

Aliança Terapêutica Pais-Terapeuta Como Indicador Da Qualidade Da Relação Terapêutica Entre Criança e Terapeuta

Maria Castro^{*1}, Diogo Lamela¹ y Bárbara Figueiredo¹

¹Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Portugal

Artículo Breve

Resumen: Este estudio pionero pretende asociar la calidad de la alianza terapéutica entre el terapeuta y los padres con la calidad de la relación terapéutica entre el niño y el terapeuta. El objetivo fue evaluar cómo estas dos variables se relacionan. La muestra tenía 21 díadas padre/madre-niño. Ellos tendrían que evaluar individualmente la relación terapéutica con el terapeuta. Las dimensiones evaluadas fueron la calidad de la relación, los objetivos y tareas del proceso terapéutico. No se encontró una asociación entre las relaciones terapéuticas de padres e niños con el terapeuta. Sin embargo, se han encontrado algunas correlaciones secundarias. Directrices y recomendaciones para la futura reproducción de este estudio se examinan.

Resumo: Este estudo pioneiro pretende associar a qualidade da aliança terapêutica estabelecida entre os pais e o terapeuta com a qualidade da relação terapêutica entre a criança e o terapeuta. O objectivo foi perceber como estas duas variáveis se podem influenciar entre si. A amostra era constituída por 21 díades pai/mãe-filho que teriam de individualmente avaliar a sua relação terapêutica estabelecida com o terapeuta. As dimensões avaliadas foram a qualidade da relação, os objectivos e as tarefas do processo terapêutico. Os resultados obtidos não encontraram uma associação entre as relações terapêuticas globais dos pais e dos filhos com o terapeuta. Todavia, algumas correlações secundárias foram encontradas. Orientações e recomendações para futuras replicações do presente estudo são discutidas.

Palabras clave:

Alianza terapéutica; Psicoterapia; Terapeuta; Infancia; Adolescencia.

Palavras-chave:

Aliança terapêutica; Psicoterapia; Terapeuta; Crianças; Adolescentes.

Recibido el 28 de Abril de 2009; Recibido la revisión el 12 de Agosto de 2009; Aceptado el 14 de Agosto de 2009

1. Introducción

A aliança terapêutica é um conceito que tem merecido a atenção de diversos investigadores nas últimas décadas. Actualmente, existe grande consenso relativamente à sua importância no desenvolvimento do processo terapêutico, tendo-se revelado como um ingrediente fundamental para o sucesso terapêutico, independentemente do modelo teórico adoptado pelo psicoterapeuta (Martin, Garske & Davis, 2000).

De acordo com Bordin (1968), a aliança terapêutica é definida como uma colaboração entre a pessoa e terapeuta composta por três dimensões: o comprometimento em relação às tarefas, a definição de objectivos e a formação de um vínculo positivo entre ambos. Assim, por aliança terapêutica conceptualiza-se a qualidade da relação, cooperação e empatia que se

estabelece entre a pessoa e o terapeuta, sendo que uma relação terapêutica coesa promove um ambiente seguro e protector que envolve a pessoa, mobilizando-a para a mudança (Kerbauy, 1999).

Por seu lado, a aliança terapêutica tem vindo a ser conceptualizada como um elemento essencial para a eficácia do processo terapêutico, uma vez que promove e facilita o trabalho nas sessões e permite desenvolver os objectivos terapêuticos, devido ao ambiente de conforto, harmonia e segurança que se estabelece no setting terapêutico (Shinohara, 2000). Nesta linha, surgem perspectivas que afirmam consistentemente que a aliança terapêutica é o principal e mais significativo mecanismo do processo de mudança em terapia (Horvath & Symonds, 1991; Follette, Naugle &

* Enviar correspondencia a: Lic. Maria Castro.
E-mail: mariacastro@gmail.com

Callaghan, 1996).

De facto, a meta-análise de Luborsky (1994) veio confirmar e impulsionar o pressuposto da relevância da aliança pessoa-terapeuta para o sucesso psicoterapêutico, uma vez que verificou que a aliança terapêutica predisse significativamente os resultados eficazes dos processos terapêuticos, independentemente do tipo e modelo terapêutico utilizado.

Existe também algum consenso empírico sobre o modo e quando a qualidade da aliança terapêutica pode ser medida. A literatura mostra que a avaliação da aliança terapêutica deve ser feita na fase inicial da terapia, uma vez que aumenta o seu efeito preditor sobre o sucesso terapêutico (Horvath, 1994). Nesta linha, Luborsky (1994) aponta entre a terceira e quarta sessão para proceder à sua avaliação.

A maioria destes estudos analisa estas variáveis em processos de psicoterapia com adultos, sendo que são raros estudos sobre esta temática com crianças e adolescentes (Shirk & Saiz, 1992). Para além desta escassez de estudos empíricos, poucos são os instrumentos psicológicos ou metodologias de avaliação da aliança terapêutica em crianças e adolescentes, que se agrupam desde de medidas familiares e instrumentos de avaliação global das relações interpessoais, até ao desenvolvimento de medidas específicas de avaliação da aliança terapêutica para crianças e adolescentes, sendo que, no caso dos adolescentes, os investigadores e clínicos tendem também a utilizar instrumentos desenhados para medir a relação terapêutica em adultos, como é o caso do Working Alliance Inventory-Client (WAI-C) de Horvath e Greenberg (1986) (e.g., Florsheim, Shotorbani, Guest-Warnick, Barratt & Hwang, 2000). Nesta linha, Linscott, DiGiuseppe e Jilton (1993, cit in DiGiuseppe, Linscott & Jilton, 1996) adaptaram o WAI-C a adolescentes, através da reescrita dos itens com linguagem compreensível para adolescentes entre os 11 e os 18 anos. Esta extensão do WAI apresenta excelentes níveis de validade interna. Ao mesmo tempo, Shirk e Saiz (1992) desenvolveram uma das primeiras medidas deste construto destinadas a crianças e adolescentes, a Therapeutic Alliance Scale for Children. Este instrumento de 7 itens apresenta, na sua versão norte-americana, valores aceitáveis de consistência interna, sendo um dos mais utilizados na investigação empírica (e.g., DeVet, Kim, Charlot-Swiley & Ireys, 2003; Hawley & Weisz, 2005).

DiGiuseppe et al. (1996) salientam que, tal como nos estudos com adultos, uma das condições fundamentais para a formação da aliança terapêutica é a motivação para a mudança. A motivação para a intervenção e para a mudança em crianças e o

estabelecimento de um bom vínculo terapêutico parecem estar relacionados com a motivação dos pais e com a possibilidade destes se percepcionarem como fazendo parte do sistema terapêutico (DiGiuseppe et al., 1996; Nock & Ferriter, 2005; Pereira, Lock & Oggins, 2006).

O estudo das componentes da relação terapêutica entre crianças/adolescentes e o terapeuta reveste-se de importância redobrada, uma vez que os dados empíricos têm revelado que a configuração da relação terapêutica destas faixas etárias parece ser diferente dos processos de relação terapêutica dos adultos ao terapeuta e à terapia (Shirk et al., 1992; Zack, Castonguay & Boswell, 2007). No seu estudo, DiGiuseppe et al. (1996) consideram que o estabelecimento de uma relação terapêutica promotora da mudança é mais difícil de alcançar com crianças e adolescentes, comparados com os adultos, devido à dificuldade do terapeuta em estabelecer objectivos terapêuticos e monitorizar os processos de mudança na terapia.

De facto, outros autores sustentam-se nestes argumentos para explicar valores mais baixos de adesão e sucesso terapêuticos nas psicoterapias com crianças e adolescentes (Everall & Paulson, 2002), o que pode indicar que as dinâmicas da relação terapêutica das crianças e adolescentes podem ser moderadas por variáveis parentais e familiares. Esta possibilidade tem sido pouco estudada pela investigação empírica (Shirk & Karver, 2003).

Considerando os modelos psicoterapêuticos mais utilizados, a terapia com crianças e adolescentes tende tradicionalmente a envolver directamente outros membros da família no contexto terapêutico, nomeadamente os pais (Carr, 2006; Ollendick & Russ, 1999). Apesar de esta prática aumentar a probabilidade de sucesso no processo psicoterapêutico, pode produzir também mais desafios na planificação e intervenção, como, por exemplo, na definição dos objectivos terapêuticos e na gestão das relações entre as pessoas envolvidas em setting terapêutico.

Nesta linha, a completa revisão da investigação de Shirk et al. (2003), que inclui 23 estudos, conclui que as variáveis associadas ao processo terapêutico, especialmente a aliança terapêutica, revelaram-se como as mais salientes na explicação dos resultados terapêuticos em adolescentes e jovens. Baseados neste estudo, Hawley e Weisz (2005) defenderam que a aliança terapêutica na terapia com crianças e adolescentes apresenta maior complexidade do que na terapia com adultos, uma vez que envolve a construção, fortalecimento e gestão de duas relações terapêuticas (a da criança/adolescente e a dos pais), em vez de apenas

uma, como acontece geralmente na terapia com adultos. Esta especificidade pode ser a responsável pela maior complexidade do estabelecimento da relação na terapia com crianças e adolescentes demonstrada pela investigação. Mais concretamente, Hawley et al. (2005) levantam a hipótese que uma boa aliança criança/adolescente-terapeuta e uma boa aliança pai-terapeuta podem estar sustentadas em diferentes dimensões e componentes do processo terapêutico e dos resultados da terapia. Desta forma, mais relevante do que estudar a relação terapêutica entre a criança/adolescente ao terapeuta individualmente na compreensão do processo terapêutico, parece ser relevante analisar a associação e combinação entre as alianças da criança/adolescente e dos pais ao terapeuta, devido a ambos partilharem papéis e funções essenciais neste tipo de processo terapêutico.

Do nosso conhecimento, não existem investigações que associem as dimensões constituintes da relação terapêutica da criança/adolescente ao terapeuta com as dimensões da relação pais-terapeuta. A nossa pesquisa bibliográfica identificou apenas um estudo sobre a associação entre as alianças criança/adolescente-terapeuta e pais-terapeuta, a satisfação e adesão com o processo terapêutico e melhoria dos sintomas psicológicos. Nesse estudo, Hawley et al. (2005) concluíram que a aliança pais-terapeuta (mas não a aliança criança/adolescente-terapeuta) estava associada a uma maior participação familiar e menor desistências terapêuticas. Por seu lado, a aliança criança/adolescente ao terapeuta (mas não a aliança pais-terapeuta) estava associada ao relato de melhoria da sintomatologia, sendo que as alianças da criança/adolescente e dos pais ao terapeuta mostrou-se relacionada com a satisfação com os serviços prestados pelos terapeutas.

De acordo com os autores, os resultados deste estudo parecem sugerir que a aliança da criança/adolescente e dos pais ao terapeuta podem assumir funções relevantes mas distintas no processo e nos resultados terapêuticos (Hawley et al., 2005). Esta investigação assume grande relevo no estudo da psicoterapia com crianças e adolescentes. Apesar deste importante contributo, não é possível compreender com o estudo de Hawley et al. (2005) quais as componentes da relação terapêutica das crianças/adolescentes se associam com as componentes da relação terapêutica dos pais ao terapeuta, sendo que esta clarificação pode fornecer dados relevantes sobre como se processa a interdependência e a dinâmica das relações criança/adolescente e pais com o terapeuta na explicação da qualidade e sucesso terapêutico.

Assim, a finalidade deste estudo prende-se com a importância de avaliarmos a aliança terapêutica dos pais com os terapeutas quando se faz terapia com crianças, dada a importância do seu envolvimento no processo. O envolvimento dos pais tem o seu início nas primeiras sessões através de entrevistas de avaliação, mantendo-se ao longo do tratamento. Assim, o resultado da avaliação da aliança terapêutica com os pais poderá orientar o trabalho do terapeuta no sentido de criar condições para o seu envolvimento de modo a melhor conduzir ao sucesso o tratamento. As expectativas dos pais em relação à terapia, o seu envolvimento no problema e a possibilidade de tolerar mudanças, são importantes factores a considerar no estabelecimento de uma aliança terapêutica (DiGiuseppe et al., 1996). Assim, em terapia com crianças e adolescentes, a participação dos pais, quer no acompanhamento à terapia, quer na manutenção da mudança no ambiente familiar, de modo a que permita o desenvolvimento do curso da terapia, por si só, justifica o envolvimento em formas de avaliar e investir na aliança terapêutica com os pais e com as crianças, como um factor determinante neste processo.

O objectivo geral deste estudo é avaliar a aliança terapêutica com pais e com crianças, partindo da hipótese de que a aliança terapêutica estabelecida entre os pais e o terapeuta estará associada positivamente com a aliança terapêutica estabelecida entre criança e o terapeuta.

2. Método

2.1. Participantes

A amostra deste estudo é constituída por 42 participantes, 21 crianças e adolescentes e 21 pais dessas mesmas crianças, que estavam a ser acompanhados no Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano – Unidade de Crianças e Adolescentes (SCPDH-UCA), da Universidade do Minho, Portugal. As idades das crianças e adolescentes que participaram no estudo variam dos 8 aos 16 anos, tendo em média 11,71 anos (desvio-padrão de 2,70).

O motivo de consulta psicológica indicado prendeu-se em 5 participantes com problemas de internalização (23,8%), outros 5 com problemas de externalização (23,8%), 1 com problemas e conflitos familiares (4,8%) e 1 com problemas escolares (4,8%), não tendo sido possível apurar o motivo de pedido de consulta de 9 dos participantes (42,9%).

Vinte e um pais participaram no estudo. Como já foi referido, eram convidados a participar no estudo o pai/mãe da criança que tinha contacto mais frequente com o terapeuta, A idade variava entre os 32 e os 44

anos (média de 37,3 anos, com desvio-padrão de 3,40). Considerando o nível sócio-económico, 2 situam-se como médio-baixo (9,5%), 17 com médio (81%) e 2 como médio-alto (9,5%).

Tabela 1

Distribuição absoluta e percentual das características sócio-demográficas da amostra

		Sub-amostra Crianças e Adolescentes (N = 21)	Sub-amostra Pais (N = 21)
		Frequência (%)	Frequência (%)
Sexo	Feminino	8 (38,1%)	15 (71,4%)
	Masculino	13 (61,9%)	6 (28,6%)
Escolaridade	1º Ciclo	7 (33,5%)	-
	2º e 3º Ciclos	15 (57,1%)	10 (47,1%)
	Ensino Secundário	2 (9,5%)	4 (19,1%)
	Licenciatura	-	7 (33,3%)

2.2. Instrumentos

No presente estudo foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário sócio-demográfico (pais) para a caracterização da amostra em estudo. Este questionário aborda informação relativamente à identificação da criança/adolescente e identificação da família, bem como algumas características sócio-demográficas relevantes para a compreensão dos resultados possíveis com este estudo.

Working Alliance Inventory-Client (WAI-C; Horvath & Greenberg, 1986, versão portuguesa de Machado & Horvath, 1999) – Esta versão do WAI, avalia a aliança terapêutica na perspectiva do cliente (adulto). Foi utilizado neste estudo para medir a aliança terapêutica na perspectiva dos pais. O WAI é um instrumento que pode ser utilizado qualquer que seja o modelo teórico adoptado na terapia, com versões para cliente, terapeuta e observador. É composto por 3 subescalas, cada uma com 12 questões (total 36 itens), sendo cada questão avaliada numa escala de *likert* de 7 pontos. A subescala *Objectivos* avalia o grau de entendimento e negociação mútua entre terapeuta e a pessoa sobre os objectivos e resultados do processo terapêutico. A subescala *Tarefas* avalia o grau de concordância e compreensão das actividades desenvolvidas durante o processo, com vista a facilitar e promover a mudança psicoterapêutica. Por fim, a subescala *Relação* reúne os itens que avaliam a relação existente entre terapeuta e a pessoa, expressa e sentida em termos de amizade, simpatia, confiança e respeito pelo outro, por um comprometimento comum e, finalmente, entendimento compartilhado nas actividades. Este instrumento apresenta índices de

fidelidade total (*alpha* de Cronbach) que variam de 0.84 a 0.93. As subescalas também revelam valores de consistência interna satisfatórios, 0.68 a 0.92 (Horvath, 1994).

Working Alliance Inventory – Children and Adolescents (WAI-CA; adaptação da versão portuguesa do WAI-C para crianças e adolescentes por Lima, Dias & Figueiredo, 2002) – esta versão do WAI-C adaptada para crianças e adolescentes avalia as mesmas dimensões da versão de adulto e é composto pelas mesmas subescalas e número de itens, numa escala de Likert reduzida para 5 pontos. Foi utilizada neste estudo para medir a aliança terapêutica na perspectiva das crianças e adolescentes. O estudo psicométrico da escala demonstrou elevados níveis de consistência interna para o *score* total ($\alpha = 0.89$), bem como valores de *alpha* de Cronbach bastante satisfatórios para as suas subescalas: 0.71 para a subescala dos *Objectivos*, 0.79 para a subescala das *Tarefas* e 0.73 para a subescala da *Relação* (Figueiredo et al., 2009).

2.3. Procedimento

Para a recolha de dados foram definidos critérios de inclusão: a) as crianças terem idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos; b) os participantes encontrarem-se entre a terceira e a sétima sessão de psicoterapia; c) existir permissão do terapeuta e dos pais para a recolha dos dados; d) a criança ter competências mínimas de leitura e compreensão.

Procedeu-se a um levantamento de todos os processos que estavam a ser acompanhados num serviço de consulta psicológica de uma universidade do norte de Portugal. Participaram no estudo 21 díades pai/mãe-criança. O questionário sócio-demográfico era preenchido por um dos pais no final da 1ª ou 2ª sessões. De seguida, entre a terceira e a sétima sessões, eram aplicados o WAI-C e o WAI-CA. A aplicação dos instrumentos era feita no final da sessão terapêutica. Um investigador estava presente para auxiliar no preenchimento dos questionários, caso fosse necessário, sendo que todos os critérios éticos foram cumpridos.

No presente estudo, as medidas da relação terapêutica da díade eram recolhidas na mesma sessão, sendo que 8 dos 21 questionários WAI-C e WAI-CA foram recolhidos durante a terceira sessão, 10 na quarta sessão e 3 entre a quinta e a sétima sessões. A recolha destes instrumentos num extenso intervalo de tempo (entre a terceira e a sétima sessões) teve como finalidade testar o pressuposto defendido por Luborsky (1994), que sustenta que, a partir da terceira sessão, já é possível uma avaliação fidedigna da relação terapêutica. Esta posição tem encontrado fundamento empírico (e.g., Figueiredo et al., 2009), uma vez que se enquadra

dentro da definição de aliança terapêutica de Bordin (1976).

2.4. Procedimentos de Análise Estatística

Procedeu-se inicialmente a uma análise exploratória dos dados para analisar se as variáveis se adequavam ao uso de estatística paramétrica. Após avaliados os três pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos – i.e., variáveis intervalares, normalidade da distribuição e homogeneidade da variância (Field, 2006) – conclui-se que estavam cumpridos os pressupostos para o uso deste tipo de testes nas variáveis sócio-demográfica (e.g., idade), o mesmo não acontecendo para os *scores* globais e das subescalas do WAI-C e WAI-CA pelo que foram utilizados testes não paramétricos.

Foi usada estatística descritiva para analisar as variáveis sócio-demográficas (frequências, médias e desvios-padrão). De seguida, foi utilizado o teste de Spearman (teste não paramétrico) para analisar as associações entre a relação terapêutica dos pais e a relação terapêutica das crianças e adolescentes aos terapeutas. Nestas análises foram considerados os *scores* globais e os *scores* das subescalas (i.e., objectivos, tarefas e relação). Finalmente, para examinar se o número da sessão em que foram recolhidos os dados influenciava os valores da relação terapêutica de cada elemento da díade, procedeu-se à divisão das díades em dois grupos e, para avaliar as associações entre os níveis de relação terapêutica dos pais e os níveis de relação terapêutica das crianças e adolescentes ao terapeuta, em função da sessão de recolha dos dados, utilizou-se novamente o teste correlacional não paramétrico de Spearman.

3. Resultados

O teste correlacional de Spearman identificou apenas duas correlações positivas entre o total da Subescala tarefa da WAI-C e o total da subescala objectivos WAI-CA ($r_{sp} = .44, p < .05$) e entre o total da Subescala tarefa da WAI-C e o total global da WAI-CA ($r_{sp} = .44, p < .05$), como é possível conferir na tabela 2.

Tabela 2

Correlação entre os totais das subescalas e do total global WAI-C e os totais das subescalas e do total global da WAI-CA (n= 21 díades)

	1	2	3	4
1. WAI-CA: Subescala Relação	.39	.42	.31	.44*
2. WAI-CA: Subescala Tarefa	.15	.40	.37	.31
3. WAI-CA: Subescala Objectivos	.15	.44*	.35	.31
4. WAI-CA: Global	.24	.44*	.41	.38

* $p < .05$.

Nota: WAI-CA = *Working Alliance Inventory-Children and Adolescents*;
WAI-C = *Working Alliance Inventory-Client*

Após os resultados obtidos com a correlação entre dos scores totais da WAI-C e da WAI-CA, tornou-se relevante dividir as amostras em dois grupos, um grupo que reunisse as díades cujos dados recolhidos na terceira sessão, e outro grupo que reunisse as díades, cujos dados dos instrumentos foram recolhidos entre a quarta e a sétima sessões. Esta análise posterior tem como finalidade analisar se existia diferenças nos resultados das medidas dependentes, tendo em conta o número de sessões que a WAI-C e WAI-CA foram recolhidos. Desta feita, os resultados das correlações demonstraram que não existe nenhuma correlação significativa entre a *Working Alliance Inventory-C* e a *Working Alliance Inventory-CA*, quando analisados os resultados dos questionários dos pais e das crianças, cuja relação terapêutica com o terapeuta foi avaliada na terceira sessão (Tabela 3).

Tabela 3

Correlação entre os totais das subescalas e do total global WAI-C e os totais das subescalas e do total global da WAI-CA e adolescentes para os dados recolhidos na terceira consulta (n=8 díades)

	1	2	3	4
1. WAI-CA: Subescala Relação	.23	.36	.24	.22
2. WAI-CA: Subescala Tarefa	-.66	-.08	.06	-.27
3. WAI-CA: Subescala Objectivos	-.12	.27	.42	.15
4. WAI-CA: Global	-.35	-.04	.13	-.08

Nota: WAI-CA = *Working Alliance Inventory-Children and Adolescents*
WAI-C = *Working Alliance Inventory-Client*

No entanto, o número de correlações entre a WAI-C e a WAI-CA aumenta quando são agrupados os resultados dos questionários dos pais e das crianças, cuja relação terapêutica foi avaliada entre a quarta e a sétima sessão (Tabela 4).

Tendo, pois, em consideração os dados recolhidos agrupados entre a quarta e a sétima consulta, o teste de Spearman mostrou que há correlação positiva entre o total da subescala Relação da WAI-CA e o total da subescala Objectivos da WAI-C ($r_{sp} = .60, p < .05$). Este mesmo teste de Spearman relevou uma outra correlação positiva entre o total da subescala Tarefa WAI-CA e o total da subescala Tarefa WAI-C ($r_{sp} = .57, p < .05$). Foi também encontrada uma correlação positiva entre o total da subescala Tarefa WAI-CA e o total da Subescala Objectivos WAI-C ($r_{sp} = .56, p < .05$). Por fim, o teste correlacional evidenciou uma correlação positiva entre o total da subescala Objectivos WAI-C e o total global da WAI-CA ($r_{sp} = .56, p < .05$).

Da mesma forma, a correlação positiva estatisticamente significativa encontrada entre a subescala tarefas na WAI-C e a subescala dos objectivos na WAI-CA denotam que quanto maior é o acordo e comprometimento dos pais nas tarefas

terapêuticas, maior a compreensão dos objectivos terapêuticos pela criança e maior a qualidade da relação terapêutica global da criança ao terapeuta e à psicoterapia. Este dado é relevante, uma vez que um conjunto de investigadores tem demonstrado a dificuldade de aplicar o modelo tripartido da aliança terapêutica de Bordin (1976) à psicoterapia com crianças/adolescentes devido ao comportamento instável da variável *Objectivos* (Zack et al., 2007) Weisz e Hawley (2002) e DiGiuseppe et al. (1996) sustentam, por exemplo, que, devido a questões inerentes à própria maturação e desenvolvimento cognitivo, as crianças demonstram dificuldades quer na compreensão dos objectivos da terapia, quer na participação do seu estabelecimento, o que pode condicionar o sucesso do processo terapêutico. Desta forma, a nossa investigação aponta que um maior conhecimento e acordo dos pais com o terapeuta face às tarefas desenvolvidas durante o processo terapêutico pode promover uma maior inclusão, sentido de agência, motivação e compromisso das crianças e adolescentes face aos objectivos da terapia, elemento que parece ser central para os resultados positivos da psicoterapia.

Tabela 4

Correlação entre os totais das subescalas e do total global WAI-C e os totais das subescalas e do total global da WAI-CAs e adolescentes para os dados recolhidos entre a quarta e a sétima consulta (n=13 díades)

	1	2	3	4
1. WAI-CA: Subescala Relação	.41	.48	.60*	.46
2. WAI-CA: Subescala Tarefa	.49	.57*	.56*	.53
3. WAI-CA: Subescala Objectivos	.26	.49	.36	.35
4. WAI-CA: Global	.45	.54	.56*	.50

* $p < .05$.

Nota: WAI-CA = *Working Alliance Inventory-Children and Adolescents*
WAI-C = *Working Alliance Inventory-Client*

Tendo, pois, em consideração os resultados das díades cujos dados foram recolhidos entre a quarta e a sétima consulta, a análise estatística mostrou que há correlação positiva entre o total da subescala Relação da WAI-CA e o total da subescala Objectivos da WAI-C, ou seja, quanto maior o acordo em relação aos objectivos terapêuticos entre os pais e o terapeuta, maior o vínculo terapêutico da criança ao terapeuta. Da mesma forma, existe uma outra correlação positiva entre o total da subescala Tarefa WAI-CA e o total da subescala Tarefa WAI-C, por outras palavras, quanto maior o comprometimento dos pais com as tarefas terapêuticas, maior a adesão das crianças às tarefas terapêuticas que o terapeuta propõe. Foi encontrada uma correlação positiva entre o total da subescala Tarefa WAI-CA e o total da Subescala Objectivos WAI-C, significando que quanto maior o acordo entre

os pais e o terapeuta sobre os objectivos terapêuticos (metas terapêuticas, calendarização da terapia e avaliação do progresso psicoterapêutico), maior a adesão das crianças às tarefas propostas ao longo da terapia.

Por fim, o teste correlacional evidenciou uma correlação positiva entre o total da subescala Objectivos WAI-C e o total global da WAI-CA, o que pode significar que a qualidade global da relação terapêutica da criança ao terapeuta é tanto maior quanto maior for o acordo entre os pais e o terapeuta relativamente aos objectivos do processo psicoterapêutico, o que vai de encontro com as conclusões de Shuman e Shapiro (2002). Foreman, Gibbins, Grienenberger e Berry (2000) encontraram uma associação similar entre os objectivos e metas terapêuticas estabelecidas entre os pais e o terapeuta e a relação terapêutica global da criança à terapia.

Embora os nossos resultados não devam ser interpretados causalmente devido à natureza correlacional do estudo, eles apontam para que as dimensões com maior saliência na construção e manutenção da relação terapêutica parecem globalmente diferir entre as crianças/adolescentes e os pais, o que é demonstrado pelo reduzido número de correlações entre as mesmas subescalas do WAI-C e do WAI-CA. Por outras palavras, os nossos resultados sugerem que as crianças/adolescentes e os pais dão importância a diferentes aspectos e a distintos factores constituintes da relação terapêutica. Deste modo, estes resultados validam a hipótese teórica, não testada empiricamente, levantada por Hawley et al. (2005).

A existência de correlações entre estas subescalas apenas quando analisados os dados recolhidos das díades avaliadas entre a quarta e a sétima sessões, poderá querer indiciar que estes resultados poderão ser explicados pelo protocolo de avaliação clínica, em vigor no SCPDH-UCA, em que, tendencialmente, as três primeiras sessões são dispendidas no processo de avaliação clínica, em que a probabilidade de os terapeutas terem prescrito tarefas terapêuticas na terceira sessão é muito reduzida, quando comparada com as sessões consequentes (Kazdin & Whitley, 2006; Kazdin, Whitley & Marciano, 2006). Embora Luborsky (1994) afirme que a relação terapêutica possa ser medida a partir da terceira sessão, os resultados obtidos neste estudo dão uma orientação em sentido contrário, uma vez que a qualidade das dimensões da relação terapêutica aumentou com o aumento de número da sessão em que a avaliação da relação terapêutica foi levada a cabo.

No entanto, a afirmação de Luborsky parece poder

estar circunscrita à avaliação individual da relação em terapia de adultos, o que pode, de acordo com os nossos resultados, não ser possível aplicar-se a sistemas terapêuticos mais complexos, como é o caso da psicoterapia com crianças e adolescentes, por estes envolverem a criação e gestão de pelo menos duas alianças terapêuticas distintas (com a criança/adolescente e com um dos pais). Por conseguinte, os nossos resultados são consonantes com as conclusões obtidas pela meta-análise de Shirk et al. (2003) que encontraram uma correlação pouco robusta de .12 entre a aliança medida nas primeiras sessões de psicoterapia e os resultados e uma correlação bastante significativa de .27 entre os resultados da terapia e a relação terapêutica medida em sessões mais tardias do processo. Apesar dos resultados de Shirk et al. (2003) se circunscreverem à medição individual da aliança terapêutica das crianças e adolescentes ao terapeuta, julgamos que os fundamentos sejam similares quando foi analisada a interacção entre os componentes da relação terapêutica das crianças com os componentes da relação terapêutica dos pais.

Desta forma, investigação empírica adicional é necessária para estabelecer se a intercepção da aliança terapêutica da criança/adolescente com a aliança terapêutica parental com o terapeuta funciona como um preditor robusto dos resultados da terapia. Assim, ao contrário do que é sustentado por Luborsky (1994), os nossos resultados indicam que a medição desta interacção entre alianças à terceira sessão, em comparação com os dados recolhidos em sessões posteriores, parece não ser um bom marcador do processo e do funcionamento das relações terapêuticas.

Como se trata de um estudo piloto, esta investigação dá três orientações para futuras replicações. A primeira, e já debatida, prende-se com o facto de ser necessário estudos com um número maior de participantes, para que seja possível alguma extrapolação dos resultados, bem como fornecer a possibilidade de enriquecer o estudo com o aumento de variáveis em análise. Tal como referido, a segunda diz respeito à diminuição do intervalo protocolo para a recolha dos dados, em que, devido aos resultados presentes, deve ser colocada a consideração a eliminação da possibilidade de recolher dados à terceira sessão de psicoterapia. A terceira orientação indica que a WAI-C, que foi pensada e construída para avaliar a relação terapêutica em adultos em acompanhamento psicoterapêutico individual, mostrou-se uma medida válida para medir a relação terapêutica que os pais estabelecem com o terapeuta.

Por conseguinte, o presente estudo permitiu retirar

algumas conclusões quanto aos melhores procedimentos metodológicos para a condução de estudos semelhantes no futuro e forneceu algumas orientações teóricas sobre como a relação terapêutica pais-terapeuta e a relação terapêutica criança-terapeuta podem influenciar-se.

Referência

- Bordin, E. (1968). *Psychological counseling*. New York: Appleton Century Crofts.
- Carr, A. (2006). *The handbook of child and adolescent clinical psychology – A contextual approach*. London: Routledge.
- DeVet, K., Kim, Y., Charlot-Swillely, D., & Ireys, H. (2003). The therapeutic relationship in child therapy: Perspectives of children and mothers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32, 277–283.
- DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5, 85-100.
- Everall, R., & Paulson, B. (2002). The therapeutic alliance: Adolescent perspectives. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2, 78-87.
- Field, A. (2006). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage Publications.
- Figueiredo, B., Dias, P., Lima, V., Castro, M., Raposo, H., Lamela, D., Machado, P., & Horvath, A. (2009). Therapeutic alliance with children and adolescents and their parents: Results from the Portuguese WAI version for children and adolescents (WAI-CA). Submetido para publicação.
- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G., Barrat, T., & Hwang, W. (2000). Role of the working alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 94-107.
- Follette, W., Naugle, A., & Callaghan, G. (1996). A radical behavioral understanding of the therapeutic relationship in effecting change. *Behavior Therapy*, 27, 623-641.
- Foreman, S., & Gibbins, J., Grienenberger, J. & Berry, J. (2000). Developing methods to study child psychotherapy using new scales of therapeutic alliance and progressiveness. *Psychotherapy Research*, 10, 450-461.
- Hailparn, D., & Hailparn, M. (2000). Parent saboteur in the therapeutic of children. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30, 341-351.
- Hawley, K., & Weisz, J. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction, and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 117-128.
- Horvath, A. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The working alliance inventory perspective. In A. Horvath, & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory,*

- research, and practice.* (pp. 85-108). New York: John Wiley & Sons.
- Horvath, A., & Greenberg, L. (1986). The development of a working alliance inventory. In L. Greenberg & W. Pinsof (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford.
- Horvath, A., & Symonds, B. (1991). The relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Kazdin, A., & Whitley, M. (2006). Pre-treatment social relations, therapeutic alliance, and improvements in parenting practices in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*, 346-355.
- Kazdin, A., & Whitley, M., & Marciano, P. L. (2006). Child - therapist and therapist alliance and therapeutic change in de treatment of children referred for oppositional aggressive and antisocial behaviour. *Journal of child Psychology, Psychiatry, and allied disciplines, 47*, 436-445.
- Kerbaux, R. (1999). Pesquisa em terapia comportamental: Problemas e soluções. In R. Kerbaux & R. Wielenska (Eds.), *Sobre Comportamento e Cognição: Psicologia Comportamental e Cognitiva – da reflexão teórica a diversidade na aplicação.* (pp. 61–68). Santo André, SP: ARBytes Editora.
- Lima, V., Dias, P., & Figueiredo, B. (2002). *Adaptação para criança do Working Alliance Inventory.* Manuscrito não publicado. Braga: Universidade do Minho.
- Luborsky, L. (1994). Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: Factors explaining the predictive success. In A. O. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice.* (pp. 39-50). New York: John Wiley & Sons.
- Machado, P., & Horvath, A. (1999). Inventário de aliança terapêutica – WAI. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 87-94). Braga: APPORT/SHO.
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 438-450.
- Nock, M., & Ferriter, C. (2005). Parent management of attendance and adherence in child and adolescent therapy: A conceptual and empirical review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 8*, 149-166.
- Ollendick, T., & Russ, S. (1999). Psychotherapy with children and families: Historical traditions and current trends. In S. Russ & T. Ollendick (Eds.), *Handbook of psychotherapy with children and families* (pp.3–13). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Pereira, T., Lock, J., & Oggins, J. (2006). Role of therapeutic alliance in family therapy for adolescent anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 39*, 677-684.
- Shinohara, H. (2000). Relação terapêutica: O que sabemos sobre ela? In R. Kerbaux (Eds.), *Sobre Comportamento e Cognição. Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico.* (pp. 229-233). Santo André, SP: ARBytes Editora.
- Shirk, S., & Karver, M. (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 452–464.
- Shirk, S. & Saiz, C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child-psychotherapy. *Development and Psychopathology, 4*, 713-728.
- Shuman A., & Shapiro J. (2002). The effects of preparing parents for child psychoterapy on accuracy of expectations and treatment attendance. *Community Mental Health Journal, 38*, 3-16.
- Weisz, J., & Hawley, K. (2002). Developmental factors in the treatment of adolescents. *Journal of Consulting Clinical Psychology, 70*, 21-43.
- Zack, A., Castonguay, L., & Boswell, J. (2007). Youth working alliance: A core clinical construct in need of empirical maturity. *Harvard Review of Psychiatry, 15*, 278-288.