exemplo com monossílabos). No entanto, se o terapeuta se inclina para a frente ou chama pelo nome o cliente que tem estado a falar (ou a mostrar emoções ativamente, como chorar), este indicador NÃO deve ser marcado. O comportamento visa explicitamente incluir alguém ou algum grupo de clientes que tem estado em silêncio ou sem se envolver. Se o comportamento do terapeuta for não verbal, este deve ser uma mudança evidente na postura corporal. Inclinando-se para a frente o terapeuta comunica claramente atenção, concentração e interesse no que o cliente está a dizer ou a experienciar nesse momento, destacando a relevância dessa comunicação. O comportamento NÃO será marcado se a mudança da postura sugerir cansaço ou outros motivos que não o de

captar/prender a atenção de alguém que tem estado calado ou retraído (como por exemplo, quando o terapeuta se inclina para a frente para anotar algo, apanhar um objeto, etc.).

9. O terapeuta pergunta ao/s cliente/s se têm alguma dúvida ou pergunta a fazer

Este comportamento refere-se a todo o tipo de incentivos claros e diretos ao cliente para fazer perguntas relacionadas com o conteúdo ou processo da terapia. Por exemplo: "Antes de continuarmos, tem alguma dúvida ou preocupação que devamos discutir?". Este indicador não deve ser marcado se o terapeuta simplesmente faz perguntas com a ideia de obter reações gerais (do tipo: "Que tal é este plano para si?", "Está de acordo com o que temos estado a falar?").

Este indicador também pode marcar-se quando o terapeuta pergunta ao cliente se tem alguma dúvida ou alguma pergunta para fazer precisamente depois de aquele ter feito uma intervenção com vista ao envolvimento (por exemplo, durante a sua vez de falar), como nos seguintes exemplos: "A terapia é voluntária e vocês vão decidir se... (continua a explicar como funciona a terapia)... têm alguma dúvida? Alguma pergunta sobre o que vos acabo de explicar?", ou "Então, estão dispostos a tentar isto em casa? É possível e razoável tentarem juntos esta semana?... Há algo que queiram perguntar sobre isto antes de terminar a sessão de hoje?". Neste último exemplo, porque o terapeuta pergunta primeiro ao cliente sobre a sua disposição para fazer uma tarefa para casa e depois se tem alguma pergunta ou dúvida, devem marcar-se ambos os indicadores.

10. O terapeuta elogia a motivação do/s cliente/s para colaborarem ou para mudarem

Com este comportamento, o terapeuta elogia todas as manifestações, diretas ou indiretas, de motivação para o envolvimento na terapia ou para trabalhar para a mudança. A motivação do cliente pode ser expressada explicitamente ("estamos verdadeiramente emocionados com o que estamos a fazer aqui") ou implicitamente ("estamos dispostos a vir mais vezes se isso ajudar a melhorar as coisas"). O elogio do terapeuta deve ser claro para que este indicador seja marcado. Por exemplo: "Excelente! Isso é essencial para que o nosso trabalho tenha resultados"; "Muito bem! A sua participação e disponibilidade para se comprometer são o mais importante"; "Faz-me feliz vê-lo a si motivado e tão disposto a trabalhar".

11. O terapeuta define metas terapêuticas ou impõe tarefas ou procedimentos sem pedir a colaboração do/s cliente/s

Para que este indicador seja marcado é importante comprovar que não há uma pergunta direta do terapeuta a pedir a opinião do cliente sobre as metas, tarefas, ou procedimentos. A essência deste indicador reside no facto de o terapeuta estar a dar instruções para uma tarefa para casa, para uma ação qualquer na sessão ou para qualquer outro procedimento no tratamento, impondo a sua vontade sem considerar a opinião do cliente. Marca-se este indicador quando se vê que o terapeuta não explica os seus argumentos, não pergunta se os clientes entenderam e não usa um tom de voz interrogativo. Exemplos: "Na próxima sessão vou ver-vos em separado. Quero que um venha pela manhã e o outro pela tarde" – neste caso marcar-se-ia o indicador. No entanto, não se marcaria se fosse assim: "Na próxima sessão, posso ver-vos em separado?". Outros exemplos: "Bem, depois de consultar a equipa, aqui está a vossa tarefa para esta semana: você vai ter com o José todos os dias ao trabalho e depois..."; "no que resta desta sessão não quero que falem um com o outro". Uma precaução importante a ter em conta: o facto de o terapeuta não perguntar nada aos clientes pode estar baseado num acordo anterior com estes, o que lhe permite usar o seu critério de imposição de tarefas e procedimentos. Nestes casos o indicador não se marca. Assim, há ocasiões em que uma conversa prévia ou algum acordo anteriormente estabelecido na sessão (ou na sessão anterior), deu permissão ao terapeuta para dar diretivas ou instruções sem consultar os clientes. Por exemplo, ao trabalhar com um casal muito conflituoso e problemático, se o nível de conflito parece insustentável para o terapeuta, o terapeuta e o casal podem chegar a um acordo claro e consensual para serem vistos individualmente. Deste modo, quando se informa os clientes de que serão recebidos em separado na sessão seguinte não há necessidade de consultá-los porque estava definido no acordo prévio que isso poderia acontecer. Essencialmente, este indicador faz referência a momentos ou episódios nos quais o terapeuta indica as metas da terapia de maneira unilateral ou num estilo impositivo. Por exemplo, um terapeuta que trabalha com um adolescente e com os pais diz: "O que temos de conseguir na terapia é aumentar a sua habilidade para disciplinar o José, com respeito aos seus hábitos de estudo, para que assim não fracasse na escola". Neste caso, o terapeuta afirma a meta do tratamento sem perguntar pela opinião ou confirmação dos clientes. Contudo, não devem confundir-se estas situações com aquelas em que o terapeuta já negociou ativamente as metas do tratamento com os clientes e apenas faz um resumo do que se espera conseguir com o tratamento; nestes casos o indicador não se marca. Um exemplo deste tipo: "Muito bem, pelo que me foi dado a entender todos

querem que esta terapia elimine os conflitos que estão a ter com a educação do José”.

*12. O terapeuta discute com o/s cliente/s acerca da natureza, propósito, ou valor da terapia **

Este indicador requer subjetividade. Naturalmente, a opinião do terapeuta sobre a natureza, o propósito ou valor da terapia pode diferir da opinião do cliente. Tipicamente, o indicador deve ser marcado quando um cliente desvaloriza o que está a acontecer ou a necessidade da terapia, e o terapeuta confrontativamente diz ao cliente que está equivocado ou que a terapia é o único caminho para que se possam realizar as mudanças, entrando assim numa discussão. O importante neste indicador é captar quando a participação do cliente é afetada negativamente porque se produz uma confrontação aberta (mesmo que não especialmente hostil) com ele sobre o processo de tratamento, como no seguinte exemplo:

CLIENTE: Não vejo como a terapia pode mudar o que alguém faz. Isso depende da personalidade da pessoa e penso que as personalidades básicas das pessoas nunca mudam.

TERAPEUTA: A terapia serve, sim, para mudar as pessoas. Como profissional, sei que isto é do que precisam no vosso caso.

CLIENTE: Não creio que a terapia possa mudar-me.

TERAPEUTA: *Sem experimentar, você não tem maneira de saber o que faz a terapia.*

Claramente, se o terapeuta possui uma visão diferente do processo de terapia mas evita colocar-se em confrontação com o cliente, o indicador NÃO deve ser marcado. Em casos como este:

CLIENTE: Não vejo como a terapia pode mudar o que alguém faz. Isso depende da personalidade da pessoa e penso que as personalidades básicas das pessoas nunca mudam.

TERAPEUTA: Sim, a mudança é complexa, mas podemos falar sobre o que acha que deve mudar e sobre como vê a sua personalidade. Que mudanças já experimentou desde que começou o problema?

13. O terapeuta critica como o/s cliente/s fizeram (ou não) uma tarefa para casa

Ainda que o terapeuta não critique claramente o cliente por não fazer uma tarefa para casa ("Deveria ter feito a tarefa. É para o seu próprio bem"), a culpabilização pode ser subtil, mas mesmo assim ser prejudicial. Exemplos: "Bem, você teve uma semana ocupada, mas isso não é uma desculpa?"; "Nós não vamos conseguir nada se você não cooperar"; "Vou insistir para que faça a tarefa para a próxima semana". Pode inclusivamente haver uma ameaça de que a terapia termina se não houver cooperação do cliente, tal como: "Não tem sentido que venha aqui, se não vai fazer as coisas para casa que eu lhe peço". Quando o cliente tentou fazer a tarefa mas não a completou ou a fez mal, o indicador apenas deve ser marcado se o comentário do terapeuta envolver crítica: "Isso não foi o que tínhamos falado. Na próxima vez, certifique-se de que entendeu a tarefa antes de começar"; ou "Bom, veja se se concentra mais e se a repete melhor na próxima semana".

2. CONTRIBUIÇÃO DO TERAPEUTA PARA A CONEXÃO EMOCIONAL COM O CLIENTE

1. O terapeuta partilha um momento de humor ou uma brincadeira com o/s cliente/s*

Este indicador refere-se a uma conexão do terapeuta com o cliente através do humor, geralmente marcada por risos. O comentário pode ser iniciado pelo terapeuta ou pelo cliente, muito embora ambas as partes tenham que se envolver simultaneamente no momento de humor. Os sinais típicos deste indicador são sorrisos, risos, gestos humorísticos, gargalhadas.

2. O terapeuta expressa confiança ou manifesta que acredita no/s cliente/s*

O terapeuta encoraja verbalmente os clientes com comentários que expressam confiança na capacidade dos membros da família para alcançarem uma meta ou tentarem um novo comportamento. Exemplos deste indicador são: "Sei que o pode fazer"; "Eu sei que é difícil, mas acredito que vai ser capaz "; "Já o vi fazer isso noutras ocasiões"; ou "Uma característica que a vossa família tem e que continua a impressionar-me é a vossa força. Com essa força não tenho dúvidas de que serão capazes de fazer estas mudanças...".

3. O terapeuta expressa interesse pelo/s cliente/s para além da discussão terapêutica propriamente dita

Isto ocorre, por exemplo, quando o terapeuta recorda algum pormenor que o cliente partilhou numa sessão anterior: "Recordo que o seu pai ía ser operado. Como foi a operação?"; "Esteve de férias antes, não foi?". O indicador NÃO deve ser marcado se o terapeuta mantém uma conversação sobre algo externo à terapia, mas não expressa especificamente *interesse pelo cliente*. Por exemplo, se os clientes informam que experimentaram um restaurante novo e o terapeuta pergunta por características do restaurante, o indicador NÃO se assinala. No entanto, se o terapeuta pergunta sobre a reação dos clientes a essa noite, mostrando interesse por eles ("Como foi a experiência de experimentar esse restaurante? Gostaram do restaurante?"), o indicador SIM deve ser marcado. Se o terapeuta inicia ou muda o tema para algo não relacionado com a terapia com a intenção de aliviar a ansiedade, em vez de marcar este indicador deve marcar-se um outro na dimensão Segurança: "*O terapeuta muda a conversa para algum tema agradável ou que não gera ansiedade*".

4. O terapeuta expressa afeto ou toca afetivamente no/s cliente/s dentro do apropriado no contexto profissional (por exemplo, dar a mão, dar uma palmada, etc.)*

Para além do dar a mão ou uma palmada gentil, este indicador inclui outras expressões afetivas do terapeuta, como o aproximar-se para apanhar ou tocar algo (um desenho, uma fotografia, um jornal, um chapéu) que o cliente traz para a sessão. Este indicador também se marca se o terapeuta usa palavras carinhosas com as crianças (querido/a, coração, etc.). Se o terapeuta fizer o mesmo gesto (por ex., apertar a mão) com mais do que um dos elementos da família ao começar e no final da sessão, o indicador só deverá ser assinalado uma vez. Se houver gestos separados com diferentes membros da família (por ex., chocar com a mão na mão de um menino ao início da sessão e dar a mão aos dois pais para celebrar um ganho durante a sessão), o indicador poderá ser marcado separadamente para cada uma das condutas.

5. O terapeuta revela reações ou sentimentos pessoais a respeito do/s cliente/s ou da situação

Este indicador reflete o envolvimento pessoal do terapeuta na sessão. O

terapeuta revela algo sobre a sua experiência interior durante a sessão. Exemplos deste indicador: "Eu senti-me muito triste quando você estava a chorar"; "Quanto mais falamos disto mais triste me sinto"; "Estou emocionado com o que acabo de ouvir. Parecem todos ter muita energia para trabalhar juntos face às dificuldades"; "Estou confuso com o vosso silêncio esta semana. Pergunto-me se estarão aborrecidos comigo"; "Preocupa-me que tenham cancelado várias sessões nas últimas semanas. O que se passa?". Deve ser dada especial atenção na diferenciação deste indicador com o seguinte, que se refere à revelação de algo sobre a vida pessoal do terapeuta.

6. O terapeuta revela algum aspeto da sua vida pessoal*

Para que este indicador seja marcado, o terapeuta deve revelar alguma informação pessoal que não pudesse ser conhecida pelo cliente de outra maneira. A revelação pessoal pode ser espontânea ou em resposta a uma pergunta do cliente. Por exemplo: "Cresci numa família grande. Tenho sete irmãos"; "Eu cresci no Sul"; "Tenho dois filhos"; "Vou de férias para _____"; "Na noite passada fui ver o fogo de artifício". Se a revelação inclui similitudes com a experiência do cliente, inclusivamente com algo não relacionado diretamente com a terapia, deve rever-se em seu lugar o indicador seguinte (*O terapeuta assinala ou descreve semelhanças com o cliente, os seus valores ou experiências*).

NOTA: Este indicador não deve ser marcado quando o terapeuta dá informação sobre a sua orientação terapêutica ou algo similar, a menos que esta inclua algum dado pessoal, como onde se formou, ou o que o impulsionou a escolher um modelo teórico, etc..

7. O terapeuta assinala ou descreve semelhanças com o/s cliente/s, os seus valores ou experiências

Marca-se este indicador quando o terapeuta partilha alguma experiência ou valor pessoal e comenta que é similar à experiência ou valor do cliente. Este indicador tem prioridade sobre o anterior ("revela algum aspeto pessoal") se a autorrevelação incluir alguma relação com a experiência do cliente. Exemplos: "Quando estava na faculdade, também ficava muito nervosa e com medo dos exames"; "Eu necessitava muito, tal como tu, de privacidade e independência quando tinha a tua idade"; "Estou de acordo, penso que é importante que os pais assumam a responsabilidade pela disciplina"; "Recordo quando os meus próprios filhos eram pequenos e, como você, às vezes sentia-me oprimido por

ter que os vigiar continuamente. Para mim foi essencial poder relacionar-me com outros adultos para me libertar dos filhos nessa época". Quando o comentário do terapeuta não está relacionado com a terapia e o que expressa é uma coincidência ou similitude com o cliente ("Também já comi nesse restaurante! Tem um cozido...!!), deve considerar-se prioritariamente o indicador anterior ("O terapeuta revela algum aspeto da sua vida pessoal").

8. O terapeuta expressa explicitamente empatia (verbalmente ou não verbalmente) com as dificuldades sentidas pelos clientes (por ex., "Sei o duro que deve ser", "Sinto a sua dor" ou chorar com os clientes)

A empatia é de uma maneira geral uma expressão de compreensão da experiência de outra pessoa. O elemento crucial neste indicador é o que respeita ao facto de o terapeuta transmitir a mensagem de que entende a experiência do cliente. Para além dos exemplos citados em cima (por ex., chorar com o cliente), o terapeuta pode fazer afirmações que reflitam compreensão para com as dificuldades do cliente. "É humilhante para vós terem que ir a tribunal por esses assuntos familiares tão privados"; "Verdadeiramente não teve nenhum apoio dos seus pais enquanto estava a crescer e eu entendo que não queira que os seus filhos passem pelo mesmo"; "Sei que dá medo quando a tua mãe grita dessa maneira". Expressões não verbais que sejam claras e bem marcadas também podem ser assinaladas, tais como: inclinar-se para a frente ou chorar quando um cliente relata algo doloroso, passar o braço sobre o ombro se o cliente se mostra muito desconsolado. Se o comportamento não verbal é ambíguo (não claramente relacionado com as dificuldades ou dor do cliente), o indicador não deve ser marcado.

NOTA: Se a mensagem do terapeuta num só turno de fala inclui normalização, deve tomar-se uma decisão sobre se se marca este indicador ou o seguinte, dependendo dos aspetos da intervenção do terapeuta que parecem mais notórios ou significativos. Contudo, ambos os indicadores podem ser marcados se a conduta de empatia e a normalização ocorrerem em diferentes turnos de fala.

9. O terapeuta normaliza a vulnerabilidade emocional do/s cliente/s (ex. chorar, mostrar sentimentos dolorosos)

Tranquilizar ou normalizar a vulnerabilidade emocional do cliente diferencia-se da empatia, na medida em que as declarações do terapeuta afirmam explicitamente que as reações do cliente são compreensíveis, esperadas ou

“normais”, considerando as circunstâncias. O terapeuta pode, por exemplo, comentar, em termos gerais, como outras famílias já expressaram emoções similares. Alguns exemplos são: “[dirigindo-se a uma mãe solteira] Trabalhei durante anos com mães solteiras e um tema muito comum era o desejo de terem mais tempo para elas. É compreensível que deseje um descanso na sua constante responsabilidade de cuidar dos filhos”; “[dirigindo-se a um pai adotivo] Tornar-se num pai adotivo de filhos adolescentes é um desafio impressionante. É compreensível que às vezes se sinta frustrado e confuso”; [dirigindo-se a um ou aos dois elementos de um casal] Vejo que estes desacordos o fazem chorar. Isso é normal, entendo que seja realmente doloroso para si e é muito saudável expressar esses sentimentos” ou “Frequentemente, os membros do casal discutem mais um com o outro do que com os seus filhos quando há desacordos sobre a disciplina. É algo que já vi aqui com muitos pais”; “[dirigindo-se a um adolescente] Sentes-te como se não tivesses nenhum poder ou influência na tua família. É normal que queiras que os teus pais se deem conta de que estás a crescer e de que podes tomar decisões. Posso entender que te sintas frustrado. Parece difícil imaginares como podes convencer os teus pais a confiarem em ti”.

NOTA: Quando a normalização é não verbal e indica consolo, deve considerar-se primeiro o indicador anterior. Se a mensagem do terapeuta num só turno de fala inclui empatia, deve decidir-se sobre marcar este indicador ou o anterior, dependendo de que aspetos dessa intervenção parecem mais significativos. (Contudo, ambos os indicadores podem ser assinalados se a empatia e a normalização ocorrerem em diferentes turnos de fala).

*10. O terapeuta tem interações hostis, críticas ou sarcásticas com o/s cliente/s**

Basicamente, este indicador implica falta de respeito ou desvalorização do cliente por parte do terapeuta. Para que este indicador seja marcado, o terapeuta tem que mostrar-se amargo, desdenhoso ou com desrespeito na sua comunicação com o cliente. Por exemplo, o terapeuta pode perguntar sarcasticamente a uma família que está a ir à terapia irregularmente se planeia faltar à sessão seguinte: “Para a semana não vou estar aqui outra vez sentado sozinho à vossa espera, pois não?”. A comunicação do terapeuta pode ser simplesmente uma mensagem dirigida a um dos elementos da família, mas se o tom for hostil, crítico ou sarcástico, o indicador deve ser marcado. Um exemplo: [em tom de desespero] “Pergunto-me se o Luis [filho pequeno] estará na sua cadeira durante toda a sessão sem ter que ser chamado à atenção a cada cinco minutos”. Estes exemplos NÃO devem ser marcados se o

terapeuta não for sarcástico, mas utilizar antes um tom de humor irónico ou disser as coisas em tom de brincadeira, por exemplo sorrindo. Se o terapeuta critica o cliente por não fazer uma tarefa para casa, deve ser marcado prioritariamente o seguinte indicador da dimensão Envolvimento: *"O terapeuta critica como o cliente fez (ou não fez) uma tarefa para casa"*.

11. O terapeuta não responde a expressões de interesse pessoal ou de afeto por parte do/s cliente/s

Este indicador deve assinalar-se quando o terapeuta não responde a uma pergunta direta ou a uma afirmação do cliente que revela interesse pessoal ou carinho para com ele. Podem ser perguntas ou comentários do cliente com respeito à saúde, bem-estar, trabalho, etc., do terapeuta. Deve marcar-se este indicador quando o terapeuta ignora um comentário deste tipo por parte do cliente. E também se o terapeuta reage com silêncio ou se mostra claramente relutante em responder ao cliente. Exemplos deste tipo de respostas: "Esse não é um assunto seu"; "Isso é algo pessoal"; "Neste momento estamos a falar de si". Este indicador NÃO deve ser assinalado se o terapeuta o que faz, antes de responder, é pedir ao cliente que esclareça o seu comentário ou pergunta antes de responder (como neste diálogo: CLIENTE: "Já se vai recompondo do acidente?"; TERAPEUTA: "Refere-se se já posso trabalhar sem problemas a tempo inteiro?"). Em geral, sempre que for claro que o terapeuta admite o interesse do cliente relativamente a si (mediante expressões como "aprecio que se preocupe comigo"), optaremos por NÃO marcar este indicador, mesmo que a resposta do terapeuta não inclua uma revelação pessoal.

NOTA: Mesmo que a expressão de interesse pessoal do cliente não seja apropriada ao contexto profissional (por ex., pedindo para se encontrar com o terapeuta fora das sessões ou perguntando-lhe algo muito pessoal), se o terapeuta ignorar o comentário do cliente o indicador deve ser marcado. Contudo, se o terapeuta der uma resposta educada ou uma resposta educativa o indicador NÃO deverá ser assinalado. Exemplos: "Apesar de apreciar o seu interesse, como profissional vou negar-me a responder à sua pergunta sobre a minha vida privada"; "Se começo a responder a perguntas desse tipo dificilmente poderei manter a minha posição de ajuda profissional).

3. CONTRIBUIÇÃO DO TERAPEUTA PARA A SEGURANÇA NO SISTEMA TERAPÊUTICO

1. O terapeuta reconhece que a terapia implica aceitar riscos ou discutir questões pessoais*

O terapeuta pode fazer este reconhecimento no início do tratamento, quando explica como funciona a terapia e descreve a forma de trabalhar, ou em qualquer outro momento em que os clientes se mostrem pouco disponíveis para discutir assuntos incômodos, desagradáveis ou preocupações. Exemplos: "Sei que é duro expor a sua vida privada a um desconhecido"; "Sei que é difícil falar de assuntos tão privados"; "vou pedir-vos que tentem falar entre vós de uma forma diferente daquela com que seguramente falam em casa, e isto pode ser difícil e, por vezes, arriscado... mas quero encorajar-vos a falarem sobre como estão a experienciar estes desafios da terapia"; (dirigindo-se *a um casal*) "Sei que é algo muito pessoal, mas podemos falar sobre a vossa vida sexual?". No fundo, o terapeuta reconhece que, ao abordar problemas e sentimentos pessoais na terapia, pode ter como resultado que os clientes se sintam expostos e vulneráveis. Também pode tentar normalizar, como por exemplo, quando explica aos clientes que sentirem-se preocupados por terem de expor a sua vida privada na terapia é algo comum e que acontece com qualquer cliente. Exemplos: "Às vezes, os membros das famílias acabam por se zangar uns com os outros antes de encontrarem novas formas de falar entre eles"; "Às vezes as coisas podem ser difíceis. Pode achar que os conflitos e problemas estão a piorar antes de melhorar".

2. O terapeuta proporciona estrutura e diretrizes de confidencialidade e segurança

Este indicador deve ser marcado se o terapeuta fala sobre a maneira como vão ser estruturadas as sessões terapêuticas por forma a manter a segurança dos clientes (por exemplo, "não existirão insultos, nem gritos, nem agressividade" etc.). O indicador também se assinala quando o terapeuta explica a confidencialidade e os seus limites, e assuntos respeitantes à privacidade relacionados com o consentimento informado para divulgação de informação, gravação das sessões, utilização do material clínico para investigação, equipas de observação, etc.. Por vezes, o terapeuta delimita e explica que tipo de informação será partilhada com terceiros (por exemplo, Serviços de Proteção de Menores, Tribunal de Família e Menores, ou outras entidades similares). Se

o terapeuta, além disto, *também* estimula a família a expressar o que pensa e opina sobre todos estes aspetos, deve assinalar-se igualmente o indicador seguinte “*O terapeuta proporciona a discussão sobre elementos do contexto terapêutico que podem ser intimidatórios*”.

NOTA: Para assinalar este marcador é necessário que o terapeuta explique ou discuta questões de confidencialidade ou privacidade. Se o uso de formulários de consentimento informado ou o facto de se utilizar gravação ou observação forem simplesmente mencionados no contexto inicial de explicação do que se faz na terapia, nesse caso deve marca-se apenas o indicador de envolvimento “*O terapeuta explica como funciona a terapia*”.

3. O terapeuta proporciona a discussão sobre elementos do contexto terapêutico que podem intimidar (por exemplo: equipamento de gravação, relatórios a terceiros, equipa de observação, espelho unidirecional, procedimentos de investigação, etc.)*

Para marcar este indicador não é suficiente informar sobre estes procedimentos (por exemplo: “a sessão de hoje está a ser gravada com a câmara”). O terapeuta deve proporcionar uma discussão sobre elementos intimidatórios do contexto terapêutico. No mínimo, o terapeuta deve oferecer aos clientes a oportunidade de expressarem as suas opiniões sobre as condições de trabalho. Exemplos: “Inicialmente, muitas pessoas sentem-se incomodadas com a câmara (ou os observadores). Nós podemos falar sobre as suas preocupações”; “Explique-me melhor o que os faz sentir incomodados. Há alguma pergunta que me queiram fazer sobre o que vos incomoda?”. Se, por exemplo, o cliente faz alguma pergunta relacionada com os relatórios para terceiros, para assinalar este indicador o terapeuta deverá dar mais do que uma simples resposta direta à pergunta, proporcionando ou tentando abrir uma discussão acerca do tema que pode estar a preocupar o cliente.

4. O terapeuta ajuda os clientes a falarem com sinceridade e a não estarem na defensiva com os outros*

Este comportamento pode ocorrer quando um dos membros da família exige explicações ou justificações a outro. O terapeuta, em vez de simplesmente presenciar as exigências e reações defensivas, intervém no sentido de apelar aos membros da família para falarem sobre os seus *próprios* sentimentos desagradáveis e/ou dolorosos. O terapeuta pode intervir de diferentes maneiras, no sentido de dissuadir uma comunicação defensiva ou de promover

revelações pessoais abertas, honestas e sinceras. Por exemplo: "Fale com o coração" ou "Conte o que para si é a verdade". Falando com uma pessoa sobre outra: "Ela não está a olhar para si neste momento. Fale com ela de uma maneira que a faça olhar para si" ou "Diga-lhe como é. Abra-se com ele". O terapeuta pode estimular os membros da família a comunicarem entre si de modo diferente daquele a que estão habituados em casa: "Só neste momento e aqui, podes ser sincero e genuíno com os teus pais?"; "Não pare, ele precisa ouvir o que estava a dizer"; "Deixe que ela lhe demonstre que consegue lidar bem com aquilo que você pensa".

NOTA: Este indicador pode ser assinalado *mesmo* se o cliente estiver a falar diretamente com o terapeuta (não se dirigindo especificamente a outro membro da família), porque os outros clientes ouviram a intervenção do terapeuta.

5. O terapeuta tenta conter, controlar ou gerir a hostilidade aberta entre os clientes

A hostilidade aberta pode incluir insultos, abuso verbal e comentários ameaçadores. O terapeuta não tem necessariamente que ter êxito no controlo e manejo da hostilidade, mas este indicador deve assinalar-se se, pelo menos, o tenta fazer. Por vezes, o terapeuta diz às famílias que, com o intuito de criar um ambiente seguro para todos, poderá ter que parar a sessão se surgir hostilidade ou agressividade. No decorrer das sessões, o terapeuta pode recordar a família do contrato de não agressão ou intervir diretamente quando aparece hostilidade. Por exemplo: "É assim que acontece em casa? Vejamos se podemos fazer de forma diferente aqui"; "Eu não quero fazer da terapia um lugar em que apenas se magoam uns aos outros"; "Se continuam nesta zanga entrarão noutra... É pouco provável que isto vos ajude a resolver o problema", "Isto não leva a lado nenhum, podemos tentar algo diferente?".

NOTA: Este indicador deve ser assinalado apenas uma vez para intervenções que ocorram num único episódio hostil. Se houver repetidos episódios hostis separados por períodos de conversação tranquila, o indicador deve ser marcado cada vez que ocorra. Se o terapeuta intervém explicitamente em nome de um dos membros da família (mencionando um dos membros da família pelo seu nome ou por outra forma de identificação clara) para o proteger de outro membro, deve assinalar-se antes o indicador: "*O terapeuta protege ativamente um membro da família em relação a outro (por exemplo: de acusações, hostilidade ou intrusão emocional)*". Ambos os indicadores podem ser assinalados durante a mesma sessão. Se houver hostilidade mas

não existir por parte do terapeuta uma tentativa de a controlar, deve avaliar-se se o terapeuta permitiu que o conflito se intensificasse sem restrição durante a sessão. Se assim for, deve assinalar-se o indicador negativo: *"O terapeuta permite que o conflito familiar entre em escalada até ao abuso verbal, ameaças ou intimidação"*.

6. O terapeuta protege ativamente um membro da família relativamente a outro (por exemplo: de acusações, hostilidade ou intrusão emocional)

Para que este indicador seja assinalado, o terapeuta deve intervir direta e especificamente no sentido de "resgatar" um ou mais membros da família que estão "sob ataque". O terapeuta deve dirigir-se ao cliente pelo nome ou de outra forma (não verbalmente, apontando para ele ou deixando claro que se refere a ele). Exemplos deste indicador são: "A sua mulher precisa de descansar"; "É muito difícil para uma criança de 10 anos dizer com quem quer viver"; "Vejo que ela não está preparada para falar sobre isso"; "Não estou convencido de que seja seguro para ele responder enquanto você está tão zangado". O terapeuta também pode intervir propondo entrevistas separadas (por exemplo, só com os pais e só com o filho). Se um dos clientes está claramente "sob ataque" durante a sessão e o terapeuta, para protegê-lo, decide prosseguir com a entrevista em separado, este indicador deve ser assinalado prioritariamente em relação ao indicador *"O terapeuta pede ao cliente (ou a um subsistema de clientes) que saia da sala para ficar a sós com um cliente (ou subsistema) durante uma parte da sessão"*.

NOTA: Este indicador deve ser marcado apenas uma vez para repetidas intervenções durante o mesmo episódio. Quando ocorrem episódios repetidos, separados por períodos de comunicação tranquila, o indicador pode ser marcado sempre que ocorrer. Se o terapeuta detém uma acusação ou comunicação agressiva em geral e não protege de modo específico um ou mais clientes, devemos assinalar o indicador anterior: *"O terapeuta tenta conter, controlar ou gerir a hostilidade aberta entre os clientes"*.

7. O terapeuta muda a conversa para algum tema agradável ou que não gera ansiedade (programas de televisão, diversão, elementos da sala, etc.) quando parece haver tensão ou ansiedade

Este indicador deve ser marcado unicamente quando o terapeuta inicia ou muda o tema da conversa para algo mais casual, agradável ou relaxante, a fim de reduzir a tensão ou ansiedade.

PAI (dirigindo-se ao filho): Estás a reprovar em todas as disciplinas!

FILHO: (Silêncio incómodo e tenso, muito demorado)

TERAPEUTA: Bem, antes de começar a tratar dos problemas da escola, João, quero mostrar-te o meu novo aquário, naquele canto... Já alguma vez tiveste um aquário?

Note-se que não é necessário que a ansiedade seja reduzida para que este indicador seja assinalado, o importante é que a intervenção do terapeuta se realize com o objetivo de reduzir a tensão e a ansiedade.

NOTA: O indicador não se assinala se o terapeuta faz estas intervenções no início ou no final da sessão simplesmente como fase social (por exemplo: "Ainda está a chover lá fora? Molharam-se?"). Da mesma forma, se o comentário tecido pelo terapeuta não surge como resposta à tensão ou à ansiedade (referindo-se aos gostos, interesses, etc. do cliente), deve assinalar-se preferencialmente o indicador de Conexão Emocional: "*O terapeuta expressa interesse pelo cliente para além da discussão terapêutica propriamente dita*". Quando ambos, terapeuta e cliente(s), se riem por causa de uma brincadeira ou incidente divertido num momento de ausência de tensão/ansiedade, deve assinalar-se o indicador de Conexão Emocional: "*O terapeuta partilha um momento humorístico ou uma piada com o cliente*".

8. O terapeuta pede a um cliente (ou subgrupo de clientes) que saia da sala para ficar a sós com um cliente (ou subgrupo) durante uma parte da sessão

Este indicador assinala-se quando o terapeuta pede para estar a sós com um cliente ou subgrupo de clientes (pais, filhos), mesmo que isso seja solicitado pelo próprio cliente. Ao proporcionar esta oportunidade de privacidade, o terapeuta permite que se fale sobre assuntos pessoais, sobre os quais o cliente pode não desejar falar na presença de outros membros da família. Por exemplo, o terapeuta apercebe-se de que pode ser difícil para um adolescente responder a perguntas sobre sexo, intimidade ou assuntos privados na presença da mãe e decide pedir a esta que abandone a sala. Este comportamento promove essencialmente segurança, ao delimitar fronteiras e ao dar ao cliente espaço para falar livremente. Porém, este descritor não deve ser assinalado quando um cliente sai simplesmente da sessão ou quando o terapeuta pede a alguém que saia com o objetivo de controlar a hostilidade ou para proteger um cliente de outros (nestes casos, devem considerar-se preferencialmente os indicadores: "*O terapeuta tenta conter, controlar ou gerir a hostilidade aberta entre os clientes*" ou "*O terapeuta protege ativamente um membro da família em relação a outro*").

9. O terapeuta permite que o conflito familiar entre em escalada até ao abuso verbal, ameaças ou intimidação

É normal que durante a terapia apareçam expressões de raiva e comunicação culpabilizadora à medida que os problemas são suscitados ou mesmo quando são tratados adequadamente e com controlo por parte do terapeuta. Contudo, este indicador só deve ser assinalado em situações em que o terapeuta é passivo ou negligente em relação à hostilidade em curso. Como no seguinte exemplo: *(um membro da família ameaça outro em tom hostil)* "Farás isto a bem ou a mal e farei com que te arrependas" e o terapeuta não diz nada sobre a ameaça. Outra situação deste tipo acontece quando um membro da família usa uma linguagem extremamente pejorativa face a outro membro e o terapeuta não intervém. Este indicador também deve ser marcado se qualquer agressão (verbal ou física) termina por si, sem a intervenção do terapeuta (alguém sai da sala, um membro da família cala-se, termina a sessão bruscamente).

NOTA: Este indicador não deve ser assinalado quando o terapeuta faz uma intervenção direta para controlar ou manejar a hostilidade mas não obtém sucesso. Neste caso deve assinalar-se preferencialmente *"O terapeuta tenta conter, controlar ou gerir a hostilidade aberta entre os clientes"*.

10. O terapeuta não toma em conta as expressões claras de vulnerabilidade de um cliente (por exemplo, choro, defensividade, etc.)

Para que este indicador seja marcado, as expressões de vulnerabilidade do cliente, expressas por condutas como o choro ou a defensividade, não devem ser reconhecidas pelo terapeuta. Se o terapeuta reconhece as dificuldades do cliente (com um tom de voz suave, inclinando-se para a frente, oferecendo lenços de papel ou fazendo comentários tranquilizadores como "Sei que é difícil de contar"), deve assinalar-se preferencialmente o indicador de Conexão Emocional: *"O terapeuta expressa empatia (verbal ou não verbal) com as dificuldades sofridas pelos clientes"*. Para assinalar este indicador, o terapeuta deve essencialmente ignorar a vulnerabilidade evidenciada pelo cliente.

4. CONTRIBUIÇÃO DO TERAPEUTA PARA O SENTIMENTO DE PARTILHA DE OBJETIVOS NA FAMÍLIA

1. O terapeuta promove acordos de compromisso entre os clientes*

Compromisso implica alguma contribuição de cada uma das partes para alcançar um acordo sobre a relação ou sobre algo que se vai fazer. O terapeuta pode perguntar explicitamente aos membros da família se é possível um compromisso e o que é que cada um estaria disposto a fazer para alcançar um acordo. Um exemplo: "Há algum pequeno passo que cada um de vós possa dar para que possamos chegar a um compromisso?". O terapeuta também pode referir-se ao compromisso indiretamente, como no seguinte exemplo: "Há alguma coisa que cada um de vós esteja disposto a fazer... alguma coisa que vos faria sentirem-se melhor?". O terapeuta também pode sugerir um compromisso específico em relação a um problema que está a ser discutido. Por outras palavras, o terapeuta pode promover um compromisso através de uma proposta de solução em que se pede a cada indivíduo que faça algo pelo outro: "se tu fizesses _____ por ele, talvez ele pudesse fazer _____ por ti". Deve diferenciar-se o compromisso de uma simples concessão quando se pede apenas a uma pessoa que ceda perante a outra. Perguntando a uma pessoa "Faria isto por ela?", o terapeuta está a pedir uma concessão e não um compromisso, e neste caso o indicador não deve ser marcado.

2. O terapeuta incentiva os clientes a explorarem entre si os respetivos pontos de vista*

Este indicador, em muitas ocasiões, antecede a discussão sobre um compromisso. O terapeuta pode incentivar um membro da família a contrastar com um ou vários elementos da família a sua perceção do problema ou o seu ponto de vista sobre as possíveis soluções. Por outras palavras, a intervenção do terapeuta envolve os membros da família na ação de averiguarem como todos veem uma determinada situação ou problema. Exemplos: "(Filho), Estarias disposto a pedir aos teus pais para te contarem qual é a visão deles sobre quando as coisas começaram a converter-se num problema no colégio?"; "(Mãe e Pai), Perguntaram (ao vosso filho) o que é que está a correr bem no colégio? Porque não vemos se podem ajudá-lo a dizer essas coisas agora?".

NOTA: O indicador não deve ser assinalado quando é o próprio terapeuta a perguntar algo diretamente a outro membro da família (por exemplo: "Maria, o que pensa sobre as dificuldades do seu filho na escola?"). Para marcar este descritor, o terapeuta deve promover o questionamento entre os membros da

família, não sendo suficiente que este pergunte diretamente a uns e outros.

3. O terapeuta elogia os clientes por respeitarem os pontos de vista uns dos outros*

Os membros da família não têm que estar necessariamente de acordo para que o terapeuta possa reconhecer e admitir as suas demonstrações de respeito pelas opiniões dos restantes. O terapeuta pode dizer, por exemplo: "Ainda que ambos tenham opiniões diferentes sobre isto, cada um escutou com atenção o outro e vê-se que entendem que a outra pessoa pode ter motivos para discordar e ter uma opinião diferente"; "Bem! Ainda que existam diferenças na forma como cada um de vós vê as coisas, hoje consigo ver claramente como estão dispostos a escutarem-se um ao outro. Mostraram sinceridade e respeito um pelo outro e estou seguro que isso será útil na resolução do problema"; ou "É importante que entendam e reconheçam que ambos têm razões válidas para pensar como pensam. No entanto, ainda que não estejam de acordo, é muito importante o respeito que mostram nesta família pelos pontos de vista uns dos outros".

4. O terapeuta sublinha o que têm em comum as diferentes perspetivas dos clientes sobre o problema ou a solução

Este indicador centra-se mais no aspeto cognitivo do ponto de vista dos clientes. Ou seja, no modo como os clientes veem os problemas como algo diferenciado dos seus valores, necessidades ou sentimentos (que são o foco de observação do indicador seguinte). Para assinalar este indicador, o terapeuta deve fazer algo mais do que simplesmente resumir as distintas perspetivas dos membros da família. O terapeuta deve fazer afirmações claras sobre conexões e aspetos comuns entre as distintas perspetivas dos membros da família. Exemplos: "Maria e José (mãe e filho) estão ambos de acordo com o facto de o problema parecer ter começado com a mudança para o colégio novo"; "Está claro que ultimamente ambas (mãe e filha) querem que a Rosa (filha) tenha mais responsabilidade. A Rosa quer que lhe seja dada confiança para poder fazer as coisas por si mesma e a Maria (mãe) quer que a Rosa comece a agir por ela, fazendo boas opções e atendendo às normas familiares; quer sentir que pode confiar nela para que assuma as suas responsabilidades de forma madura"; "Todos querem ver os Serviços de Proteção de Menores fora das vossas vidas. Parece que estão de acordo com o facto da solução passar por conseguirem que os serviços não tenham que intervir".

NOTA: Um terapeuta pode, na mesma intervenção, simultaneamente sublinhar

o que têm em comum as diferentes perspectivas e ao mesmo tempo assinalar experiências e valores partilhados entre os membros da família: "Ambos estão de acordo em que o Xavier (filho) não mostra respeito (ponto de vista, perspectiva) e ambos sentem medo de perder o controlo com ele (partilhar experiências, sentimentos)". Neste exemplo, deveria ser marcado um outro indicador para além deste: "*O terapeuta destaca o que é partilhado pelos clientes no que toca a valores, experiências, necessidades ou sentimentos*".

5. O terapeuta destaca o que é partilhado pelos clientes no que toca a valores, experiências, necessidades ou sentimentos

Este indicador diferencia-se do anterior pelo facto de se centrar nos valores, experiências, necessidades ou sentimentos; o indicador anterior centra-se nas similitudes dos pontos de vista sobre o problema ou a solução. Por outras palavras, para marcar este indicador o terapeuta deve falar com a família sobre as suas experiências afetivas, as suas necessidades ou valores, e não sobre os seus pontos de vista a propósito de uma dada situação. Um exemplo de um valor partilhado é a lealdade familiar: "Cada um de vós descreveu a vossa família como uma família que permanece junta nos momentos difíceis; ou "Ambos querem o melhor para os vossos filhos, ainda que o estejam a fazer de formas diferentes". O terapeuta pode assinalar um determinado exemplo em que dois ou mais membros da família mostraram na sessão sentimentos semelhantes (desejo de mudar, frustração, raiva, desconfiança, solidão). Quando se discute um determinado problema, o terapeuta pode assinalar como os membros da família experienciaram a situação de forma semelhante (ainda que possam não ver o problema da mesma maneira). Um exemplo seria: "Ambos se sentem como a vítima do outro"; "Ambos se sentem presos".

6. O terapeuta encoraja os clientes a demonstrarem afeto, preocupação ou apoio uns aos outros

O terapeuta pode estimular a expressão de afeto, preocupação ou apoio entre os membros da família, uma ação específica que os clientes fazem uns pelos outros. Podem ser pequenas coisas, como por exemplo o terapeuta solicitar a um membro da família que ofereça lenços de papel a outro enquanto este está a chorar. Também podem ser demonstrações não verbais de afeto sugeridas pelo terapeuta, como por exemplo: "Podes dar-lhe a mão enquanto ele te diz isso?" ou "Parece-me que o seu filho precisa de um abraço". Outros exemplos são: "Pode mostrar-lhe que se preocupa com ela, apesar de estar aborrecido com os problemas que ela tem no colégio?"; "Conte-nos mais acerca da razão

pela qual está preocupado com ela”; “Disse ao seu filho o que está disposto a fazer para apoiá-lo nesta tentativa para mudar?”.

NOTA: Quando as emoções estão à flor da pele, o terapeuta pode propor na sessão uma tarefa, como “dar um abraço”, sem perguntar aos clientes se estão dispostos a fazê-lo. Se a intenção da intervenção do terapeuta for gerar demonstrações de apoio ou afeto, marcar-se-á o presente indicador e NÃO se marcará o indicador negativo de Envolvimento “*O terapeuta define metas terapêuticas ou impõe tarefas ou procedimentos sem pedir a colaboração do cliente*”.

7. O terapeuta encoraja os clientes a pedirem confirmação e opinião (*feedback*) por parte de outros*

Para distinguir este indicador do descritor “*O terapeuta incentiva os clientes a explorarem entre si os respetivos pontos de vista*” deve considerar-se que apenas se assinala este comportamento quando o terapeuta estimula explicitamente os membros da família a pedirem uns aos outros *feedback* durante a sessão. O terapeuta pode, por exemplo, estimular todos os membros da família a perguntarem uns aos outros como se sentem a falar dos problemas e das possíveis soluções. Outros exemplos são: “Tu queres convencer os teus pais de que devem aceitar o teu pedido. Porque não lhes perguntas agora se veem avanços em ti?”; “Procura saber se os teus pais têm outra opinião sobre ti”. Na terapia de casal um terapeuta pode perguntar: “Gostava de saber se podem perguntar um ao outro como o vosso parceiro vos vê em casa? Será que o seu parceiro vê que está a tentar fazer as coisas de forma diferente?”. O indicador só deve ser assinalado se o terapeuta quiser que os clientes se questionem durante a sessão, e não se for uma tarefa para casa entre as sessões.

8. O terapeuta não intervém (ou a sua intervenção é desqualificada) quando os membros da família discutem entre si acerca das metas, do valor ou da necessidade da terapia*

Ao contrário do indicador de Segurança relativo ao conflito ou hostilidade entre os clientes, este indicador refere-se ao conflito sobre a *necessidade de vir à terapia ou sobre as metas e o valor da mesma*. Para marcar este indicador, a discussão ou discrepância sobre o valor do tratamento necessita de ser clara, e não implícita ou simplesmente não verbal. O cliente pode dizer: “Ouviste o que disse a Rosa (terapeuta)! É necessário virmos aqui!” ou “Isto é inútil, não queremos a mesma coisa. Ele não está disposto a levar isto a sério”. Deve

marcar-se este indicador se o terapeuta não intervém ou não consegue abordar o conflito entre os clientes sobre a terapia. No entanto, NÃO deve ser marcado se o terapeuta reconhece o desacordo e assinala como um tema a discutir o facto de algum membro da família ter dúvidas relativamente aos benefícios da terapia. Também não se regista este indicador se o terapeuta convida todos os membros da família a falar sobre as dúvidas de um deles e procura possíveis pontos de acordo entre todos.

9. O terapeuta ignora as preocupações explicitadas por um membro da família, discutindo exclusivamente as preocupações de um outro

Em geral, recomenda-se marcar este descritor no final na sessão, quando estiver claro que, apesar de mais do que um cliente ter feito uma queixa ou revelado uma preocupação, o terapeuta trabalhou exclusivamente sobre uma das queixas ou preocupações e não sobre a(s) outra(s). Por exemplo: num determinado momento da sessão uma mãe expõe uma queixa/preocupação sobre o filho adolescente porque este não faz os deveres da escola e, além disso, tem tido repetidas faltas disciplinares na escola por perturbar as aulas; por outro lado, o adolescente queixa-se porque a mãe nunca lhe dá dinheiro e não reconhece que ele ajuda muito nas coisas de casa. Neste exemplo, o presente indicador será assinalado se o terapeuta centrar a conversação nos problemas de conduta na escola (queixas da mãe), mas ignorar as queixas do filho adolescente sobre a falta de reconhecimento por contribuir em casa e não receber dinheiro para os seus gastos. Porém, se o terapeuta comentar no final da sessão: “Nós não tivemos tempo de falar (dirigindo-se ao filho) da tua queixa sobre o dinheiro e o reconhecimento da tua ajuda em casa, pelo que trataremos deste tema na próxima vez”, o indicador já não deve ser marcado.

NOTA: O cliente deve solicitar claramente que se trate de um determinado tema, não sendo suficiente mencionar algo numa troca de acusações ou de forma muito imprecisa. No seguinte exemplo, o indicador NÃO seria assinalado porque o filho parece estar a tentar desviar a atenção da mãe do tema e não a solicitar que se trate de um novo tema:

MÃE: Falemos do facto de te negares a fazer tudo aquilo que te peço!

FILHO: Pois, mas tu negas-te a dar-me dinheiro!

No entanto, se a conversa tivesse a seguinte forma, SIM seria assinalado, caso o terapeuta não tivesse tratado da queixa do filho durante toda a sessão:

MÃE: Falemos do facto de te negares a fazer tudo aquilo que te peço!

FILHO: OK. Podemos falar também da razão por que te negas a dar-me dinheiro para que possa sair com os meus amigos?

Referências Bibliográficas

- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy, 28*, 534-549.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 16*, 252-260.
- Bourgeois, L., Sabourin, S., & Wright, J. (1990). Predictive validity of therapeutic alliance in group marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 58*, 608- 613.
- Friedlander, M.L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family therapy. An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: APA Books.
- Friedlander, M. L., & Tuason, M. T. (2000). Processes and outcomes in couples and family therapy. In S. Brown & R. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology* (pp. 797-824). New York: Wiley.
- Heatherington, L., & Friedlander, M. L. (1990). Couple and family psychotherapy alliance scales: Empirical considerations. *Journal of Marital and Family Therapy, 16*, 299-306.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). The development and validation of the Working Alliance Inventory. *The Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between the working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Johnson, S. M., & Talitman, E. (1997). Predictors of success in Emotionally Focused Marital Therapy. *Journal of Marital and Family Therapy, 23*, 135-152.
- Pinsof, W. M. (1994). An integrative systems perspective on the therapeutic alliance: Theoretical, clinical, and research implications. In A. O. Horvath and L. S. Greenberg. (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice*. (pp. 173-195). New York: Wiley.
- Pinsof, W. M., & Catherall, D. R. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 12*, 137-151.

Quinn, W. H., Dotson, D., & Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research, 7*, 429-438.

Tichenor, V., & Hill, C. E. (1989). A comparison of six measures of working alliance. *Psychotherapy, 26*, 195-199.

Apêndice D

Grelha de Cotação SOFTA-o (Cliente)*

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

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

Grelha de Cotação SOFTA-o (Cliente)

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

Grelha de Cotação SOFTA-o (Terapeuta)*

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

Contribuição do Terapeuta para o Envolvimento no Processo de Terapia		Contribuição do Terapeuta para a Conexão Emocional com o Cliente	
Nesta sessão, o terapeuta	Tempos	Nesta sessão, o terapeuta	Tempos
1. explica como funciona a terapia		1. partilha um momento de humor ou uma brincadeira com o/s cliente/s	
2. pergunta ao/s cliente/s acerca do que querem falar na sessão		2. expressa confiança ou manifesta que acredita no/s cliente/s	
3. incentiva o/s cliente/s a definirem as suas metas na terapia		3. expressa interesse pelo/s cliente/s para além da discussão terapêutica propriamente dita	
4. pergunta ao/s cliente/s se estão dispostos a fazer uma tarefa específica na sessão		4. expressa afeto ou toca afetivamente no/s cliente/s dentro do apropriado no contexto profissional (por ex., dar a mão, uma palmada, etc.)	
5. pergunta ao/s cliente/s se estão dispostos a seguir uma sugestão específica ou a fazer uma tarefa em casa		5. revela reações ou sentimentos pessoais a respeito do/s cliente/s ou da situação	
6. pergunta ao/s cliente/s pelo impacto ou valor de uma tarefa para casa proposta previamente		6. revela algum aspeto da sua vida pessoal	
7. expressa otimismo ou assinala que uma mudança positiva ocorreu ou pode ocorrer		7. assinala ou descreve semelhanças com o/s cliente/s, os seus valores ou experiências	
8. capta a atenção do/s cliente/s (por ex. inclinando-se para a frente, usando o nome do/a cliente, dirigindo-se a ele/ela diretamente, etc.)		8. expressa explicitamente empatia (verbalmente ou não) com as dificuldades sentidas pelos clientes (ex., "Sei o duro que deve ser", "Sinto a sua dor", ou chorar com os clientes)	
9. pergunta ao/s cliente/s se têm alguma dúvida ou pergunta a fazer		9. normaliza a vulnerabilidade emocional do/s cliente/s (ex., chorar, mostrar sentimentos dolorosos)	
10. elogia a motivação do/s cliente/s para colaborarem ou para mudarem		10. <i>tem interações hostis ou sarcásticas</i> com o/s cliente/s	
11. define metas terapêuticas ou impõe tarefas ou procedimentos sem pedir a colaboração do/s cliente/s		11. não responde a expressões de interesse pessoal ou de afeto por parte do/s cliente/s	
12. discute com o/s cliente/s acerca da natureza, propósito ou valor da terapia		Pontuação da contribuição do terapeuta para a Conexão Emocional (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3)	
13. crítica como o/s cliente/s fizeram (ou não) uma tarefa para casa			
Pontuação da contribuição do terapeuta para o Envolvimento (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3)			
Comentários/ Observações:		Comentários/ Observações:	

*Versão portuguesa traduzida por Luciana Sotero, Alda Portugal, Diana Cunha, Margarida Vilaça e Ana Paula Relvas, 2010

Grelha de Cotação SOFTA-o (Terapeuta)

Contribuição do Terapeuta para a Segurança		Contribuição do Terapeuta para o Sentimento de Partilha de Objetivos na Família	
Nesta sessão, o terapeuta...	Tempos	Nesta sessão, o terapeuta...	Tempos
1. reconhece que a terapia implica aceitar riscos ou discutir questões pessoais		1. promove acordos de compromisso entre os clientes	
2. garante estrutura e diretrizes de confidencialidade e segurança		2. incentiva os clientes a explorarem entre si os respetivos pontos de vista	
3. proporciona a discussão sobre elementos do contexto terapêutico que podem intimidar (por ex.: equipamento de gravação, relatórios a terceiros, equipa terapêutica, espelho unidirecional, investigadores, etc.)		3. elogia os clientes por respeitarem os pontos de vista uns dos outros	
4. ajuda os clientes a falarem com sinceridade e a não estarem na defensiva com os outros		4. sublinha o que têm em comum as diferentes perspetivas dos clientes sobre o problema ou a solução	
5. tenta conter, controlar ou gerir a hostilidade aberta entre os clientes		5. destaca o que é partilhado pelos clientes no que toca a valores, experiências, necessidades ou sentimentos	
6. protege ativamente um membro da família relativamente a outro (por ex.: de acusações, hostilidade ou intrusão emocional)		6. encoraja os clientes a demonstrarem afeto, preocupação ou apoio uns aos outros	
7. muda a conversa para algum tema agradável ou que não gera ansiedade (programas de televisão, diversão, elementos da sala, etc.) quando parece haver tensão ou ansiedade		7. encoraja os clientes a pedirem confirmação e opinião (feedback) por parte de outros	
8. pede a um cliente (ou subgrupo de clientes) que saia da sala para ficar a sós com um cliente (ou subgrupo) durante uma parte da sessão		8. não intervém (ou a sua intervenção é <i>desqualificada</i>) quando os membros da família discutem entre si acerca das metas, do valor e da necessidade da terapia	
9. permite que o conflito familiar entre em escalada até ao abuso verbal, ameaças ou intimidação		9. ignora as preocupações explicitadas por um membro da família, discutindo exclusivamente as preocupações de um outro	
10. não toma em conta as expressões claras de vulnerabilidade de um cliente (por ex.: choro, defensividade)		Pontuação da contribuição do terapeuta para a Sentimento de Partilha de Objetivos (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3)	
Pontuação da contribuição do terapeuta para a Segurança (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3)			
Comentários/ Observações:		Comentários/ Observações:	

Goal Attainment Scaling – GAS

Código da Família:

Data da Avaliação Inicial:

Código dos avaliadores:

Data da Avaliação Final:

METAS	META 1	META 2	META 3
ETIQUETAS			
2 <i>Melhoria Acentuada</i>			
1 <i>Melhoria Moderada</i>			
0 <i>Situação Atual</i>			
-1 <i>Agravamento Moderado</i>			
-2 <i>Agravamento Acentuado</i>			

Sotero, L. & Relvas, A. P. (2010). Adaptado de López, S. & Escudero, V. (2003). *Família, evaluación y intervención*. Madrid: Editorial CCS.

Apêndice E

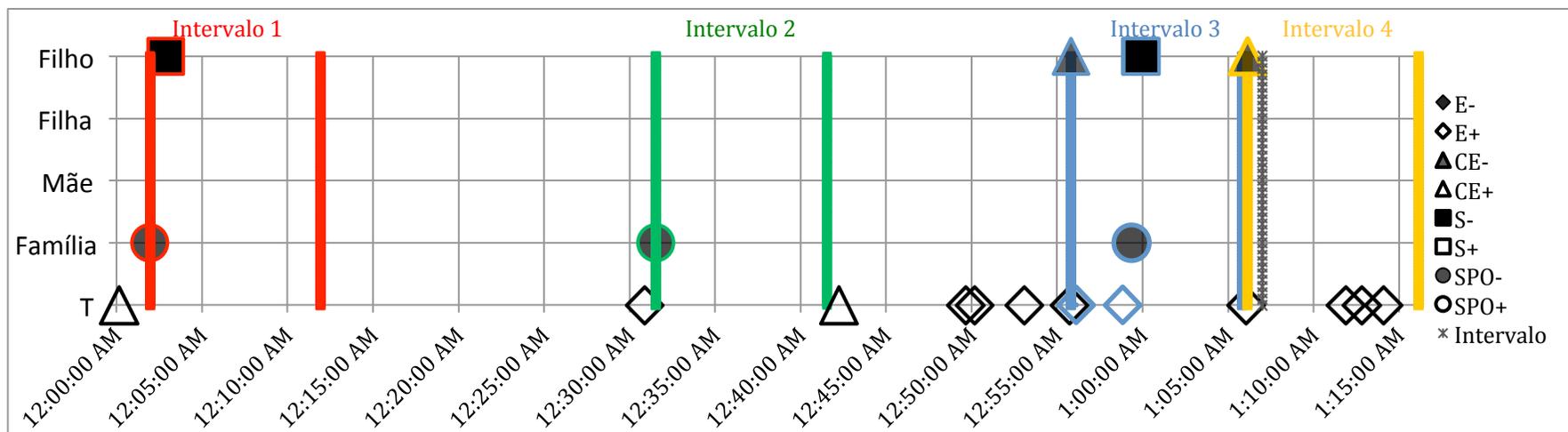


Figura 17. Sessão 1 – Família Antunes (voluntaria)

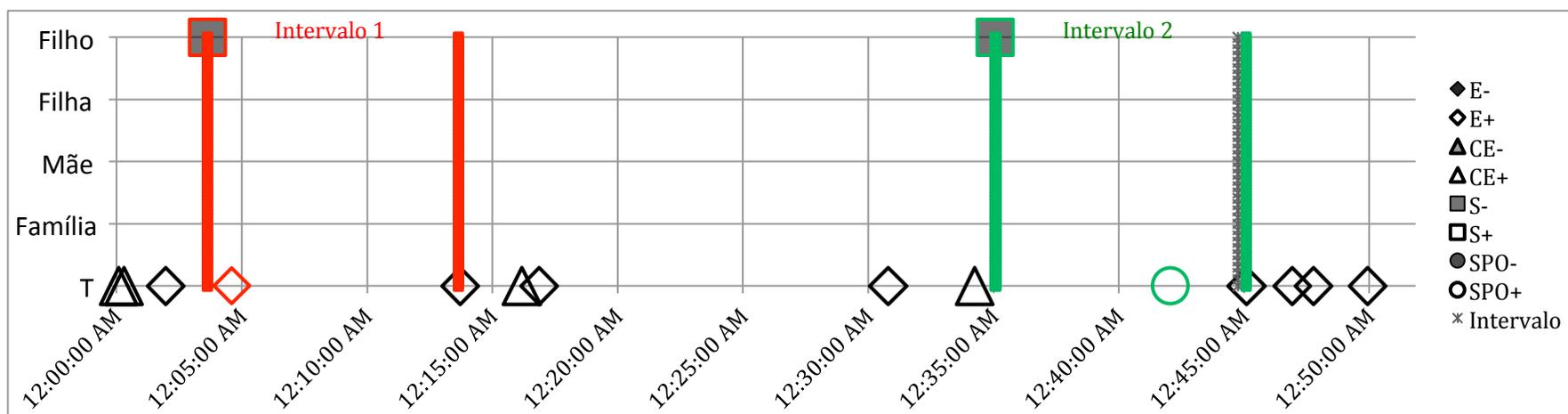


Figura 18. Sessão 4 – Família Antunes (voluntaria).

Apêndice F

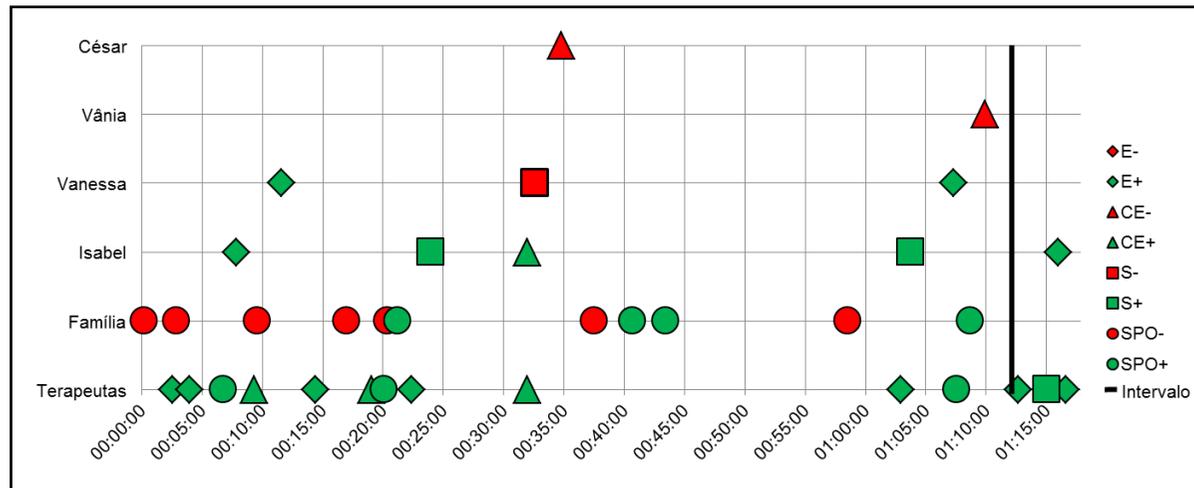


Figura 19. Contribuciones para la alianza, negativas y positivas, de clientes y terapeutas, a lo largo de la 1ª sesión.

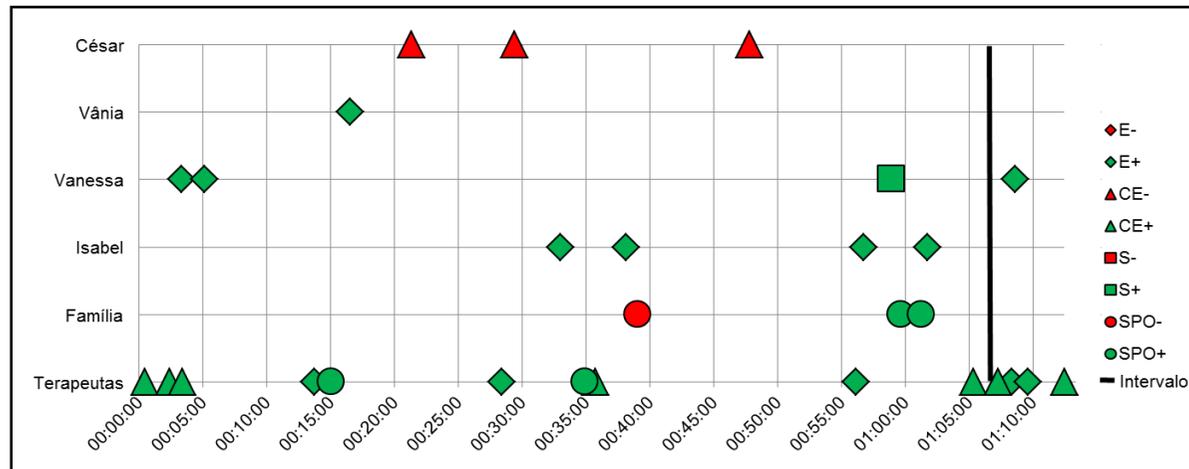


Figura 20. Contribuciones para la alianza, negativas y positivas, de clientes y terapeutas, a lo largo de la 2ª sesión de *follow-up*.