



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*MUDANÇA EM PSICOTERAPIA: VINCULAÇÃO E
ALIANÇA TERAPÊUTICA COMO FATORES DE
MUDANÇA EM PSICOTERAPIA COM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Daniel Nunes de Sousa

Porto, Janeiro de 2015



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*MUDANÇA EM PSICOTERAPIA: VINCULAÇÃO E
ALIANÇA TERAPÊUTICA COMO FATORES DE
MUDANÇA EM PSICOTERAPIA COM CRIANÇAS E
ADOLESCENTES*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Daniel Nunes de Sousa

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor Pedro Dias

Porto, Janeiro de 2015

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Pedro dias, por toda a sua disponibilidade ao longo de todo o processo deste trabalho, por demonstrar sempre o quão bom profissional é, pelo exemplo e dedicação ao seu trabalho.

À Professora Doutora Mariana Barbosa, por me ter auxiliado na recolha de dados, pela vontade que sempre demonstrou em ajudar-me e por todo o tempo que despendeu comigo. Obrigado, Professora!

Aos participantes deste estudo, pois sem eles não seria possível a concretização deste trabalho. Obrigado por toda a compreensão que sempre tiveram comigo ao longo destes meses.

Ao meu irmão David, por me ouvir sempre, em todos os momentos ou qualquer circunstância, pelo interesse que sempre demonstrou pela psicologia, por tudo o que já partilhámos, entre tantas outras coisas sem fim.

Aos meus pais, às minhas irmãs Liliana e Elisa, ao meu cunhado Carlos e aos meus sobrinhos Diogo, Catarina e Lara. No fundo, à família, que há-de ser sempre o mais importante da minha vida.

Aos meus amigos Hugo, Genis, Cris, Rosarinho, Inês e Pedro, por demonstrarem sempre o que significa a verdadeira amizade e por todas as lembranças maravilhosas que guardo de todos eles.

À Rita, à Helena e à Cristo, por terem dado sempre o seu contributo na tentativa de melhorar a minha vida e me fazerem sentir bem.

Ao meu cunhado Hugo, a promessa da memória eterna mantém-se viva todos os dias.

A todos aqueles que, embora não estejam aqui enunciados, contribuíram para a concretização deste trabalho.

RESUMO

O presente estudo de caso tem como objetivo principal compreender a relação entre a vinculação e a aliança terapêutica como fatores de mudança em psicoterapia com crianças e adolescentes. Pretende-se também testar e avaliar um modelo de monitorização psicoterapêutica para avaliar a mudança em psicoterapia na adolescência. Embora alguns estudos demonstrem uma associação entre estas variáveis, a investigação com crianças e adolescentes está muito aquém da investigação com adultos (Digiuseppe, Linscott, & Jilton, 1996), sendo fundamental aumentar o número de estudos com jovens tendo em conta a complexidade deste tema e, sobretudo, dos benefícios do mesmo para o sucesso da intervenção psicológica. Contudo, um número muito limitado de estudos tem encontrado semelhanças entre a investigação com jovens e adultos no que concerne à associação entre a aliança terapêutica e os resultados do processo (Shirk, Caporino, & Karver, 2010).

Os participantes foram uma adolescente com 16 anos de idade e os seus respetivos pais. Ao longo do processo foram administrados vários instrumentos de avaliação: para avaliar as variáveis relacionadas com o processo terapêutico e compreender a relação entre as mesmas foram utilizados os instrumentos de vinculação *Inventário sobre a Vinculação na Infância e Adolescência* (IVIA) e *Escala de Vinculação do Adulto* (EVA) com o objetivo de aceder ao padrão de vinculação da adolescente e dos pais; e o *Inventário de Aliança Terapêutica – WAI e WAI-CA*, de forma a medir a qualidade da relação entre o cliente e o terapeuta. Por outro lado, para testar o modelo de monitorização psicoterapêutica e avaliar a relação entre a aliança terapêutica e os resultados da psicoterapia como fatores de mudança, foi utilizado o *Questionário Pediátrico de Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de Vida* (QPBS), de forma a avaliar a perceção de bem-estar do adolescente; e, por fim, o *Brief Problem Monitor* (BPM) para avaliar a resposta do adolescente à intervenção psicológica sob a perspetiva de múltiplos informadores.

Os resultados demonstraram uma associação entre as variáveis que nos propusemos a avaliar. Neste sentido, foi encontrada uma associação entre o padrão de vinculação seguro da adolescente e a qualidade da aliança terapêutica; uma associação entre a qualidade da aliança terapêutica entre o adolescente e o terapeuta e a evolução positiva dos sintomas psicopatológicos e da perceção de bem-estar; uma associação entre a qualidade da aliança terapêutica entre os pais e o terapeuta e a mudança terapêutica em relação à adolescente; e, por último, o modelo de monitorização psicoterapêutica demonstrou ser adequado à avaliação da mudança em psicoterapia.

ABSTRACT

The general purpose of this study is to understand the relationship between attachment and therapeutic alliance as changing factors in psychotherapy with children and adolescents. There is also the intention to test and evaluate a psychotherapeutic monitoring model to measure the outcomes in psychotherapy with adolescents. Although some studies demonstrate an association between these variables, research done with children and adolescents is far from the research done with adults (Digiuseppe, Linscott, & Jilton, 1996). Therefore it is important to increase the number of studies on young people, considering the complexity of this subject and especially because of its benefits to the success of psychological intervention. However, a very limited number of studies have found similarities between research done with young people and with adults regarding the association between therapeutic alliance and outcomes (Shirk, Caporino, & Karver, 2010).

The participants of this study were a 16-year-old adolescent and her parents. Throughout the process, several instruments were administered, in order to measure the variables related to the therapeutic process and to understand the relationship between them. The Inventory of Attachment in Childhood and Adolescent (IVIA) and the Adult Attachment Scale (EVA) were used to assess the attachment style of the teenager and her parents, and the Working Alliance Inventory – WAI and WAI-CA, in order to measure the quality of the relationship between the client and the therapist. On the other hand, to test the psychotherapeutic monitoring model and evaluate the relationship between therapeutic alliance and the outcomes as changing factors, we used the Paediatric Quality Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQBS) to assess the perception of adolescent well-being; and, finally, the Brief Problem Monitor (BPM) was applied to assess the adolescent's response to psychological intervention under the perspective of multiple informants.

Results showed an association between the variables we proposed to measure. As a consequence, we found an association between the adolescent's secure attachment style and the quality of therapeutic alliance; an association between the quality of therapeutic alliance between adolescent and therapist and the positive outcomes and well-being perception; an association between the quality of therapeutic alliance between parents and therapist and the outcomes from the adolescent; and, finally, the psychotherapeutic monitoring model proved to be appropriate to measure the outcomes in psychotherapy.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS	I
RESUMO	II
ABSTRACT	III
ÍNDICE	IV
ÍNDICE DE TABELAS	VI
LISTA DE ANEXOS	VII
GLOSSÁRIO	VIII
INTRODUÇÃO	1
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Eficácia e Mudança em Psicoterapia	3
2. Aliança terapêutica	5
2.1. Origem e evolução do conceito.....	5
2.2. Investigação em aliança terapêutica.....	7
2.3. Aliança terapêutica com crianças e adolescentes.....	8
2.4. Avaliação da Aliança Terapêutica com crianças e adolescentes.....	11
3. Teoria da vinculação.....	12
3.1. Origem e evolução histórica	12
3.2. Estilos de vinculação.....	13
3.3. Modelos Internos Dinâmicos	14
3.4. Medidas de avaliação da vinculação	15
4. Vinculação e aliança terapêutica como fatores de mudança em psicoterapia.....	16
4.1. Infância e Adolescência	16
4.2. Adolescência.....	17
5. Monitorização Psicoterapêutica.....	19
5.1. Seleção de um modelo de monitorização psicoterapêutica.....	21

5.2.	Instrumentos de monitorização psicoterapêutica	22
5.3.	Projeto MIPA-Mobile	23
II.	MÉTODO	24
1.	Objetivo e fundamentação do método	24
2.	Objetivos específicos	24
3.	Participantes.....	25
4.	Instrumentos	25
5.	Procedimentos de recolha de dados	27
6.	Descrição do caso clínico	28
III.	RESULTADOS	37
1.	Descrição dos resultados.....	37
1.1.	Escala de Vinculação do Adulto (E.V.A.)	37
1.2.	Inventário sobre Vinculação para a Infância e Adolescência (IVIA)	37
1.3.	Inventário de Aliança Terapêutica – Crianças e Adolescentes (WAI-CA) e Adultos (WAI)	37
	37	
1.4.	Questionário Pediátrico de Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de Vida (QPBS)	38
1.5.	Brief Problem Monitor (BPM).....	39
2.	Síntese dos resultados	41
IV.	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	42
1.	Discussão	42
2.	Limitações e sugestões para futuras investigações	48
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	51

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. CRONOGRAMA PARA ADMINISTRAÇÃO DE MEDIDAS DE AVALIAÇÃO	28
TABELA 2. RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DO AUTO-CONCEITO	33
TABELA 3. WAI-CA, COMPARAÇÃO ENTRE A 4ª E 7ª SESSÃO	37
TABELA 4. WAI, COMPARAÇÃO ENTRE A 5ª E A 7ª SESSÃO	38
TABELA 5. EVOLUÇÃO DO QPBSQ AO LONGO DO PROCESSO DE MONITORIZAÇÃO TERAPÊUTICA.....	38

LISTA DE ANEXOS

Anexo I – Consentimento informado

Anexo II – Brief Problem Monitor Trajectory Graphs

Anexo III - Brief Problem Monitor Cross – Informant Report

GLOSSÁRIO

BPM – *Brief Problem Monitor*

BPM-P – *Brief Problem Monitor – Questionário para Pais*

BPM-T – *Brief Problem Monitor – Questionário para Professores*

BPM-Y – *Brief Problem Monitor – Questionário para Jovens*

EVA – *Escala de Vinculação do Adulto*

IVIA – *Inventário sobre a Vinculação na Infância e Adolescência*

QBPS – *Questionário Pediátrico de Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de vida*

WAI – *Inventário sobre Aliança Terapêutica*

YSR – *Youth Self-Report*

Introdução

O presente estudo tem como objetivo principal compreender a relação entre a vinculação e a aliança terapêutica como fatores de mudança em psicoterapia com crianças e adolescentes. Este trabalho pretende também testar e avaliar um modelo de monitorização psicoterapêutica proposto por um grupo de investigadores (Dias et al, no prelo), que têm como objetivo desenvolver e testar um modelo de monitorização psicoterapêutica com recurso a uma aplicação móvel (MIPA-Mobile).

Foi percebido, logo após o início da revisão bibliográfica, a enorme discrepância de estudos que existem entre a investigação com crianças e adolescentes e a investigação com adultos no que diz respeito à relação entre a aliança terapêutica e os resultados de intervenção (Digiuseppe et al., 1996). Percebeu-se, assim, a forte necessidade que existe em desenvolver novos estudos com amostras de crianças e adolescentes. Apesar desta discrepância, os estudos com esta faixa etária que se propõem a avaliar a relação entre as variáveis anteriormente definidas, têm demonstrado semelhanças comparativamente com a intervenção com adultos (Shirk et al., 2010). De facto, a associação estimada entre a aliança terapêutica e os resultados na intervenção individual com crianças e adolescentes é idêntica à estimada na intervenção com adultos (Shirk & Karver, 2003). Deste modo, podemos concluir que existe uma relação entre a aliança terapêutica e os resultados positivos da psicoterapia. Ainda assim, os dados existentes são ainda insuficientes para explicar a natureza do sucesso da psicoterapia. Sabe-se, contudo, que a aliança terapêutica tem um papel bastante importante para o processo de intervenção psicológica, na medida em que uma relação de qualidade entre o cliente e o terapeuta está relacionada com uma maior participação nas tarefas específicas de intervenção e, conseqüentemente, estas poderão levar aos resultados terapêuticos positivos (Shirk & Saiz, 1992).

Por outro lado, os estudos referentes à associação entre a vinculação e a aliança terapêutica são ainda mais limitados. Shirk e colaboradores (Shirk, Gudmundsen, Kaplinski, & McMakin, 2008; Shirk & Saiz, 1992) enfatizam a importância da experiência do adolescente em relação ao seu terapeuta no que concerne à confiança, segurança e responsabilidade como base segura para a colaboração terapêutica. Neste sentido, com base na teoria da vinculação de Bowlby (1988), esta abordagem atribui importância à base segura para uma relação terapêutica, no sentido em que o vínculo entre o cliente e o terapeuta é semelhante a uma relação de vinculação, permitindo assim que o cliente se sinta seguro para explorar os desafios emocionais ou sintomas psicopatológicos apresentados.

No que concerne ao processo de monitorização psicoterapêutica, não existem dúvidas que uma monitorização sistemática e repetida, com o objetivo de controlar a resposta do indivíduo à intervenção psicológica, melhora o resultado dos clientes e assegura atividades de supervisão mais ricas e bem direcionadas (Lambert, 2007), permitindo assim diminuir os baixos resultados psicoterapêuticos ou mesmo insucesso da terapia (Lambert, 2013). A literatura tem demonstrado que uma das principais vantagens da utilização de um modelo de monitorização consiste na potencial redução de *drop-out* na intervenção com adolescentes (Baruch, Vrouva, & Fearon, 2009). Kazdin

(1996) estima que o *drop-out* neste grupo de jovens ocorra em cerca de 40%-60% dos processos de intervenção psicológica, justificando assim a utilização de um modelo de monitorização psicoterapêutico.

A presente dissertação encontra-se organizada do seguinte modo: no primeiro capítulo é apresentado o **Enquadramento Teórico** no qual é feita uma revisão da literatura existente em relação ao tema que nos propomos a investigar. Neste primeiro ponto é apresentada uma definição para o conceito de psicoterapia, a sua eficácia e evolução histórica, assim como as medidas de avaliação para o processo de mudança em psicoterapia. De seguida, é apresentado o conceito de aliança terapêutica, onde o conceito é definido e caracterizado em termos de evolução histórica, investigação existente e diferenças entre esta variável na intervenção com crianças e adolescentes e adultos. Posteriormente, faremos referência à teoria da vinculação, de forma a integramos esta variável no presente estudo. Assim faremos referência aos trabalhos de Bowlby e Ainsworth, aos estilos de vinculação, modelos internos dinâmicos e medidas de avaliação da vinculação. Ainda neste primeiro ponto, será feita uma apresentação da relação entre as variáveis aliança terapêutica e vinculação com base nas diferentes idades, ou seja, crianças e adolescentes. Por fim, para encerrar este primeiro capítulo, é apresentado um ponto sobre a monitorização psicoterapêutica, onde apresentaremos os critérios para a seleção de um modelo de monitorização, os instrumentos de monitorização psicoterapêutica e o projeto MIPA-Mobile.

No segundo capítulo é apresentado o **Método** de investigação para a realização deste estudo, onde é apresentado o objetivo geral e os objetivos específicos, participantes do estudo, instrumentos utilizados, procedimento de recolha de dados e descrição do caso clínico.

No terceiro capítulo são apresentados os **Resultados** dos instrumentos de avaliação que foram administrados aos participantes ao longo do processo de recolha de dados, e, no quarto e último capítulo, é feita a **Discussão de resultados** com base nos resultados apresentados no ponto anterior, articulando-os com a revisão bibliográfica apresentada no primeiro capítulo. Por fim, são apresentadas as limitações do presente estudo e sugestões para futuras investigações.

I. Enquadramento teórico

1. Eficácia e Mudança em Psicoterapia

1.1. Definição e evolução histórica

O termo *psicoterapia* é definido segundo alguns autores como o conjunto de conversações e atividades capazes de promover no indivíduo a mudança nas experiências e processos de construção de significados (Gonçalves, 1998, 2000, 2001, cit in Sousa, 2006). Na mesma linha de compreensão deste conceito, Gergen e Keye (1992) definem a psicoterapia como um processo de construção de significados num contexto de discurso colaborativo. Trata-se, assim, de um processo onde o significado da experiência é transformado, diferentes alternativas são desenvolvidas, e, portanto, emerge uma nova compreensão. Segundo Strupp (1989), o objetivo da psicoterapia é melhorar o *self* e/ou os sistemas interpessoais através da relação terapêutica, sendo que esta engloba a necessidade humana básica de vinculação a um prestador de cuidados e a capacidade humana básica de aprender numa e através de uma relação humana. Assim, a psicoterapia poderá também ser compreendida como uma parceria para a mudança num trabalho mútuo entre o cliente e o terapeuta. Este trabalho entre a díade, numa aliança terapêutica positiva, serve para construir intervenções que não poderão ser separadas dos objetivos do cliente ou da relação na qual ela ocorre. De outro modo, Norcross, Beutler e Levant (2006, cit in Norcross & Lambert, 2011) referem que a investigação em psicoterapia demonstra que o cliente, o terapeuta, a relação entre ambos, o método de intervenção e o contexto contribuem para o sucesso da terapia e, também, para o eventual insucesso da mesma.

Por sua vez, a mudança em psicoterapia é, sem dúvida, o principal objetivo da prática em intervenção psicológica (Hanna & Ritchie, 1995; Black, 2009). Segundo Rogers (1957), a mudança em psicoterapia requer uma alteração “*na estrutura da personalidade do indivíduo*” (p. 95), que poderão ocorrer sob a presença das condições terapêuticas necessárias, ou seja, a existência de uma relação, a empatia, a aceitação positiva e incondicional do cliente e a autenticidade do terapeuta. Por outro lado, de acordo com o modelo cognitivo, o principal objetivo da terapia é a mudança do pensamento acerca de um determinado problema ou situação (Bolsover, 2008). A definição do resultado terapêutico é, então, mais abrangente do que aquilo que parece inicialmente. As mudanças mais claras são, sem dúvida, a melhoria dos sintomas e dos objetivos definidos para a terapia. Contudo, podem surgir conflitos psicológicos que necessitem de mudança e, também, problemas relacionais que merecem atenção clínica (Ogles, 2013). Kanfer e Goldstein (1999) referem que é necessário definir junto do cliente os objetivos terapêuticos a alcançar, quer se traduzam na alteração de um comportamento, obtenção de *insight*, alteração da autoperceção ou autoconfiança, estado emocional, entre outros aspetos (cit in Ogles, 2013).

Numa outra abordagem acerca do processo de mudança, a perspectiva construtivista defende que os processos de mudança humana podem ser facilitados mas não conduzidos na psicoterapia, ou seja, nem o cliente nem o terapeuta podem reclamar uma posição vantajosa que lhe confira autoridade ou validade empírica. Assim, a intervenção psicoterapêutica deve ser entendida como um trabalho de colaboração mútua, onde é esperado que o cliente e o terapeuta sejam co-investigadores e co-construtores de narrativas diversificadas e coerentes, e, por isso, da mudança (Neimeyer, 1993). A psicoterapia construtivista vê o indivíduo como ator e criador de possibilidades imaginativas, contribuindo intencional e criativamente para a sua experiência. Esta perspectiva tem como objetivo central a co-construção da mudança dos participantes na psicoterapia. Neste contexto, é esperado que o cliente, de forma dinâmica e ativa, em colaboração com o terapeuta, ganhe gradualmente intencionalidade reflexiva, capacidade autobiográfica e fluidez espaço-temporal (Martin & Sugarman, 1999) e seja capaz de reescrever as suas narrativas de vida. Em contexto relacional, é através da linguagem, que funciona como um dispositivo de significação da experiência, que se produz a mudança. Assim, o processo terapêutico constitui-se como um veículo para a criação de narrativas alternativas aos problemas, incorporando diversos aspetos da experiência do cliente. Estas histórias alternativas permitem a construção de novos significados, sendo estes mais úteis ou satisfatórios para o cliente (Hardtke & Angus, 2004).

1.2. Medidas de avaliação para a mudança

Para medir a mudança, o investigador deverá definir os resultados terapêuticos que pretende alcançar e os métodos que utilizará para medir, sendo que estas medidas devem ser sensíveis à mudança, ou seja, devem ser capazes de identificar a mudança que ocorreu ao longo do processo (Ogles, 2013). No que diz respeito à metodologia utilizada para medir os resultados terapêuticos, a investigação qualitativa tem sido bastante utilizada pelos investigadores, uma vez que se mantém mais próxima da experiência do cliente em relação à psicoterapia, fornecendo assim uma melhor compreensão do seu significado (McLeod, 2013). As medidas de auto-relato são as mais utilizadas para avaliar a mudança em psicoterapia, permitindo ter acesso à perspectiva do cliente sobre o processo terapêutico. Contudo, alguns autores consideram importante utilizar-se mais do que uma medida, uma vez que os clientes podem apresentar uma perspectiva limitada acerca das mudanças que ocorreram durante o processo (Ogles, 2013). Deste modo, alguns autores (e.g. McLeod, 2013) sugerem que na avaliação de resultados terapêuticos seja utilizada uma metodologia mista, sendo este método mais útil para avaliar os resultados de modo mais sensível às diferentes perspectivas e incluir outras dimensões para além da evolução de sintomas positivos.

No que diz respeito à avaliação da mudança, podemos concluir que não existe um consenso na utilização de medidas. Os investigadores e os terapeutas utilizam medidas *standard* e medidas de avaliação de resultados individualizadas. De outro modo, os investigadores utilizam não só medidas de

resultado para avaliar o efeito da intervenção quando esta termina, mas também medidas de resultado que são utilizadas ao longo do processo de intervenção para detetar defeitos na mesma e, assim, tomar decisões para proceder à alteração destes (Ogles, 2013).

2. Aliança terapêutica

2.1. Origem e evolução do conceito

Desde a década de 70, foram realizados diversos estudos relativamente às técnicas utilizadas nas mais variadas abordagens terapêuticas. Os investigadores concluíram que existia um fator comum aos resultados positivos alcançados com a terapia: a aliança terapêutica. Este conceito é definido por Ribeiro (2009) como a qualidade da interação entre o terapeuta e o cliente no âmbito do processo terapêutico. Desde então, os investigadores têm vindo a focar-se nas características que poderão facilitar ou impedir a construção de uma aliança entre o terapeuta e o cliente, sendo que uma dessas características é o padrão de vinculação do cliente¹ (Gonçalves, 2008). De facto, vários estudos concluíram que existe uma relação entre a aliança terapêutica e os resultados terapêuticos, sendo que estes resultados são válidos para diversas populações e intervenções (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000).

O conceito *aliança terapêutica* nasce nos trabalhos de Freud (1968, cit in Gonçalves, 2008), descrevendo-a com base na sua explicação para a relação entre o cliente e o terapeuta. Freud supunha que uma aliança positiva permitia que o cliente identificasse o terapeuta com as suas relações primárias passadas. A aliança terapêutica era representada, segundo Freud, pelos esforços entre o cliente e o terapeuta para avançar para o *insight* e para a mudança. Esta visão psicodinâmica vigorou até Carl Rogers (1951/1983, cit in Gonçalves, 2008) afirmar que a aliança terapêutica, por si só, era suficiente para gerar a mudança e a cura do cliente. Embora, nesta época, esta visão tenha sido contestada pelos comportamentalistas, que se recusavam a aceitar que outros fatores para além das técnicas influenciassem a mudança, foi com Rogers e a Terapia Centrada no Cliente que nasceram os estudos acerca dos efeitos da ação do terapeuta na mudança do cliente (Moreira, Gonçalves, & Beutler, 2005, cit in Gonçalves, 2008).

Outro autor primordial nesta área foi Bordin (1979), que propõe que a aliança terapêutica entre o cliente que procura a mudança e o terapeuta, que se oferece para ser o agente de mudança, é uma das chaves, senão mesmo a chave, para o processo de mudança. De acordo com Bordin, a aliança terapêutica é composta por três componentes: relação; tarefas e objetivos. Para este autor, a aliança facilitava o trabalho com o cliente e, ao mesmo tempo, funcionava como um mecanismo para a mudança. A formulação de Bordin acerca da aliança terapêutica como um constructo

¹ Exploraremos o tema *aliança terapêutica e vinculação* com mais detalhe no ponto 4

multidimensional proporcionou uma estrutura útil para investigações posteriores. Este autor refere, em parte, que a eficácia da terapia é uma função da força da aliança. No seu estudo, Bordin afirma que todos os modelos de psicoterapia têm incorporado alianças terapêuticas. Relativamente a esta afirmação, Horwitz (1974, cit in Bordin, 1979), analisou o processo terapêutico com 42 clientes, concluindo que não existiam diferenças significativas nos vários modelos de intervenção. Uma grande contribuição do seu estudo foi o facto de este demonstrar que a aliança terapêutica não é apenas um pré-requisito para a intervenção terapêutica, mas muitas vezes o principal veículo de mudança.

Na intervenção psicológica, a relação terapêutica, que é definida como uma das componentes da aliança terapêutica segundo a formulação de Bordin (1979), é considerada um dos aspetos essenciais da terapia. Seguindo a definição de *relação terapêutica* de Gelso e Carter (1994), a relação são os sentimentos e as atitudes que o cliente e o terapeuta têm entre si e a forma como estes são expressos. No entanto, esta definição serve apenas como definição concisa, consensual e teoricamente neutra. Assim, alguns autores (e.g. Rector, Zuroff, & Segal, 1999; Barber et al, 2006) definem esta relação como uma interação complexa, recíproca, entre o funcionamento interpessoal e os métodos de intervenção. De outra forma, a relação não existe para além do que o terapeuta faz em termos de método, nem podemos imaginar qualquer método de intervenção sem um impacto relacional. Dito de outro modo, os métodos de intervenção são atos relacionais (Safran & Muran, 2000, cit in Norcross & Lambert, 2011). Por outras palavras, o valor do método de intervenção está intimamente ligado com o contexto relacional onde é aplicado.

Fazendo agora uma breve análise aos modelos de intervenção que têm analisado a aliança terapêutica nas suas intervenções, a terapia cognitivo-comportamental é, sem dúvida, o modelo que mais importância atribui às suas técnicas, mais do que a relação terapêutica em si. Segundo a visão cognitiva e comportamental, os terapeutas comportamentais acreditavam que os resultados da intervenção dependiam, sobretudo, das técnicas específicas, assumindo que a relação terapêutica seria apenas um “estímulo neutro” com um impacto mínimo na eficácia da intervenção (Parpottas, 2012). Mais tarde, os terapeutas cognitivo-comportamentais consideraram a possibilidade de começar a trabalhar mais a relação terapêutica por si só (Gilbert & Leahy, 2007).

Olhando para o trabalho original de Bordin (1979) e, mais tarde, para a validação do trabalho de Horvarth (1994), a colaboração no trabalho psicoterapêutico poderá traduzir-se nas componentes da aliança terapêutica, inseridas na terapia cognitivo-comportamental. Contudo, a literatura demonstra que tem sido dado mais ênfase ao sucesso de algumas técnicas específicas tanto na terapia cognitiva como na comportamental, enquanto que a relação terapêutica é vista como facilitadora na implementação dessas técnicas (Rector et al., 1999). Infelizmente, muitos terapeutas cognitivistas e comportamentais ignoram a relação terapêutica, excluindo-a das suas teorias e não entendem, desta forma, como a aliança poderá afetar o processo terapêutico e os resultados da terapia cognitivo-comportamental (Parpottas, 2012).

2.2. Investigação em aliança terapêutica

A investigação recente acerca do processo terapêutico tem demonstrado que este não incide apenas sobre as técnicas utilizadas pelos terapeutas, mas sim como se deve intervir para alterar as características sociais, emocionais e comportamentais do cliente. Entender como a terapia funciona poderá ajudar a identificar os moderadores da intervenção, como por exemplo as variáveis que uma determinada intervenção poderá depender. Por moderadores, entende-se as características que influenciam a extensão na qual a mudança ocorre. Na intervenção com crianças, no qual se insere a presente dissertação, existe um número ilimitado de moderadores que poderão influenciar os resultados, tais como as características da criança (idade, severidade da patologia, comorbilidade), os pais (psicopatologia, stresse), família (agregado, relacionamentos, discordância) e o contexto social (escola, local de habitação, cultura). Os mecanismos de mudança terapêutica (processo ou eventos que levam e causam a mudança terapêutica), por sua vez, são raramente estudados na intervenção com crianças e adolescentes (Barber, Connolly, Christoph-Crits, Gladis, & Siqueland, 2000).

Em diferentes terapias, a aliança terapêutica demonstrou ser um forte indicador com resultados positivos. Marmar, Gaston, Gallagher e Thompson (1989) avaliaram a aliança terapêutica através da escala California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS), concluindo que a mesma estava relacionada com bons resultados nas intervenções comportamentais e cognitivas. Contudo, segundo Barber e colaboradores (2000), esta afirmação é sujeita a algumas dificuldades de compreensão, ou seja, uma aliança terapêutica positiva no início da intervenção poderá estar associada à mudança que já tinha ocorrido na psicoterapia. Quer isto dizer que os clientes que melhoram a sua sintomatologia após algumas sessões tendem a ver o seu terapeuta e a terapia como positivas. Assim, será importante questionar se é a aliança terapêutica o preditor do resultado, a melhoria precoce da intervenção ou os dois fatores interligados. No estudo de Barber e colaboradores (2000), foi demonstrado que a aliança terapêutica nas sessões 2, 5 ou 10 prediziam mudanças significativas nos sintomas. O estudo revelou ainda que a melhoria dos sintomas estava associada com o nível da aliança. Assim, os clientes que apresentam resultados positivos na redução de sintomatologia tendem a ter um vínculo mais forte com o seu terapeuta.

Embora os estudos demonstrem que a aliança terapêutica está relacionada com a mudança, prevendo melhorias no tratamento (Kazdin & Nock, 2003), a garantia de que é eficaz em crianças e adolescentes é muito menor à dos adultos. Este facto poderá dever-se à pouca investigação acerca do processo terapêutico e desenvolvimento da aliança terapêutica na faixa etária em questão (Digiuseppe et al., 1996). Quanto à eficácia da intervenção psicológica, é aceite que as crianças que integram uma intervenção psicoterapêutica apresentam melhores resultados comparativamente com aquelas que não integram (Kazdin, 2003).

Ainda nesta temática, para a presente dissertação importa fazer referência entre a relação da duração da intervenção e o sucesso da mesma. Salzer, Bickman e Lambert (1999) apresentam diversos

estudos meta-análise dos quais não apresentaram nenhuma relação significativa entre a duração da intervenção e a eficácia da mesma (Smith, Glass, & Miller, 1980; Shapiro & Shapiro, 1982; Miller & Berman, 1983; Robinson, Berman, & Neimeyer, 1983, cit in Salzer et al., 1999). Estes autores remetem, no entanto, para uma outra meta-análise realizada no mesmo ano, referente ao treino de competências sociais com crianças que mostrou tendência para efeitos positivos a curto-prazo. Assim, entre os múltiplos fatores, o tipo de intervenção e a duração da mesma poderá contribuir para os resultados positivos do processo terapêutico. Por sua vez, Salzer e colaboradores (1999), no seu estudo, apresentam uma relação significativa entre o número de sessões e a melhoria registada. Contudo, os clientes com maior número de sessões eram aqueles que apresentavam maior gravidade sintomatológica.

Fazendo, agora, referência às características do terapeuta no estabelecimento de uma aliança, os terapeutas que conseguem estabelecer alianças de qualidade são considerados empáticos, calorosos e genuínos (Mitchell, Bozarth, & Kraut, 1977), flexíveis (Kivlighan, Clements, Blake, Arnzen, & Brady), que apresentam níveis baixos de hostilidade dirigida a si próprio, maior suporte social e conforto nas relações interpessoais (Dunkle & Friedlander, 1996). Além disso, existe uma diversidade de técnicas que parecem influenciar a aliança terapêutica, tais como a exploração, a reflexão, aprofundar o nível da sessão, salientar os ganhos terapêuticos, facilitar a expressão de afeto, fazer interpretações adequadas, atender à experiência do cliente, compreender e validar essa experiência (Ackerman & Hilsenhorth, 2003) (cit in Ribeiro, 2009).

2.3. Aliança terapêutica com crianças e adolescentes

Apesar da aliança terapêutica em crianças e adolescentes contar já com um longo período de história, desde o trabalho de Anna Freud (1946), a investigação nesta área é relativamente recente. Shirk e Karver (2003), na sua meta-análise, evidenciaram uma grande discrepância de estudos realizados com a população infantil (n=23), comparativamente com a população adulta nos estudos de Horvath e Bedi, cerca de 2000 estudos (cit in Kazdin, Marciano, & Whitley, 2005). Apesar da escassa investigação na psicoterapia com crianças e adolescentes, os investigadores têm usado o conhecimento existente, associado ao que a investigação com adultos tem revelado, descurando alguns fatores específicos essenciais, como por exemplo a participação dos pais na intervenção psicológica. De facto, Shirk e Karver (2003) afirmaram que a investigação da aliança terapêutica com crianças e adolescentes levanta desafios especiais. Neste sentido, Bickman e colaboradores (2004) afirmaram que a aliança é mais importante em contextos de saúde mental com crianças comparativamente com os adultos. Isto porque, também, os estudos têm-se centrado na psicoterapia com adultos que procuram apoio psicológico voluntariamente. Tal não acontece com as crianças que, na maioria dos casos, surgem na consulta de psicologia por pedido dos pais ou instituições. Além deste fator, é necessário ter em conta que, muitas vezes, os jovens surgem na consulta devido a problemas com os seus pais, outros

adultos ou grupo de pares. Neste sentido, Shirk e Saiz (1992) consideraram que a capacidade para o terapeuta formar, modelar e manter uma aliança positiva com a criança poderia ser benéfico para os resultados positivos da intervenção.

Uma questão inicial a ter em conta será o desenvolvimento da aliança nesta faixa etária. Assim, enquanto que na terapia com adultos o seu desenvolvimento passa pelo acordo dos objetivos e tarefas para alcançá-los (Bordin, 1979), na terapia com crianças e mesmo com muitos adolescentes, este acordo poderá exceder as suas capacidades cognitivas. Por exemplo, o desenvolvimento cognitivo das crianças poderá limitar a sua capacidade em compreender a ligação que existe entre as tarefas específicas da terapia e os objetivos terapêuticos a alcançar (Shirk, 1988). Num estudo com crianças em acompanhamento psicoterapêutico, Hawley e Weisz (2003) estudaram o acordo dos objetivos a serem abordados na terapia junto dos pais e das crianças. O estudo demonstrou que mais de 75% da tríade iniciou a intervenção sem acordo, enquanto que quase metade não conseguiu chegar a um acordo acerca de um domínio sobre o problema. Este estudo demonstrou também a maior facilidade dos terapeutas chegarem a um acordo com os pais comparativamente com as crianças. Deste modo, ainda não é claro se o acordo entre a tríade acerca dos objetivos a alcançar não será um melhor indicador dos resultados terapêuticos. Estas preocupações levaram alguns investigadores a sugerir que a colaboração para as tarefas seja avaliada através da observação em vez do auto-relato (Karver et al, 2008).

Uma importante diferença entre a psicoterapia com adultos e crianças e adolescentes, prende-se com o envolvimento de outros membros familiares. Em parte, os pais da criança/adolescente estão envolvidos no sentido de fornecer dados sobre o cliente e apoiar nas tarefas de intervenção fora da psicoterapia. Desta forma, o terapeuta depara-se com um conjunto de objetivos a alcançar, que muitas vezes é divergente entre os pais e os jovens (Shirk, Karver, & Brown, 2011). Assim, ao contrário da intervenção em psicoterapia com adultos, os terapeutas vêem-se confrontados com o estabelecimento e manutenção de uma aliança com os jovens e os seus pais. Possivelmente, os resultados das alianças entre os mesmos relacionam-se de forma diferente. Por exemplo, o estudo de Hawley e Weisz (2005), demonstrou que a aliança terapêutica com pais permitiria uma participação constante na terapia, nomeadamente no treino de competências parentais, enquanto que a aliança em jovens estava associada à mudança de sintomas. Assim, estes resultados sugerem que uma forte aliança com os pais é importante para a continuidade na intervenção, ao passo que a aliança com jovens poderá ser o mais crítico para os resultados da intervenção. Nesta área de investigação, em 1986, Pinsof e Catherall definiram a aliança terapêutica numa perspetiva sistémica e interpessoal, descrevendo três níveis da aliança: no primeiro nível, é estabelecida uma aliança com cada membro da família, sendo esta definida como *aliança individual*; no nível intermédio, a aliança é estabelecida com o subsistema, ou seja, pais, crianças, professores, etc., sendo apresentada como *aliança do subsistema*; e, por fim, no último nível pretende-se que o terapeuta possua uma aliança integral como todo o sistema envolvido na terapia.

Quanto aos modelos de intervenção psicológica existentes, quando a aliança terapêutica é estudada de forma individual em terapia com crianças e adolescentes, a associação entre a aliança e os resultados variam de acordo com a terapia cognitivo-comportamental e intervenções não comportamentais. Uma possibilidade, prende-se com o facto da aliança terapêutica, enquanto mecanismo de mudança, ser menos importante nas terapias cognitivo-comportamentais, ou seja, as técnicas de intervenção tais como reestruturação cognitiva ou exposição gradual, poderão ocultar as técnicas não específicas, como a aliança terapêutica. Assim sendo, a aliança poderia prever melhores resultados em intervenções com jovens que enfatizam mais os fatores como o suporte do terapeuta, atenção, empatia, em vez de intervenções com técnicas específicas (Shirk et al., 2008). Em alternativa, a aliança terapêutica poderá ser fundamental para a intervenção cognitivo-comportamental em jovens, na medida em que uma aliança terapêutica positiva promove a participação nas sessões (Kendall, 2006; Shirk & Karver, 2006, cit in Shirk et al., 2008). Do mesmo modo, Karver e Shirk (2006, cit in Shirk et al., 2008) no seu estudo com adolescentes suicidas, demonstraram que uma aliança terapêutica precoce é um fator preditivo de uma subsequente colaboração em tarefas de resolução de problemas entre os adolescentes suicidas na intervenção cognitivo-comportamental. Deste modo, a aliança terapêutica poderá estar relacionada com os resultados positivos através da participação ativa nas sessões da intervenção cognitivo-comportamental.

Por sua vez, Kazdin e colaboradores (2005), demonstraram que, em crianças com problemas disruptivos do comportamento, a aliança promove o progresso terapêutico individual e estratégias de resolução de problemas. A aliança demonstrou associações significativas entre a 4ª e 8ª semana em relação aos resultados terapêuticos. Estudos posteriores focaram-se diretamente na relação entre a aliança terapêutica e os resultados, constatando assim que é possível que a aliança esteja indiretamente relacionada com os resultados na terapia cognitivo-comportamental com jovens. Especificamente, a aliança poderá potenciar a participação na intervenção. Estes autores (2005) demonstram a partir dos resultados da sua investigação que, quanto mais positiva a aliança entre o terapeuta, criança e pais ao longo do processo terapêutico, maior será a mudança na criança e as técnicas terapêuticas são entendidas pelos pais como mais aceitáveis. Segundo estes autores, a formação da aliança terapêutica ocorre em três momentos: antes, durante e no final da intervenção. Um ano mais tarde, Kazdin, Whitley e Marciano (2006) decidiram realizar um novo estudo com o objetivo de resolver algumas questões que não estavam esclarecidas no estudo anterior. Concluíram que quanto melhor for a qualidade da aliança terapêutica entre os pais e o terapeuta, e a criança e o terapeuta, maiores serão as mudanças à volta das crianças. O estudo demonstrou, também, que a aliança entre os pais e o terapeuta estava relacionada com uma melhoria nas capacidades parentais e na interação que estes têm com os seus filhos em casa.

Tendo em consideração as diferentes fases de desenvolvimento desde a infância até ao final da adolescência, será pertinente fazer referência às diferentes idades no processo terapêutico. Shirk e Saiz (1992) afirmaram que as crianças mais velhas apresentam maior capacidade de *insight* e necessidade

de mudança, fortalecendo assim a aliança terapêutica. De facto, o estudo de Bickman e colaboradores (2004) demonstrou que os jovens com menos de 17 anos tendem a perceber a aliança de forma menos positiva do que o terapeuta; aos 17 anos tendem a percebê-la de forma semelhante; e, com mais de 17 anos, tendem a sentir mais positivamente a aliança em relação ao seu terapeuta. Contudo, o estudo de DeVet, Kim, Charlot-Swilley e Ireys (2003) demonstrou que as crianças mais velhas, comparativamente com as mais novas, estavam relacionadas com relações menos próximas em relação ao terapeuta, podendo dever-se ao facto de a adolescência ser um período marcado pela autonomia e identidade, tornando-se mais difícil de recorrerem à psicoterapia. Além disso, Diguseppe e colaboradores (1996), afirmaram que os jovens estão muito menos propensos em chegar a um acordo sobre os objetivos e as tarefas da terapia. Assim sendo, sugerem que o problema da intervenção com crianças e adolescentes é a dificuldade em não se chegar a um acordo quanto aos objetivos e tarefas. O tipo de problemas emocionais e desenvolvimentais poderão também moderar o estabelecimento da aliança terapêutica (Diguseppe et al., 1996; Skirk & Saiz, 1992), sendo que os jovens com problemas de internalização podem formar uma aliança terapêutica mais facilmente do que os jovens com problemas de externalização, devido à sua maior necessidade na redução do desconforto interno e na redução dos problemas com a figura de autoridade (Diguseppe et al., 1996).

Alguns estudos em torno da aliança terapêutica defendem que o seu desenvolvimento é importante e que existe, também, uma evidência de que a natureza da relação entre aliança terapêutica e os resultados terapêuticos pode variar de acordo com grupos específicos de adolescentes (Diguseppe et al., 1996; Florsheim, Shotorbani, Guest-Warnick, Barrat, Hwang, 2000; Green, 2006). Além disso, Shirk e Karver (2003) referem que um pequeno mas crescente grupo de estudos têm demonstrado que a aliança terapêutica encontra-se incluída nas variáveis terapêuticas que estão associadas a resultados positivos na terapia com crianças e adolescentes. Contudo, parte desses estudos avaliou uma grande relação de variáveis, como a empatia do cliente e o clima da terapia, em vez da aliança terapêutica por si só, sendo que muitas dessas variáveis estavam relacionadas com os resultados terapêuticos. Os resultados da meta-análise de Shirk e Karver (2003) demonstraram uma relação entre a aliança e os resultados de acordo com diversos modelos de intervenção psicológica. Assim, estes resultados sugerem que a aliança terapêutica foi modestamente associada com os resultados de intervenção, não só entre os diversos tipos de intervenção, mas também em diferentes níveis de desenvolvimento.

2.4. Avaliação da Aliança Terapêutica com crianças e adolescentes

É possível que a formação da aliança terapêutica seja mais lenta na psicoterapia com jovens, comparativamente com os adultos, e, por isso, é mais adequado que a avaliação seja feita após algumas sessões de intervenção do que no início do processo. Mais concretamente, contudo, é a possibilidade da avaliação posterior ou tardia da aliança terapêutica ser confundida com os resultados terapêuticos. (Feeley, DeRubeis, & Gelfand, 1998).

A fonte de informação parece também assumir um papel importante na associação entre a aliança e os resultados. Ao contrário das descobertas na literatura com adultos, no qual demonstra que o cliente é o melhor indicador de resultados terapêuticos (Horvath & Symonds, 1991), os resultados da meta-análise de Shirk e Karver (2003) sugerem que o terapeuta foi mais associado aos resultados comparativamente com as crianças e adolescentes, podendo dever-se ao facto dos jovens não terem competências cognitivas sociais para avaliar com precisão a relação terapêutica ou serem demasiado positivos nas suas avaliações comparativamente com os adultos. Para apoiar esta última possibilidade, existe um número muito limitado de estudos que demonstra que os jovens tendem a aglomerar as suas respostas perto da pontuação máxima (Kendall, 1994; Kendall, Flannery-Schroeder, & Panichelli-Mindell, 1997; Smith-Acuna, Durlak, & Kaspar, 1991). Os resultados deste estudo demonstrou que a associação entre o resultado e a aliança terapêutica podem ser influenciados pela fonte de informação. Neste sentido, tanto a aliança terapêutica como os resultados deverão ser avaliados por múltiplos informadores.

3. Teoria da vinculação

3.1. Origem e evolução histórica

Vimos, até então, o conceito de aliança terapêutica. Fazendo agora referência à teoria da vinculação, na qual centraremos a presente dissertação juntamente com a aliança terapêutica, reportamo-nos à teoria de Bowlby (1951, cit in Bretherton, 1992). Este investigador, no seu primeiro estudo a pedido da Organização Mundial de Saúde sobre crianças sem família, demonstrou que para a criança experienciar uma saúde mental positiva, a mesma teria de experienciar uma relação afetuosa, íntima e contínua com um cuidador de cuidados primários, podendo ser o pai ou a mãe, na qual ambos pudessem encontrar satisfação e prazer (Barlow, 2003).

Bowlby (1973) desenvolveu a teoria da vinculação para explicar a natureza da relação entre a criança e o seu pai/mãe na função biológica e para ter em consideração as respostas comportamentais instáveis observadas em crianças expostas à separação de figuras de vinculação significantes, como a mãe. De acordo com Bowlby (1973), o padrão de vinculação permanecerá ao longo da vida com outras figuras de vinculação, incluindo o amor romântico e a relação conjugal. Segundo este autor, a vinculação era inicialmente descrita como qualquer tipo de comportamento que resultava na capacidade em aproximar-se ou afastar-se de um indivíduo preferido, sendo este geralmente percebido como um elemento mais forte ou inteligente. Contudo, a literatura demonstra que o comportamento do prestador de cuidados primários tem uma função complementar ao comportamento de vinculação da criança. Deste modo, o papel de prestador de cuidados é caracterizado pela disponibilidade e responsabilidade em relação à criança, como e quando a mesma quer e precisa.

Quando a criança se aproxima de situações problemáticas ou ameaçadoras, a função do cuidador é intervir como papel secundário (Ainsworth, 1989).

Outra importante autora nesta área foi Mary Ainsworth. Esta autora desenvolveu uma observação naturalista com base nos efeitos de separação, identificando cinco fases para o desenvolvimento da vinculação e identificou pela primeira vez a *base segura*, no qual a criança pode explorar o mundo com segurança. Em adição, formulou o conceito de sensibilidade maternal em relação aos sinais da criança (Bretherton, 1992).

Ainsworth propõe uma situação constituída por sete episódios de separação e união, até hoje conhecida como situação estranha, com o objetivo de estudar o desenvolvimento da vinculação. Os resultados do estudo publicados por Ainsworth, Blehar, Walters e Wall (1978, cit in Gonçalves, 2008), demonstram os três principais estilos de vinculação, até hoje conhecidos e utilizados: *inseguro-evitante*, caracterizado por comportamentos de evitamento em relação à figura de vinculação, ignorando-a ou afastando-se dela. Para além disso, a criança não revela tendência nem para resistir ativamente ao contacto físico nem para protestar com a sua ausência. O grupo *seguro* é caracterizado pela procura ativa de proximidade e interação com a figura de vinculação. Quando o contacto entre a criança e a figura de vinculação é estabelecido, a criança procura mantê-lo. O grupo *inseguro-ambivalente/resistente* é caracterizado pela simultaneidade de comportamentos resistentes ao contacto e comportamentos de procura de contacto com a figura vinculativa. A procura ativa de contacto impede ou dificulta a exploração do meio, sendo que, por outro lado, a criança não revela ou revela pouco evitamento. Contudo, demonstra comportamentos que manifestam irritação ou passividade.

3.2. Estilos de vinculação

Segundo Bretherton (1985), a vinculação segura desenvolve-se em contexto relacional. Neste contexto, o cuidador reconhece os sinais e as comunicações transmitidas pela criança, respondendo adequadamente a esses sinais, modelando assim a ativação emocional negativa. Assim, aumenta a probabilidade do bebé desenvolver um modelo interno dinâmico dos cuidadores como um refúgio de segurança nos momentos de mal-estar e como uma base segura, a partir da qual explora o mundo.

Os sujeitos com vinculação segura foram também descritos como indivíduos que possuem representações mais favoráveis de si e dos outros. Verifica-se, também, uma associação negativa entre a vinculação segura e vários indicadores de mal-estar psicológico, tais como depressão (Levy, 2000; Searle, 1998), agressividade (Jordam, 2000), consumo de álcool e drogas (De-Wit, Embree & De-Wit, 1999), raiva e ansiedade (Searle, 1998). Por sua vez, Waldrom (1995) encontrou associações significativas entre um padrão de vinculação seguro e uma melhor percepção do suporte social (cit in Pacheco, Costa & Figueiredo, 2003).

As crianças com um padrão de vinculação ansioso-ambivalente, embora procurem interação com os pares, demonstram ser pouco competentes neste contexto, com baixas competências na

iniciação e manutenção das relações (Sroufe, Egeland, Carlson & Collins, 2005). Em relação a situações de conflitualidade social, demonstram ser menos persistentes na tentativa de resolução de problemas e, frequentemente, tendem a retirar-se da situação. No que concerne ao relacionamento interpessoal, apresentam dificuldades em lidar com novos desafios cognitivos com elevada estimulação, sendo mais hesitantes e menos exploradoras de novos objetos, e menos eficazes na resolução de tarefas problemáticas.

Relativamente às crianças com um padrão de vinculação inseguro-evitante, Sroufe e colaboradores (2005) descrevem-nas como maior dificuldade nas relações com os pares que implique contacto físico próximo e emocional, sendo estas crianças descritas como mais isoladas das outras ou emocionalmente mais distantes. Na relação com adultos, demonstram dependência através da procura de contacto.

Ainsworth et al., (1978, cit in Gonçalves, 2008), no seu estudo, concluíram também que a variável que mais distinguia o grupo seguro dos inseguros, seria a responsabilidade sensível, ou seja, a capacidade que a mãe tem para perceber, interpretar corretamente e responder adequadamente aos sinais e à comunicação da criança.

3.3. Modelos Internos Dinâmicos

A investigação em torno da vinculação tem-se baseado no pressuposto de que as atitudes em relação à interação com figuras próximas são mantidas ao longo do tempo através de modelos internos dinâmicos (Platts, Tyson & Mason, 2002). De acordo com este modelo, o funcionamento interno da criança muda como resultado de influências ambientais e genéticas. Assim, à medida que a organização interna muda, muda também o curso de desenvolvimento, os comportamentos observáveis e as situações que evocam esses comportamentos (Ainsworth, 1989). O modelo interno dinâmico da criança é organizado de acordo com as suas expectativas acerca do ambiente físico e das figuras de vinculação influenciando, assim, o seu afeto, comportamento e a percepção de si, dos outros e das relações (Benoit & Parker, 1994). Os modelos internos dinâmicos desenvolvem-se a partir da experiência de uma base segura com os prestadores de cuidados, contendo informações sobre o *self*, os outros e a relação que mantém com os outros. Estes modelos, em situações interpessoais, guiam a cognição, a emoção, e o comportamento, que estão relacionados com a vinculação. Contudo, quando estes modelos são mal adaptativos, podem ocorrer padrões disfuncionais de pensamentos, sentimentos e comportamentos, sendo que estes encontram-se relacionados com os padrões de vinculação prévios e atuais (Davila & Levy, 2006).

Chorpita e Barlow (1998) referem que o padrão de vinculação pode funcionar como uma ponte entre as experiências relacionais precoces e o desenvolvimento de esquemas. Outros autores afirmam que a vinculação segura promove a atenção focada na criança, encoraja a exploração do ambiente e ajuda no desenvolvimento de esquemas cognitivos. Por esta razão, indivíduos com o

padrão de vinculação seguro têm menos dúvidas em relação a si mesmos e sentem-se mais amados pelos outros comparativamente com indivíduos com um padrão de vinculação evitante. O grupo de indivíduos seguros vêem-se como mais confiantes em situações sociais e valorizam-se mais comparativamente com indivíduos com um padrão de vinculação resistente (Collins & Read, 1990).

A investigação demonstra que os padrões de vinculação tendem a tornar-se mais complexos à medida que o indivíduo estabelece mais relações e, também, quando troca o seu papel de cuidador para alvo de cuidado. Além do mais, as relações que são estabelecidas na infância diferem das relações que são estabelecidas na idade adulta, na medida em que estas têm diferentes funções: companheirismo, sentido de competência, ligação sexual e sentimento de partilha de objetivos (Platts et al., 2002).

3.4. Medidas de avaliação da vinculação

Referindo-nos, agora, à avaliação da vinculação, o artigo de Dwyer (2005) resume claramente o estado de arte da vinculação em idade escolar. Esta autora fala sobre o importância da avaliação da vinculação ter em consideração os aspetos desenvolvimentais, uma vez que o comportamento da vinculação altera-se após a infância e idade pré-escolar. Neste período, as crianças desenvolvem as suas capacidades cognitivas e sociais, começando a compreender a perspectiva dos outros. A presença ou ausência da figura parental, nesta altura, deixa de ter tanta importância, aumentando, por sua vez, a importância da expectativa acerca da responsividade e disponibilidade da figura de vinculação.

No seu artigo, Dwyer (2005) divide a sua revisão em medidas baseadas na entrevista e em medidas de auto-relato. Em relação às entrevistas, a literatura demonstra que é possível aceder à representação da vinculação através do conteúdo e qualidade das suas narrativas da relação com os pais, evocadas através da entrevista (Crowell, Fraley & Shaver, 1999). No que concerne às medidas de auto-relato, sabe-se que os indivíduos são capazes de descrever claramente os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos relativos à vinculação (Crowell et al., 1999) (cit in Gonçalves, 2008).

Como exemplo de algumas entrevistas utilizadas para a avaliação da representação da vinculação na infância e adolescência, faremos uma breve descrição dos instrumentos *Attachment Interview for Children and Adolescents* (IACA; Ammaniti, Van IJzendoorn, Speranza, & Tambelli, 2000; Ammaniti, Speranza, & Fedele, 2005, cit in Carvalho, 2007) e *Adult Attachment Interview* (AAI; George, Kaplan, & Main, 1985, cit in Main, 1996). Quanto à IACA, é um instrumento que avalia as representações da vinculação na infância e na adolescência em jovens com idades entre os 10 e os 14 anos. Adaptada através da AAI, avalia o estado mental relativamente à vinculação, e não a qualidade de uma relação em particular da vinculação. As questões têm o objetivo de abordar as memórias autobiográficas e os efeitos que estas representam na atual visão dos relacionamentos. A cotação é feita através de 12 escalas de nove pontos, avaliando a qualidade das relações passadas e

atuais, sendo possível classificar o indivíduo numa de quatro categorias, ou seja, vinculação segura, desligada, preocupada e não resolvida.

A *Adult Attachment Interview* (George et al., 1985, cit in Main, 1996) é uma entrevista semiestruturada e autobiográfica com 20 questões que avaliam a representação da vinculação no adulto, permitindo classificar o indivíduo em seguro/autônomo, inseguro/preocupado e inseguro/desligado. Esta entrevista incide sobre as relações com os pais ou outras figuras significativas na infância, acerca das suas experiências enquanto filho e acerca da influência destas relações precoces para o desenvolvimento da sua personalidade e crescimento.

4. Vinculação e aliança terapêutica como fatores de mudança em psicoterapia

4.1. Infância e Adolescência

Recuando ao trabalho de Anna Freud (1946), o seu estudo constatou que a vinculação afetiva entre criança e o terapeuta é um pré-requisito para todo o trabalho futuro. O vínculo emocional permitiria que a criança trabalhasse propositadamente nas tarefas e na terapia. Em contraste com esta perspetiva, os terapeutas têm dado maior ênfase à natureza “curativa” da relação terapêutica (Axline, 1947). Assim, a experiência da criança em relação ao seu terapeuta enquanto suporte e empatia é fundamental para a mudança em psicoterapia (Shirk & Russel, 1996; Wright, Everett, & Roisman, 1986). De acordo com o trabalho de Rogers (1957), a terapia não foi conceptualizada com um intuito de “curar”, mas sim como uma oportunidade de crescimento. As condições relacionais como a empatia, genuinidade e consideração positiva são vistas como “ingredientes” ativos na terapia (cit in Shirk et al., 2011).

Na intervenção psicológica com crianças e adolescentes, no que concerne à aliança terapêutica, o vínculo emocional parece ser um elemento fundamental. De acordo com o modelo teórico de Bordin (1979), existem três aspetos da aliança que são proeminentes na literatura com jovens: a relação, as tarefas e os objetivos. Pelo menos dois estudos falharam em apoiar este modelo. Estes estudos produziram um fator único de solução, sugerindo então que as características da aliança podem ser menos diferenciadas em idades mais jovens (Digiuseppe et al., 1996; Faw, Hogue, Johnson, Diamond, & Liddle, 2005). Outros estudos, por sua vez, demonstraram que o vínculo emocional (relação) e o envolvimento nas tarefas representam dimensões distintas mas correlativas na aliança (Shirk & Saiz, 1992). De acordo com as dimensões da relação, tarefas e objetivos, a aliança em jovens e adultos é distinguida por um número de fatores desenvolvimentais. Considerando, em primeiro lugar, o vínculo na terapia, Anna Freud (1946) notou que a relação entre a criança e o terapeuta poderá surgir de um largo número de fontes. Para muitas crianças, a relação com o terapeuta é uma oportunidade para satisfazer as suas necessidades que não estão disponíveis em outros contextos (Shirk et al., 2011). Nesta área, os sentimentos positivos da criança em relação ao seu terapeuta podem

estar ligados a aspetos que geralmente não são considerados na terapia, tais como a diversão ou estimulação. Nestes casos, não é claro se o vínculo reflete na experiência do cliente em relação ao terapeuta enquanto seu aliado ou valorizado como um colega (Shirk et al., 2011). Anna Freud (1946) distinguiu este tipo de relação da aliança. Mais tarde, o vínculo terapêutico é baseado na experiência do cliente face ao seu terapeuta enquanto alguém que se pode contar para ajudar nos problemas emocionais e comportamentais.

De outro modo, em psicoterapia, os clientes tendem a perceber a aliança terapêutica de forma diferenciada dos terapeutas, especialmente no início do processo terapêutico. Ou seja, enquanto que os terapeutas são influenciados pelos fatores teóricos, os clientes baseiam-se na sua experiência em terapia e dão atenção à dimensão do cuidado, aceitação, compreensão e conforto na ligação interpessoal (Kramer, Roten, Beretta, Michel, & Despland, 2008, cit in Ribeiro, 2009). A atenção que os clientes dão às respostas do terapeuta, geralmente é influenciada pelas representações acerca de si e dos outros no contexto de outras relações.

DeVet e colaboradores (2003), mencionaram várias hipóteses que poderão estar relacionadas com a formação de uma forte aliança terapêutica, entre as quais os trabalhos de Shirk e Saiz (1992). Estes autores colocaram a hipótese de a vinculação estar ligada a outros tipos de relacionamento, nomeadamente a relação com o terapeuta. Esta hipótese é fundamentada com o fato de as crianças com relações positivas com os seus pais serem capazes de criar expectativas favoráveis em relações com outras crianças. Deste modo, a vinculação segura precoce pode ter um papel importante no estabelecimento de uma aliança terapêutica positiva. Uma outra teoria importante levantada pelo estudo de DeVet e colaboradores (2003), é a teoria cognitiva social, que sugere que a autoavaliação e o padrão de vinculação têm um papel importante no desenvolvimento de uma aliança terapêutica positiva. Ou seja, se uma criança não se avalia como tendo a necessidade de mudança comportamental ou emocional, está à partida menos motivada para iniciar ou envolver-se no processo terapêutico.

Para além dos aspetos até referidos, é importante ainda salientar outros mecanismos que poderão estar na base da mudança em psicoterapia, tais como as expectativas dos pais e da criança/adolescente em relação à intervenção e à aliança terapêutica (Kazdin & Nock, 2003).

4.2. Adolescência

A formação da aliança terapêutica, tal como referido anteriormente, é especialmente desafiadora. Existem inúmeros factos que poderão explicar este fenómeno, sendo que o mais comum é o conflito entre o processo da terapia e uma das tarefas centrais para o desenvolvimento do adolescente: o aumento da autonomia. No contexto de intervenção psicológica, os adolescentes encontram-se maioritariamente relutantes em confiar nos adultos, incluindo os terapeutas, no apoio aos seus problemas. Esta tarefa torna-se ainda mais difícil pelo facto de os adolescentes serem habitualmente referenciados para a psicologia por outros adultos (Diguiseppe et al., 1996).

Shirk e colaboradores (Shirk et al., 2008; Shirk & Saiz, 1992) têm atribuído importância à experiência do adolescente em relação ao seu terapeuta no que diz respeito à confiança, segurança e responsabilidade como base para a colaboração terapêutica. Com base na teoria da vinculação (Bowlby, 1988), esta abordagem atribui importância à base segura para a relação terapêutica, no sentido em que o vínculo terapêutico é semelhante a uma relação de vinculação, permitindo desta forma ao adolescente sentir-se seguro em explorar os desafios emocionais que a adolescência apresenta. Além disso, o terapeuta representa a sensibilidade e a recetibilidade, no qual o adolescente pode encontrar segurança e proteção nos momentos de stress. Tal como demonstrado na literatura, os adolescentes desenvolvem relações íntimas com outras figuras significativas, tais como os amigos e outros adultos (Furman, Simon, Shaffer, & Bouchey, 2002). Na intervenção psicológica o vínculo é alcançado na medida em que o terapeuta é visto como um elemento de confiança. A ligação, assim, facilita o envolvimento na psicoterapia e a formação da aliança terapêutica poderá ser um processo de mudança (Shirk & Russell, 1996, cit in Shirk et al., 2010).

Em oposição, Diguseppe e colaboradores (1996) criticaram esta perspetiva pelo facto de a mesma não ter em consideração o conhecimento social das características da aliança terapêutica. Estes autores defendem que as teorias tradicionais da psicoterapia com crianças e adolescentes têm-se focado demasiado no vínculo como elemento necessário e suficiente para a mudança. De acordo com esta perspetiva, a componente central da aliança terapêutica consiste no acordo de objetivos terapêuticos e nos métodos para alcançá-los. Na ausência de acordo de objetivos, o terapeuta pode estabelecer uma relação terapêutica, mas nunca uma aliança.

Estas duas abordagens diferem nas estratégias adotadas para a formação da aliança terapêutica. Na medida em que a aliança representa uma base segura para as atividades psicoterapêuticas (Bowlby, 1988), uma das tarefas mais importantes para o terapeuta é a sua sensibilidade de resposta às experiências emocionais do adolescente. Num estudo relativamente recente, Karver e colaboradores (2008) descobriram que a baixa resposta dos terapeutas em relação às expressões emocionais dos adolescentes estava relacionada com uma baixa aliança terapêutica avaliada posteriormente. Por outro lado, Russell, Shirk e Jungbluth (2008) descobriram que os terapeutas que fornecem experiências positivas aos adolescentes e, posteriormente, integram as mesmas no seu modelo de intervenção, demonstram alianças mais positivas comparativamente com os terapeutas que não o fazem. Do mesmo modo, Diamond, Liddle, Hogue e Dakof (1999) descobriram que os terapeutas que atendiam intimamente à experiência do adolescente nas sessões iniciais, garantiam alianças mais positivas na terceira sessão.

Diguseppe e colaboradores (1996), de acordo com a natureza da formação da aliança terapêutica, propuseram que a formulação dos objetivos a alcançar e o motivo pelo qual o adolescente se encontra na psicoterapia são aspetos essenciais para a formação da aliança. Na interação entre a díade, as técnicas de intervenção precoces podem permitir que o adolescente experiencie que as mesmas são um cuidado sobre si por parte do terapeuta. Deste modo, os resultados obtidos no estudo

de Diamond e colaboradores (1999) reforçam a importância do estabelecimento de objetivos terapêuticos, ou seja, os adolescentes que apresentavam alianças mais fortes na terceira sessão, tinham terapeutas focados na discussão dos objetivos nas sessões iniciais.

Shirk e Karver (2006, cit in Shirk et al., 2010) desenvolveram um modelo de formação de aliança terapêutica com base nas componentes do modelo apresentado por Bordin (1979), colocando-as numa sequência temporal, ou seja: compromisso (*engagement*), aliança (*alliance*) e envolvimento (*involvement*). Na descrição de cada uma das sequências, o compromisso refere-se aos comportamentos e estratégias do terapeuta com o objetivo de promover a aliança, o envolvimento e a continuidade do processo. Por exemplo, o esforço do terapeuta para atender à experiência do adolescente e validá-la, assim como a formulação de objetivos terapêuticos a atingir, constituem-se como estratégias de compromisso. O envolvimento, por sua vez, refere-se ao nível de participação do adolescente na intervenção. Os terapeutas cognitivo-comportamentais, por exemplo, levam os clientes a adquirir estratégias de resolução de problemas como parte integrante do processo de intervenção, e o envolvimento é, então, medido pela participação ativa ou resistente do adolescente nas tarefas. A aliança, por fim, refere-se à experiência do adolescente em relação ao terapeuta, enquanto elemento em quem pode contar com a ajuda nos momentos de superação de problemas ou angústia.

O modelo apresentado por Shirk e Karver (2006, cit in Shirk et al., 2010) estabelece uma distinção entre as dimensões apresentadas por Bordin (1979), colocando-as numa sequência do processo. Neste sentido, o modelo permitirá avaliar as dimensões da aliança terapêutica individualmente, ou seja, as estratégias de envolvimento, por exemplo, poderão ser medidas através da observação, enquanto que a experiência do cliente em relação ao terapeuta poderá ser medida através de escalas de auto-relato. Este modelo tem sido útil para a compreensão das associações entre os processos da terapia e os seus resultados diretos e indiretos (Shirk et al., 2010).

5. Monitorização Psicoterapêutica

Durante décadas, e mesmo nos dias de hoje, a pesquisa acerca dos resultados terapêuticos incidiu-se em avaliações realizadas antes e depois da intervenção (intitulados *post mortem tests*). Embora esta avaliação seja importante, de forma a avaliar a eficácia das intervenções, esta apresenta algumas limitações, na medida em que os dados obtidos através deste estudo não poderão ser utilizados para influenciar positivamente o processo de intervenção individual. Assim, salienta-se a importância de uma monitorização ao longo do processo terapêutico com o objetivo de melhorar os resultados, mesmo que o cliente não experiencie nenhuma mudança ou até mesmo se verifique um agravar dos sintomas na intervenção (Evans, Mellor-Clark Barkham, & Mothersole, 2006).

Os resultados de uma pesquisa levado a cabo por Phelps, Eisman e Kohout (1998) sugeriram que 29% dos psicólogos licenciados utilizam uma medida de monitorização para os seus processos terapêuticos. Deste modo, verifica-se que mais de dois terços dos profissionais não utilizam medidas

de avaliação que possam demonstrar a eficácia das suas intervenções. Uma série de fatores poderá explicar este facto: Lambert e Hawkins (2004) referem que os planos curriculares da psicologia clínica são definidos para treinar os profissionais nas avaliações da personalidade, mas raramente incluem nos seus planos curriculares métodos e medidas de monitorização adequadas para a avaliação de resultados. Além disto, as normas da Associação Americana de Investigadores em Educação (AERA, 1999, cit in Lambert & Hawkins, 2004) fornece pouca informação acerca da utilização de medidas de monitorização psicoterapêutica.

A necessidade de obtenção de resultados positivos em psicoterapia é um facto e, de forma a diminuir os baixos resultados psicoterapêuticos ou insucesso, a monitorização regular através de medidas padronizadas, com o objetivo de controlar a resposta do cliente à intervenção, é para Lambert (2013) um procedimento lógico. Além de permitir uma gestão de resultados psicoterapêuticos, a recolha destas informações, posteriormente devolvida aos investigadores, permite que os mesmos façam alterações nas técnicas utilizadas em psicoterapia caso se verifique que os clientes não responderam positivamente à intervenção. Este sistema de monitorização tem sido utilizado em todo o mundo, embora com diferentes procedimentos específicos. Contudo, há uma característica comum: o processo de monitorização da evolução do cliente é feito ao longo de todo o processo psicoterapêutico.

A monitorização psicoterapêutica poderá ser feita através do preenchimento de medidas padronizadas do funcionamento psicológico, utilizando escalas de avaliação, sob o ponto de vista do cliente e entregues posteriormente ao terapeuta. Estas informações recolhidas ao longo do processo fornecem informações consideradas como uma garantia da qualidade da intervenção, permitindo a gestão de resultados positivos (Evans et al., 2006). Lambert (2007), no seu estudo, afirma que uma monitorização de resultados sistemática e o fornecimento de feedback aos pares ou aos supervisores, melhora os resultados dos clientes e assegura as atividades de supervisão mais ricas e bem direcionadas.

A evolução dos clientes pode ser medida e conceptualizada de diversas formas. Strupp e Hadley (1977) propuseram um modelo tripartido para os resultados na saúde mental. Estes autores sugeriram que as três partes relacionadas com os resultados terapêuticos são a sociedade, o cliente e o profissional de saúde mental. Com base nesta afirmação, Lambert (1983, cit in Lambert, 2013) sugeriu que a experiência subjetiva do cliente é o aspeto mais importante. Além disto, o funcionamento do cliente no seu papel social (e.g. trabalho) e as relações íntimas podem ser vistos como aspetos extremamente importantes para o bem-estar do indivíduo, da família ou da sociedade em geral. Os resultados psicoterapêuticos, tal como Strupp (1963) observou, é notoriamente mais amplo que as mudanças nos sintomas, incluindo mudanças na personalidade e na auto-organização.

A utilização de medidas de avaliação terapêutica é, no mínimo, eticamente correta por parte dos profissionais clínicos. Além disso, como já referido, um número crescente de estudos tem demonstrado que uma monitorização regular do processo de intervenção psicológica poderá contribuir para os resultados positivos do cliente (Lambert et al, 2003). Ao longo dos últimos anos, devido às

alterações nos cuidados de saúde, os profissionais confrontaram-se com a crescente pressão para demonstrar que a sua intervenção é eficaz. No que concerne à área da psicologia, uma monitorização de resultados, utilizando escalas de avaliação adequadas, permitirá avaliar empiricamente o impacto das intervenções nos cuidados de saúde. Contudo, apesar da investigação neste campo de investigação contar com largos anos, tem uma modesta influência na prática clínica, podendo dever-se ao facto de muitas medidas de avaliação que foram desenvolvidas não serem adequadas ou práticas para a utilização clínica regular devido à extensão das mesmas, custos ou mesmo devido à especificidade da população (Doerfler, Addis, & Moran, 2002).

5.1. Seleção de um modelo de monitorização psicoterapêutica

A seleção de um modelo de monitorização dos resultados terapêuticos exige, em primeiro lugar, a escolha de uma medida de resultados, sendo que a escolha de um instrumento não é uma decisão simples (Lambert & Hawkins, 2004). Froyd, Lambert e Froyd (1996) identificaram 1.430 medidas utilizadas em 334 estudos de resultados terapêuticos. Assim, questiona-se de que modo poderá o terapeuta selecionar uma medida de resultados credível. Lambert e Hawkins (2004) assumem que a consideração de três critérios apoia a seleção de uma medida de resultados. Deste modo, os autores afirmam que uma medida apropriada deve ser psicometricamente forte, aplicável e prática. Quanto às características psicométricas relevantes para a seleção das medidas de avaliação, estas são a confiabilidade, validade e sensibilidade à mudança. Estes autores apresentam um modelo conceptual de forma a auxiliar o terapeuta no processo de seleção sugerido por Lambert (1983) e aprofundado por Ogles, Lambert e Masters (1996, cit in Lambert & Hawkins, 2004), no qual propõem que as medidas de resultados devem ser caracterizadas pelo conteúdo, fonte, método de recolha de informação e orientação temporal de cada instrumento.

Especificamente, no que concerne ao conteúdo das medidas, este traduz-se no construto que um instrumento avalia, podendo abranger múltiplos construtos que incluem os sintomas de muitas perturbações mais comuns. Os itens que constituem uma grande parte dos instrumentos de monitorização de resultados procuram medir três áreas comuns, sendo elas as cognições individuais, o afeto e o comportamento. Além destes domínios, os instrumentos pretendem também medir o domínio social e interpessoal, apesar da sua avaliação ser geralmente em menor profundidade (Lambert & Hawkins, 2004).

Relativamente à fonte de medidas de resultados, Lambert e Hawkins (2004) referem que os investigadores apoiam a superioridade da utilização de várias fontes para medir o processo terapêutico. A utilização de múltiplos informadores do cliente não só fornece legitimidade às estimativas da mudança, como também diminuem as preocupações de possíveis enviesamentos relacionados com o relato dos clientes em relação à psicoterapia.

Quanto ao método de recolha de informação, é um elemento de extrema importância, uma vez que metodologias diferentes resultam em índices de mudança diferentes (Smith, Glass & Miller, 1980, cit in Lambert & Hawkins, 2004). Como exemplo disto, vários investigadores utilizaram várias abordagens para avaliar o resultado da psicoterapia, como a ansiedade geral (e.g. Symptom Checklist – 90-R) e índices específicos de resultados (e.g. Beck Depression Inventory), enquanto que outros autores enfatizam mais as observações comportamentais (ex., reações após a exposição a estímulos fóbicos) ou medidas de estado (e.g. reincidência). As diferentes abordagens influenciam a medida de mudança detetável no cliente, sendo que quanto maior for a especificidade do método, maior a mudança a ser registada. Por último, outros autores referem que os traços psicológicos, ou estados, deve ser a última característica a ser introduzida. Estes levantam a questão da capacidade de um instrumento medir estas características, sendo que são estas que geram o momento em que as avaliações são levadas a cabo. Por sua vez, os instrumentos menos maleáveis, que avaliam qualidades individuais, são criados para uso menos frequente, desde que o espaço de tempo entre as avaliações permita mudanças em características estáveis. Pelo contrário, os intervalos mais frequentes de avaliação são possíveis através de instrumentos desenvolvidos para medir estados permitindo aos investigadores, também, estudar padrões ao longo do tempo, uma vez que é possível recolher em vários momentos da intervenção (Lambert & Hawkins, 2004).

5.2. Instrumentos de monitorização psicoterapêutica

Os instrumentos mais frequentemente utilizados e amplamente aceites para a monitorização em psicoterapia com crianças e adolescentes são alguns questionários da bateria de *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA; Dias, Machado, Lima, & Gonçalves, 2007; Achenbach et al, 2014), nomeadamente a CBCL e a YSR; O *Behavior Assessment System for Children-2* (BASC-2; Reynolds & Kamphaus, 2004); e o *Youth Outcome Questionnaire* (Y-OQ; Burlingame, Wells, Lambert & Cox, 2004).

Apesar da CBCL e a YSR serem bastante utilizadas na monitorização psicoterapêutica, estes instrumentos, à semelhança do BASC-2, possuem um elevado número de itens, o que levou que à recomendação da sua administração em períodos de tempo mais largos (aproximadamente três meses). Por sua vez, o Y-OQ foi desenvolvido para a monitorização do processo terapêutico com adolescentes, sendo este instrumento breve, que possibilita a administração sessão após sessão, mantendo boas qualidades psicométricas. Este instrumento revelou-se útil para os clínicos e investigadores devido à sua maior sensibilidade à mudança sintomatológica comparativamente com as medidas anteriormente apresentadas (McClendon et al, 2011). Recentemente, com o objetivo de aceder a informações provenientes de múltiplos informadores e contextos, foi desenvolvido o *Brief Problem Monitor* (BPM, Achenbach, McConaughy, Ivanova & Rescorla, 2011), que se baseia nos itens dos questionários da ASEBA, possibilitando a recolha de informações de modo breve ao longo do processo de intervenção.

5.3. Projeto MIPA-Mobile

O projeto *MIPA-Mobile: Monitorização de Intervenção Psicoterapêutica com Adolescentes através de uma aplicação móvel* (Dias et al, no prelo) tem como objetivo desenvolver um modelo de monitorização psicoterapêutica com adolescentes com recurso a uma aplicação informática disponível numa variedade de plataformas móveis, integrando a informação de múltiplos informadores, tais como pais, adolescentes e professores. Este projeto visa avaliar as variáveis do bem-estar subjetivo e as variáveis relacionadas com o processo terapêutico (aliança terapêutica), e não só a mudança sintomatológica.

O modelo de monitorização psicoterapêutica que o presente estudo pretende testar diz respeito ao modelo proposto para o projeto MIPA-Mobile, utilizando os instrumentos de avaliação *Brief Problem Monitor* (BPM; Achenbach et al., 2011) para avaliar a resposta sintomatológica do adolescente às sessões; o *Questionário Pediátrico de Bem-estar, Satisfação e Qualidade de Vida* (QPBS; Endicott, Nee, Yang & Whollberg, 2006; versão em Português por Oliveira, Dias, Gonçalves, & Machado, 2008) para avaliar a perceção de bem-estar do mesmo; e o *Working Alliance Inventory* – versão para crianças e adolescentes e para adultos (WAI-CA; Figueiredo et al, no prelo; WAI, Horvath & Greenberg, 1989) para avaliar a variável do processo aliança terapêutica.

Atualmente, a garantia de que a aliança e a vinculação, por si só, estão associados aos resultados positivos na intervenção psicológica com crianças e adolescentes permanece ainda por resolver. Sabe-se, contudo, que os processos de relacionamento e as técnicas de intervenção representam uma relação positiva, permitindo uma melhor colaboração nas tarefas (Shirk & Russell, 1996, cit in Shirk & Karver). Por sua vez, a representação da vinculação assume igualmente um papel importante no estabelecimento de uma aliança terapêutica, na medida em que a vinculação terapêutica é comparada, segundo Shirk e colaboradores (2010), com outras relações de vinculação, permitindo à criança/adolescente que se sinta seguro para explorar os seus problemas/desafios. Deste modo, a ligação entre o cliente e o terapeuta facilitará o envolvimento na psicoterapia e a formação de uma aliança terapêutica, podendo levar à mudança em psicoterapia. Por último, de forma a encerrarmos este primeiro capítulo, a monitorização psicoterapêutica assume um papel bastante importante, na medida em que permite controlar a resposta do cliente à intervenção, podendo modificá-la ao longo da intervenção caso verifique que o cliente não está a responder positivamente. Deste modo, uma monitorização sistemática poderá contribuir para os resultados positivos da psicoterapia (Evans et al., 2006).

II. Método

1. Objetivo e fundamentação do método

O objetivo central deste estudo foi compreender a relação entre vinculação e aliança terapêutica como fatores de mudança na psicoterapia com crianças e adolescentes. Pretendeu-se, também, testar e avaliar um modelo de monitorização psicoterapêutica com esta população, sendo que este modelo encontra-se inserido no projeto MIPA-Mobile.

A metodologia adotada para o presente estudo de caso foi a metodologia qualitativa. Wiersma e Jurs (2009, cit in Arghode, 2012) referem a importância da percepção dos clientes na investigação de natureza qualitativa, com o objetivo de obter uma medida precisa da realidade. O paradigma interpretativo, que é a base desta metodologia (Firestone, 1987), procura explicar de que modo o conhecimento é construído e não apenas se este é ou não construído, permitindo assim a construção de uma base para futuras investigações (Arghode, 2012). Neste sentido, a utilização da metodologia qualitativa revelou ser a mais adequada para o presente estudo de caso, na medida em que o tema que se propôs a avaliar permanece ainda pouco estudado.

2. Objetivos específicos

Os objetivos específicos aqui apresentados são referentes à avaliação da relação entre vinculação e aliança terapêutica como fatores de mudança na psicoterapia com crianças e adolescentes e ao modelo de monitorização psicoterapêutica.

Especificamente, para o presente estudo pretendeu-se responder às seguintes questões:

- (i) De que modo o padrão de vinculação da adolescente estaria relacionado com a qualidade da aliança terapêutica?
- (ii) De que modo a aliança terapêutica entre a adolescente e o terapeuta estaria relacionado com uma evolução positiva da sintomatologia e do bem-estar e satisfação de vida?
- (iii) De que modo o padrão de vinculação dos pais estaria relacionado com a qualidade da aliança terapêutica?
- (iv) De que modo a aliança terapêutica entre os pais e o terapeuta estaria relacionada com a mudança terapêutica em relação à adolescente?
- (v) O modelo proposto se mostrou adequado à avaliação da mudança em psicoterapia

3. Participantes

O presente trabalho consistiu no estudo de caso de uma adolescente com 16 anos de idade e os seus respetivos pais. O mesmo foi acompanhado na Clínica Universitária de Psicologia (CUP) da Universidade Católica Portuguesa, sendo que os dados utilizados foram recolhidos com a colaboração do terapeuta da clínica. Pretendia-se, para o presente trabalho, seleccionar uma amostra de 6 crianças/adolescentes. Contudo, devido a dificuldades no recrutamento de participantes, optou-se por 1 estudo de caso.

4. Instrumentos

Tendo em consideração as variáveis do presente estudo, foram utilizados os instrumentos Inventário sobre a Vinculação na Infância e Adolescência (IVIA; Carvalho, Soares e Baptista, 2006, cit in Soares, 2007); Escala de Vinculação do Adulto (E.V.A.; Collins & Read, 1990; versão em português por Canavarro, Dias & Lima, 2006); Brief Problem Monitor (BPM; Achenbach et al., 2011); Questionário Pediátrico de Bem-estar, Satisfação e Qualidade de Vida (QPBS; Endicott et al., 2006; versão em português por Oliveira et al., 2008), e o Working Alliance Inventory – versão para crianças e adolescentes e para adultos (WAI-CA; Figueiredo et al, no prelo; WAI, Horvath & Greenberg, 1989).

Para o presente estudo de caso, utilizou-se o IVIA e a E.V.A. para avaliar a variável vinculação dos participantes; a WAI para avaliar a variável aliança terapêutica; e o BPM e QPBS para avaliar a variável da evolução sintomatológica e percepção de bem-estar da adolescente.

IVIA, Inventário sobre a Vinculação na Infância e Adolescência (Carvalho et al., 2006, cit in Soares, 2007)

É um questionário de auto e hetero-avaliação parental acerca de um conjunto de comportamentos e representações sobre a vinculação na infância e adolescência, permitindo medir características específicas que são únicas da vinculação segura e insegura. É constituído por 24 itens avaliados numa escala de *Likert* de 5 pontos, referindo-se à frequência de cada um dos pensamentos e comportamentos apresentados. Através do somatório dos itens é possível obter pontuações nas dimensões *vinculação segura, vinculação ansiosa/ambivalente e vinculação evitante*. As qualidades psicométricas do IVIA foram analisadas numa amostra de 577 crianças e adolescentes de ambos os sexos, com idades entre os 7 e os 17 anos e um dos progenitores. Os resultados do estudo suportaram os constructos teóricos com base nas medidas desenvolvidas: vinculação segura, ansiosa/ambivalente e evitante (Carvalho, 2007).

E.V.A., Escala de Vinculação do Adulto (E.V.A.; Collins & Read, 1990; versão em português por Canavarro et al., 2006)

No final da década de 90, Canavarro (1997) iniciou a validação da *Adult Attachment Scale* (Collins & Read, 1990), denominada em Portugal **Escala de Vinculação do Adulto** (E.V.A.). As dimensões avaliadas através desta escala são a vinculação ansiosa, segura e evitante (Canavarro et al., 2006). Quanto aos procedimentos de cotação nestas três dimensões, os itens são cotados numa escala tipo *Likert* de 1 a 5.

BPM, Brief Problem Monitor (Achenbach et al., 2011)

O BPM é um instrumento de administração breve (1-2 minutos) que avalia o funcionamento das crianças e as suas respostas às intervenções (RTI's) permitindo, deste modo, fazer uma monitorização regular do processo terapêutico. Este instrumento pode ser preenchido por múltiplos informadores, apresentado formas específicas para os mesmos. Ou seja, o BPM-P é destinado aos pais, membros da família ou responsáveis institucionais; o BPM-T é destinado para os professores, profissionais escolares, funcionários e observadores; o BPM-Y é para adolescentes com idades entre os 11 e os 18 anos. Todas as versões incluem itens para a avaliação dos problemas de Internalização (INT), Atenção (ATT) e Externalização (EXT) ao longo de períodos de avaliação selecionados pelo administrador (e.g. 5, 7, 14, 30, 45 dias). A soma de todos os itens permite obter a pontuação para o Total de Problemas (TOT). As escalas abrangem itens da Child Behaviour Checklist para idades compreendidas entre os 6-18 anos (CBCL), Teacher's Report Form (TRF) e Youth Self-Report (YSR).

WAI, Working Alliance Inventory (Horvath & Greenberg, 1989) e **WAI-CA** (Figueiredo et al, no prelo)

Este inventário é composto por 36 itens, cotados numa escala de *Likert* de 1 a 7 pontos (1 = nunca e 7 = sempre). O inventário possui três subescalas, sendo que cada subescala é composta por 12 itens: relevância e eficácia das tarefas terapêuticas (subescala das tarefas); a qualidade positiva da relação entre o terapeuta e o paciente (subescala da relação) e o grau em que o terapeuta e o paciente colaboram para a obtenção de determinados objetivos que partilham (subescala dos objetivos). Este inventário encontra-se validado para a população portuguesa (Machado & Horvath, 1999, cit in Costa, 2014), apresentando índices adequados de fiabilidade, com *alpha* de Cronbach de 0.95 na escala total; 0.93 na subescala das Tarefas; 0.87 para a subescala da Relação; e 0.8 para a subescala dos Objetivos. A versão para crianças e adolescentes (WAI-CA; Figueiredo et al, no prelo) baseia-se na versão para adultos, contemplando o mesmo número de itens, mas recorrendo a uma escala de resposta de 5 pontos (1 = nunca e 5 = sempre).

QPBS, Questionário Pediátrico de Bem-estar, Satisfação e Qualidade de Vida (Endicott et al., 2006; versão em português por Oliveira et al., 2008)

É um instrumento de rápida aplicação e análise com baixo custo, permitindo ser utilizado em diversos contextos de saúde, tais como clínicas de psicologia e serviços de saúde (serviços de pediatria, oncologia pediátrica e pedopsiquiatria). Este questionário poderá também contribuir para uma monitorização regular do nível de bem-estar e qualidade de vida em diversas áreas, assim como permitirá avaliar os resultados do processo terapêutico. É composto por 15 itens avaliados numa escala ordinal tipo *Likert* de 1 a 5 pontos (1= muito mal e 5= muito bem). Os itens incidem em aspetos do quotidiano relacionados com diferentes contextos de vida, assim como diferentes estados psicológicos. O último item do instrumento permitirá ao sujeito fazer uma avaliação global da sua experiência de bem-estar na última semana. A pontuação total varia de 1 a 75 pontos, sendo que quanto mais alta a pontuação, mais elevada é a perceção de qualidade de vida e bem-estar do sujeito.

O estudo psicométrico realizado em Portugal pelo grupo de investigadores Manuel Guedes de Oliveira, Pedro Dias, Miguel Gonçalves e Bárbara César Machado, permite comprovar a validade e fidelidade do instrumento, tanto a nível de consistência interna, como ao nível da sua estabilidade temporal. Relativamente à consistência interna, o resultado (0.85) encontra-se próximo do obtido (0.87) pelos autores do artigo original (Endicott et al., 2006). Quanto à estabilidade dos resultados, verificou-se um elevado valor de correlação teste-reteste, aproximando-se do valor obtido no artigo original. Os resultados do estudo demonstram ainda diferenças em função da idade e do sexo. Assim sendo, comparativamente com os adolescentes, as crianças têm perceções mais positivas relativamente à sua qualidade de vida. As raparigas, por sua vez, apresentam valores mais favoráveis do que os rapazes, sendo que estes resultados relacionam-se com os encontrados no estudo original (Endicott et al., 2006). Em termos de diferenças de género por idades, o estudo demonstra que as diferenças são maiores no grupo de adolescentes (Oliveira et al., 2008).

5. Procedimentos de recolha de dados

No primeiro contacto, os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo. Como tal, foi solicitado o consentimento informado dos participantes, através da assinatura de um documento que inclui os objetivos do estudo, procedimentos, possibilidade de desistência sem dano e registo de dados, garantindo aos participantes o sigilo profissional dos dados.

Os instrumentos foram aplicados em períodos distintos. Assim, os instrumentos de avaliação da vinculação foram administrados no início do processo terapêutico e os instrumentos para a aliança terapêutica e resposta à intervenção foram administrados ao longo do processo. Mais especificamente, os instrumentos E.V.A. e IVIA foram fornecidos juntamente com o respetivo consentimento informado aos pais e à adolescente na primeira consulta psicoterapêutica de forma a avaliar o padrão de vinculação dos mesmos e obter informações sociodemográficas, sendo que estes instrumentos/consentimento informado foram devolvidos na sessão seguinte.

Os instrumentos de monitorização psicoterapêutica BPM (BPM-Y; BPM-P) e QPBS foram administrados ao longo do processo terapêutico. Assim, os instrumentos QPBS e BPM foram administrados à adolescente (BPM-Y) e a um dos pais (BPM-P), tendo sido na maioria das vezes preenchido pela mãe, de forma a avaliar o comportamento da criança/adolescente e a sua resposta à intervenção, com o objetivo de perceber se existiam mudanças comportamentais e de perceção de bem-estar ao longo do processo terapêutico. A periodicidade de aplicação dos instrumentos foi ao longo do processo terapêutico, sessão a sessão, especificamente para estes dois instrumentos. Quanto aos inventários de aliança terapêutica WAI e WAI-CA, a versão para crianças e adolescentes foi preenchido após a 4^a e a 7^a sessão para a adolescente e a 5^a e 7^a sessão para os pais (sendo que o acompanhamento junto dos pais terminou na segunda sessão terapêutica para os mesmos, na qual foi feita a comunicação de resultados da avaliação feita à adolescente e apresentado a plano de intervenção psicológica).

Na tabela que de seguida é apresentada encontra-se o cronograma para a administração dos instrumentos de avaliação que foi previamente definido no início do estudo. Importa referir que ao longo da recolha de dados, o instrumento de avaliação WAI-C não foi preenchido nos momentos previstos, devido a constrangimentos práticos, tendo assim existido uma ligeira alteração no período dos mesmos.

Tabela 1. Cronograma para administração de medidas de avaliação

Instrumentos/Inventários			
IVIA	1 ^a sessão	x	x
E.V.A.	1 ^a sessão	x	x
BPM	*	*	*
WAI-CA	x	4 ^a sessão	7 ^a sessão
WAI	x	4 ^a sessão	7 ^a sessão
QPBS	*	*	*

*aplicados em todas as sessões de intervenção psicológica

6. Descrição do caso clínico

A presente descrição do processo inclui as informações que foram recolhidas junto da psicóloga da Clínica Universitária de Psicologia (CUP) da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa que acompanhou o processo de intervenção psicológica. As três primeiras sessões foram acompanhadas em simultâneo por uma co-terapeuta estagiária da CUP que forneceu os seus relatórios com a descrição de cada sessão e da reunião com o Diretor de Turma da

participante, sendo que as informações recolhidas sobre as consultas posteriores foram recolhidas presencialmente junto da psicóloga. Os nomes que de seguida serão apresentados são fictícios, de forma a manter a confidencialidade dos participantes.

Na primeira sessão psicoterapêutica, dirigida à Maria (adolescente), foi definido como objetivos estabelecer uma aliança terapêutica com a cliente, aprofundar o pedido da consulta, recolher os dados anamnésicos e explicar como se processa a intervenção psicológica.

Maria, uma adolescente com 16 anos de idade, nasceu no dia 02 de Junho de 1998 e vive com os pais, sendo filha única. Frequenta o 10º ano de escolaridade e apresenta-se à consulta por pedido dos pais. Segundo os mesmos, a adolescente apresenta um estado de ansiedade permanente, bem como falta de auto-confiança. Esta situação já existia, tendo-se agravado com a mudança de escola, do 9º ano para o 10º ano, e com a falta de resultados escolares desejados tendo em conta o trabalho que executa. Há uma repetição sistemática de verificação de conhecimentos, bem como incapacidade na gestão do tempo. Segundo os pais, compara-se sempre com os melhores, que numa situação normal poderá ser benéfico, mas neste caso tem um efeito negativo.

A Maria mudou de escola no início do ano letivo transato, passando de uma escola secundária pública para um colégio privado (transitou do 9º ano para o 10º ano de escolaridade), sentindo dificuldades na adaptação à nova escola (*“a vida não me está a correr bem”*). Teve média de 15 valores, contudo, não é suficiente para ingressar no curso que pretende seguir: medicina ou engenharia genética. A adolescente relata que outrora estudava pouco, apenas na véspera dos testes, e tirava 5, mas atualmente as disciplinas são mais exigentes e, assim, tem de estudar mais e fica nervosa antes dos testes. Refere, ao longo da consulta, que por vezes fica com as mãos a tremer antes dos testes e o seu ritmo cardíaco aumenta, pensando que não terá uma boa nota. Refere, também, que a sua turma é muito competitiva e todos os testes contam para a média, tendo dificuldades em descentrar-se da mesma.

A adolescente pratica atletismo há aproximadamente dois anos e refere que não sente sintomas de ansiedade antes das competições que participa. Quando é questionada acerca daquilo que deseja mudar em si, afirma que é *“fica com mais auto-confiança”*, *“ser menos ansiosa”* e *“ser mais feliz”*.

Relativamente ao seu percurso escolar, a Maria frequentou o jardim-de-infância desde os 3 anos, sendo neste contexto onde conheceu a maioria dos seus amigos que a acompanharam até ao 9º ano de escolaridade. Por sua vez, no que concerne às relações e atividades sociais, afirma que nos seus tempos livres gosta de conversar com as amigas, ver televisão, ler e passear com os pais. Nas férias gosta da praia e do campo. Quanto à sua rede de suporte social, refere que não tem uma melhor amiga, embora já tivesse no passado, quando era pequena, mas afirma ter sido uma experiência negativa, pois a sua ex-melhor amiga passou a dar-se com outra amiga e a Maria sentiu-se traída. Refere, também, que convive com os primos e não costuma sair à noite nem ir a festas (*“cada coisa no seu tempo”*). Já na relação familiar entre a Maria e os seus pais, possui uma boa relação com ambos, sendo que os

mesmos não a pressionam relativamente às classificações escolares, dizendo-lhe apenas para fazer o seu melhor e, se não correr bem, correrá posteriormente. Descreve o pai como “*inteligente*”, “*amigo*”, “*persistente*” por vezes “*direto de mais*”. A mãe, por sua vez, é descrita como “*persistente*”, “*cuidadora*”, “*alegre*”, “*inteligente*” (“*sabe muitas coisas*”) e “*teimosa*”. Acerca do auto-conceito, refere que o que mais gosta em si é ser “*amiga*”, “*solidária*” e “*simpática*” quando são simpáticos consigo. Já o que gosta menos em si é o facto de ser “*teimosa*”, “*ansiosa*” e “*ter falta de auto-confiança*”. Refere que não sabe “*tomar decisões fora da escola e não arrisca*”. Quando lhe é pedido para dar um exemplo diz que nas aulas, quando os professores colocam sugestões, prefere não responder por ter medo de falhar. Refere que aquilo que a deixa mais triste é o facto de não tirar uma boa nota e ficar nervosa antes dos testes. Já o que a deixa mais zangada é o facto de ter razão e dizerem-lhe que não tem. Nestas situações, procura acalmar-se para “*não responder*” e “*seguir em frente*”. Em oposição, o que a deixa mais feliz são os amigos e a família, o atletismo, os passeios e as boas classificações escolares.

Quando foi pedido à Maria para descrever os desejos que pediria a um Mago, refere: a cura para a sida, para o cancro e tornar a sociedade mais justa. Quando lhe é pedido para personalizar os seus desejos, refere: “*ser feliz*”, sair-lhe o euromilhões para criar uma instituição para cuidar dos animais e “*que os seus pais nunca morressem*”, pois considera que sentir-se-ia muito sozinha.

No final da primeira sessão foi pedido à Maria para preencher o YSR. O resultado demonstrou que os itens que foram atribuídos o valor 2, foram: “*roo as unhas*”; “*sou nervoso, irritável, tenso*”; “*tenho tiques ou movimentos nervosos nalgumas partes do corpo*”; “*sou demasiado nervoso, ansioso*”; “*gosto de experimentar coisas novas*”; “*faço bem trabalhos manuais*”; “*sou tímido/envergonhado*”; “*luto pelos meus direitos*”; “*gosto de estar com outras pessoas*”; “*gosto de fazer rir*”; “*sou teimoso*”; “*preocupo-me muito*”; “*gosto de ajudar os outros*”; “*gosto de uma boa anedota*”; “*tento ser justo com os outros*”; “*procuro ajudar as outras pessoas sempre que posso*”; “*posso ser muito amigável*”; “*acumulo coisas de que não preciso*” (e.g. brinquedos de criança, recordações).

Como tarefa para casa no final da sessão, foi proposto à Maria que refletisse por que razão não tem sintomas de ansiedade antes das competições de atletismo, mas apenas nos testes da escola, e se existem estratégias que esteja a utilizar nas situações desportivas e que não esteja consciente, podendo ser transferidas para o contexto escolar.

A segunda sessão, dirigida aos pais da Maria, teve como objetivos estabelecer uma aliança terapêutica com os mesmos, completar a recolha de dados anamnésicos, conhecer a perceção dos pais sobre a problemática da Maria e recolher informação acerca dessa mesma problemática.

Os mesmos referem que a Maria está “*muito obstinada e preocupada com as notas*”. Referem também que têm dúvidas em relação à qualidade do método de estudo da mesma e, segundo a perspetiva do pai, a Maria não aproveita as aulas, considerando que poderia tirar as mesmas classificações caso não frequentasse as aulas. Quanto aos seus resultados académicos, são mais baixos

este ano (2013/2014) comparativamente com o ano letivo transato. Os pais referem que a jovem sente menos apoio nesta nova escola. Segundo os pais da Maria, consideram que desde o 6º ano de escolaridade houve uma modificação no comportamento da mesma, afirmando que ficou mais “*fechada*”. Consideram-na “*ingénua*” e que “*espera mais dos outros do que aquilo que lhe dão*”. Há dois anos sofreu uma decepção com uma amiga.

No que concerne ao seu desenvolvimento, começou a andar e a falar no período normativo. Relativamente à higiene do sono, passou a dormir no seu quarto desde os 8 meses, mas a partir dos 3 anos até aos 6 passou a dormir com frequência no quarto dos pais, pois tinha medo do escuro.

Quanto ao seu percurso escolar, a Maria frequentou o jardim-de-infância desde os 4 anos tendo uma boa adaptação. A sua entrada na escola decorreu sem quaisquer problemas, contudo, no 6º ano teve alguns problemas com uma professora. Os pais referem que a partir desse ano tornou-se numa criança mais “*fechada*”, sendo que até então era uma criança muito “*aberta e extrovertida*”.

A escola que a Maria frequenta tem por prática, quando as notas de física e matemática são inferiores a 12 valores, encaminhar os alunos para os cursos técnico-profissionais. No que concerne às escolhas vocacionais, o pai da adolescente refere que a mesma não explora os temas que lhe interessam, levando-o a questionar se de facto a adolescente gosta da área da medicina e engenharia genética. No 9º ano de escolaridade fez testes psicotécnicos na escola e, em função deles, escolheu a área em que se encontra atualmente. Relativamente ao comportamento da Maria na escola, os professores referem que o mesmo é excelente, embora tenha uma fraca participação nas aulas, participando apenas quando é interpelada.

No que concerne ao seu desenvolvimento e caracterização emocional, os pais da Maria consideram que a mesma tem um comportamento distinto entre a casa e outros contextos. No primeiro contexto, referem que é “*muito exuberante*”, pois às vezes levanta a voz sendo preciso chamá-la à atenção. De acordo com os pais, socialmente é “*muito fechada*” e “*tímida*”, dando a impressão que tem ciúmes dos amigos a quem o pai dá explicações. A Maria sente elevados níveis de ansiedade face aos testes, chegando inclusive a dormir mal e acordar pouco descansada. O seu humor é caracterizado como “*normal*”, sendo que os pais referem que após os testes faz o luto relativamente às notas dos mesmos.

Relativamente à sua autonomia, começou a vestir-se e a tomar banho sozinha desde cedo, em pequena. Os pais consideram-na pouco organizada e desarrumada, e não faz as tarefas de casa, exceto se a mãe pedir.

Quanto às suas relações e atividades sociais, a Maria pratica atletismo há cerca de 2 anos, sendo esta atividade sugerida pelos pais, pois consideravam que ela “*precisava de conviver*”. Os mesmos consideram que a sua filha tem poucos amigos, embora aceite participar nas atividades que se envolvem, como ir dançar, jantar com eles ou ir ao cinema. Os pais referem que não a impedem de sair, e que por vezes a Maria aceita os convites dos amigos, mas não toma a iniciativa de os convidar. No que concerne à sua relação familiar, a mãe da adolescente considera que no último ano está “*mais*

azedo”, não deixa muito aproximar-se, apenas quando precisa. Não conta tanto sobre a sua vida como outrora, querendo mais a sua privacidade, mesmo no que diz respeito à afetividade física. Já o pai considera que a Maria tem uma boa relação com ele e que sempre se deram bem. Refere que a mesma conta-lhe quase tudo, embora reconheça que o conteúdo das conversas é semelhante às da Maria com a mãe. Na relação com pares, a mãe define a adolescente como alguém que atribui “*muitos valores aos amigos*”, tem “*bom coração*” e é generosa. Preocupa-se com os pais e, ainda segundo a mãe, é “*introvertida*” e “*genuína*”. O pai, por sua vez, caracteriza igualmente a jovem como genuína, “*boa pessoa*”, teimosa, “*ingénua*”, embora afirme também que a Maria despreza o método na arrumação dos seus pertences e no estudo. Segundo o pai, este é um modo de ser egoísta, de não mostrar respeito pelos outros.

Para a terceira sessão, centrada ainda na avaliação da Maria, as terapeutas tiveram como objetivos explorar o funcionamento da adolescente entre as sessões, continuar com o processo de avaliação, nomeadamente perceber as principais fontes de ansiedade da Maria (pensamentos e comportamentos associados) e conhecer como se caracteriza enquanto estudante (hábitos e métodos de estudo, percepção de autoeficácia).

A terceira sessão é iniciada com a exploração do funcionamento da adolescente entre as sessões. Deste modo, a psicóloga estagiária questionou a Maria como correu o período entre as sessões, sendo que a mesma respondeu que correu bem, pois conseguiu melhorar algumas notas. Refere que tirou alguns 15 valores, 16 valores, 18 valores e, também, um 20 valores. Contudo, a sua nota de físico-química não foi tão boa quanto as outras, tendo apenas um 11 valores. Relativamente aos testes escolares afirma que se sente menos ansiosa, pois os seus pais disseram-lhe para não se preocupar e fazer o seu melhor.

Na exploração dos seus interesses motivacionais, a Maria referiu que já não pensa em seguir o curso de Medicina, mas sim engenharia genética. Esteve a pesquisar escolas e encontrou uma em Lisboa, contudo, confessa que não gostava de se afastar dos seus pais e partir sozinha para esta cidade. Foi constado, também, que até ao final do mês da presente consulta, terá de optar por duas vias possíveis na sua escola: tecnologia ou ciências, tendo já optado por ciências (especificamente Biotecnologia).

De seguida foram exploradas as situações de maior ansiedade para a Maria, não tendo conseguido objetivar muito, identificando o medo que sente quando o pai está ausente (todos os meses desloca-se à Alemanha em trabalho), pensando que lhe pode acontecer alguma coisa. Refere também que teria dificuldade em ir para Lisboa estudar sem os pais. No momento seguinte foi procurado conhecer melhor a Maria, sendo-lhe solicitado que se posicionasse em relação a uma lista de objetivos, escolhendo numa escala de *Likert* se identificava-se muito ou pouco com cada adjetivo. Na tabela seguinte é apresentado o resultado da avaliação.

Tabela 2. Resultados da avaliação do auto-conceito

Ativa, Realista, Perseverante.	5
Lutadora, expectante, passiva, sonhadora, angustiada, crescida, satisfeita, envergonhada, descrente, ansiosa, capaz, motivada, determinada, esperançada, indecisa, consciente.	4
Realizada, ambiciosa, incrédula, orgulhosa, desmotivada, confiante, excitada, aborrecida, autónoma, decidida.	3
Apática, revoltada, melindrada, desinteressada, confusa, tranquila, agitada.	2
	1

Em acréscimo, a Maria acrescentou mais três adjetivos que, em sua opinião, a caracterizam: solidária, honesta e teimosa.

No que concerne à pontuação dos adjetivos anteriormente definidos pela adolescente, em relação à *autonomia* refere que tem alguma autonomia quando se desloca de mota sozinha. Contudo, não se sente muito autónoma na tomada de decisões, sentindo necessidade em pedir opinião à mãe. Relativamente a *incrédula*, a Maria afirma que acredita nas pessoas quando as conhece, mas nem sempre porque, através de “*atitudes*”, consegue perceber se são confiáveis ou não. Por sua vez, em relação ao adjetivo *angustiada* refere as situações em que os colegas não têm comportamentos corretos consigo; trabalhos de grupo que fez com colegas que não participaram para os mesmos, terminando por fazê-los sozinha; conta que, perante esta situação, os colegas deixaram de lhe falar e, quando lhe foi questionada sobre como resolveu esta situação, refere que falou com a professora e tentou conversar com os colegas, mas estes não quiseram conversar com ela. Conta também algumas situações em que a avó materna fala consigo acerca da solidão e da tristeza, deixando-a triste. Ainda relativamente a este ponto, a Maria refere que não sente tanta ansiedade no desporto, pois não existe pressão para a média escolar. Ao contrário, na escola uma nota de um teste pode “*estragar a média*” e “*comprometer o meu futuro*”. Este momento foi aproveitado para desconstruir esta crença, tendo sido demonstrado que mesmo que não obtenha a média pretendida, existem outras opções. A Maria refletiu e reconheceu que pode ficar mais um ano a subir a sua média ou inscrever-se em outro curso e, posteriormente, transitar para aquele que pretendia ou ainda repetir o teste numa segunda fase.

No final desta sessão foi pedido à adolescente que registasse todos os seus pensamentos de ansiedade, de modo a discuti-los com a terapeuta na sessão seguinte. Foi também pedido que investigasse mais sobre os cursos de engenharia genética, médias de acesso e locais onde pode tirar este curso. Salienta-se nesta sessão a sua dificuldade na tomada de decisões, dificuldade recorrente na separação dos pais e a sua preocupação em relação ao que lhe poderá acontecer.

Depois da terceira sessão foi feita uma reunião com o Diretor de turma da Maria e a Psicóloga da escola. Da informação recolhida junto dos mesmos, a psicóloga começa por referir que a adolescente tinha elevadas expectativas em relação às suas notas, demonstrando um nível de auto-exigência muito elevado. Contudo, as suas notas, sobretudo a matemática, nunca atingiram os níveis desejados pela Maria. O Diretor de turma e a Psicóloga referem que a Maria entrou na escola juntamente com um grupo de alunos igualmente novo, que começaram por ter notas baixas, mas rapidamente subiram bastante esses valores, traduzindo-se atualmente em classificações muito elevadas. A Maria, por sua vez, não atingiu o nível dos colegas, mantendo-se com as mesmas notas. Ambos consideram que dificilmente a adolescente conseguirá recuperar os níveis pretendidos por ela própria. Se a mesma não obtiver 12 valores a matemática, química e biologia, não poderá seguir a via científica, tendo obrigatoriamente de seguir a via tecnológica. Neste caso, o Diretor de turma e a Psicóloga têm a expectativa que os pais da adolescente mudem a sua filha de escola.

A psicóloga descreve que no primeiro período a Maria estava muito ansiosa. Numa primeira consulta que teve com a adolescente, em Novembro, esta referiu que talvez não fosse “*tão boa aluna*”. No atual período considera-a mais calma, embora os testes continuem a ser motivo de ansiedade para a maioria da turma, seguido de choro por vários alunos quando não têm as classificações desejadas.

A Maria tem um comportamento adequado nas aulas, embora participe muito pouco. Ainda assim, tem um sentido crítico bastante apurado que expressa com frequência. Do ponto de vista social, o Diretor de turma refere que a Maria “*não tem laços fortes de amizade*”. Contudo, parece encontrar-se melhor integrada comparativamente com o ano letivo anterior (tendo agora uma amiga mais próxima). A adolescente, segundo a perspectiva do Diretor, tende a isolar-se e, nas reuniões semanais de grupo, é pouco participativa e fala em tom de voz baixo. A sua turma é bastante heterogénea em termos de alunos, ou seja, tem um grupo com classificações escolares muito altas e outro em risco de reprovação (a média da turma é de 15 valores).

Quinzenalmente, a psicóloga da escola trabalha métodos de estudo com os alunos. Os registos referentes à Maria revelam que estuda com distratores, tem pouca motivação, tem dificuldade em gerir o tempo, não procura ajuda e não estuda muito tempo antes dos testes. Referem também que dorme mal e não passa a limpo os seus apontamentos. Num exercício onde lhe foi pedido para fazer uma lista de compras para melhorar o seu desempenho, refere 300kg de tempo, de adaptação e de confiança.

A quarta sessão foi dirigida aos pais da Maria, sendo a segunda e a última sessão dirigida aos mesmos. Nesta sessão pretendeu-se devolver a informação da avaliação e apresentar a proposta de intervenção dirigida à adolescente. Durante esta sessão foi reforçada a qualidade da relação entre os pais e a Maria e fomentada a autonomização da adolescente, ou seja, procurou-se perceber em que momentos da dinâmica familiar poderiam incentivar a autonomia da Maria, quer nas atividades, tarefas e, sobretudo, nas decisões da mesma. Foi discutido que a elevada confiança da adolescente em relação aos pais tem a desvantagem de depositar nos mesmos todas as decisões, demitindo-se das mesmas, contribuindo assim para a sua baixa auto-confiança.

A partir da quinta sessão as consultas foram dirigidas à Maria, sem a presença dos pais nas consultas. Deste modo, a quinta sessão teve como objetivo devolver a informação da avaliação à adolescente e discutir a proposta de intervenção. Nesta sessão foi também iniciada a intervenção psicológica, começando por ser discutido a sua ansiedade face aos testes, desconstruindo as suas crenças face aos mesmos. Assim, percebeu-se que a Maria considera que se esforça demasiado para tirar boas notas, mas não vê resultados desejáveis, possuindo assim a crença de que o problema seria algo intrínseco, ou seja, começou a duvidar das suas capacidades cognitivas. Foi entendido que a ansiedade é gerada através da pressão que ela própria cria para ter notas elevadas, de forma a conseguir uma média favorável para entrar no curso de engenharia genética (“*estou a comprometer o meu futuro*”). Ao longo da sessão, a terapeuta teve como objetivo levar a adolescente a perceber por que razão não sente ansiedade nas competições de atletismo, ao contrário dos sintomas ansiosos que sente previamente aos testes. A Maria, através dela própria, foi percebendo que o facto de estudar muito não significa que esteja preparada para um teste. De outro modo, foi possível perceber, através da avaliação, alguma lacunas do ponto de vista de gestão de estudo e de competências de estudo e, também, lacunas ao nível do aproveitamento das aulas, nomeadamente as suas dificuldades de concentração nas aulas, dificuldades em focalizar-se apenas no essencial das aulas e dificuldades na gestão do tempo a organizar o seu caderno, uma vez que perde muito tempo a transcrever a matéria e considera que tem uma escrita bastante lenta.

Ainda na quinta sessão de intervenção, foi explorada a orientação vocacional. Deste modo, pretendeu-se entender o que sabe a Maria acerca do curso que pretende seguir e o que poderia acontecer de mau se não entrasse no curso pretendido. Foi explicado pela adolescente aquilo que se imaginaria a fazer e foi possível perceber que são coisas que não se esgotam no curso de engenharia genética e, por outro lado, que para fazer essas coisas (e mesmo para o curso que pretende) não necessita de uma média tão elevada. No final da sessão, como tarefa de casa, foi pedido que a Maria explorasse na internet as várias alternativas de cursos e locais que possa futuramente ingressar.

A sexta sessão teve como objetivo continuar com a exploração vocacional. Assim, foi explorado a questão das tarefas para casa da consulta anterior. A Maria fez o que lhe foi pedido e levou algum material de pesquisa para a consulta, tendo encontrado uma escola em Lisboa que lhe interessou, contudo, revelou a sua dificuldade em separar-se dos pais, pois tem medo de ir sozinha para uma grande cidade. A adolescente percebeu, também, que existem outras alternativas para seguir a área de que gosta. Ao longo desta sessão foram também trabalhadas algumas técnicas de estudo, tais como estratégias de construção de resumos e local de estudo. Após esta sessão, a Maria entrou no período de férias escolares e ficou combinado com a terapeuta que iria procurar estar recetiva a oportunidades de autonomização dos pais.

Após o período de férias escolares, a Maria regressou às consultas de intervenção psicológica, sendo esta a sétima sessão. Após este período, no que concerne às suas dificuldades de separação com os pais, foi percebido pela terapeuta que não existe melhorias nem retrocessos. Por sua vez, no que

concerne ao tema escolar, a adolescente mudou de escola no presente ano letivo sendo que, assim, a terapeuta procurou que a Maria veja esta mudança como um *começar de novo*. Este foi também o momento de trabalhar as competências do estudo e do aproveitamento nas aulas. Deste modo, foi feita uma avaliação específica acerca da forma como a Maria estuda e se comporta nas aulas, passando posteriormente para as técnicas de estudo e de comportamento na sala de aula. Assim, percebeu-se que a adolescente está mais focada em passar a matéria limpo do que em ouvir o professor. Por fim, como tarefa para casa, foi pedido à Maria para aplicar as estratégias de estudo e de atenção abordadas na sessão e, na próxima, trazer para a sessão a sua mochila com os materiais da escola.

Na oitava sessão, a Maria chegou à consulta com uma atitude positiva face à escola, aparentemente satisfeita com a mesma. Esta consulta teve como objetivo a verificação da aplicação e resultados das estratégias abordadas com a adolescente na sessão anterior. Nesta sessão foi dada continuidade ao mesmo tópico discutido na consulta anterior (competências de estudo) e, também, sobre a gestão do tempo, nomeadamente estratégias de divisão do tempo de estudo perante os vários testes, fornecendo-lhe objetivos simples e concretos.

A nona sessão, sendo a última sessão para a presente recolha de informação, teve como o objetivo o início da intervenção para a ansiedade de separação dos pais. Relativamente ao problema apresentado pelo pedido inicial de consulta, a Maria encontra-se nesta sessão estável, com melhorias significativas nas suas notas, sintomas ansiosos face aos testes e, também, atitude perante a escola e os seus amigos. A partir desta sessão, foi sugerido pela terapeuta trabalhar com a Maria a sua autonomia face aos pais demonstrando, porém, alguma resistência face a esta proposta de trabalho. A terapeuta, como trabalho para casa, propôs que a adolescente refletisse onde é que se situa em relação à maturidade com os pais relativamente ao seu percurso escolar, ou seja, em que ano está e em que ano se sente. Esta reflexão será trabalhada na próxima sessão e, como objetivos futuros, prender-se-á que para cada ano escolar, sejam definidos objetivos a alcançar, levando a Maria a considerar de que modo será esperado comportar-se para a sua idade cronológica. Por fim, salienta-se o facto de, ao longo das próximas sessões, serem fornecidas também algumas estratégias de relaxamento.

III. Resultados

1. Descrição dos resultados

Neste ponto é apresentado os resultados dos instrumentos utilizados, com base nos procedimentos anteriormente descritos.

1.1. Escala de Vinculação do Adulto (E.V.A.)

Seguindo a sugestão de Collins (1996), procedeu-se à classificação do sujeito paternal através dos quatro protótipos de vinculação propostos por Bartholomew (1990). Deste modo, através do valor médio da variável *Conforto-Segurança* (3.09) e *Ansiedade* (2.33), o sujeito é classificado como **Seguro**.

1.2. Inventário sobre Vinculação para a Infância e Adolescência (IVIA)

Após a cotação do IVIA, procedeu-se à classificação do sujeito através das versões de Auto-avaliação e Hetero-avaliação (sendo este preenchido pelo pai da adolescente). Na versão de Auto-avaliação, a dimensão com o resultado mais elevado foi a dimensão da *Vinculação Segura* (3.86), seguido a *Vinculação ansiosa/ambivalente* (3.54) e a dimensão da *Vinculação Evitante* (2.7). No que concerne à versão de Hetero-avaliação, a dimensão com o resultado mais elevado foi a dimensão da *Vinculação Ansiosa/ambivalente* (3.41), seguido a *Vinculação Segura* (3.07) e a *Vinculação Evitante* (2). Deste modo, o sujeito, na versão de Auto-avaliação é classificada como **Seguro** e na versão de hetero-avaliação é classificada como **Ansioso/ambivalente**.

1.3. Inventário de Aliança Terapêutica – Crianças e Adolescentes (WAI-CA) e Adultos (WAI)

Nas tabelas seguintes são apresentados os resultados do Inventário de Aliança Terapêutica para Crianças e Adolescentes (WAI-CA) e para Adultos (WAI).

Tabela 3. WAI-CA, comparação entre a 4ª e 7ª sessão

	4ª sessão	7ª sessão	Média da População	DP
Tarefas	57	58	51.3	7.8
Objetivos	55	56	49.2	6.9
Relação	58	60	51.4	6.9
Score total	170	174	152.1	20.6

Verifica-se que o sujeito estabeleceu a aliança terapêutica com *scores* próximos da média, quer no *score total*, quer nas três subescalas do instrumento (tarefas, objetivos e relação). Ao longo do processo, verifica-se que todos os valores são muito próximos na 4ª e 7ª sessão. Contudo, há um ligeiro aumento entre a 4ª e a 7ª sessão.

Tabela 4. WAI, comparação entre a 5ª e a 7ª sessão

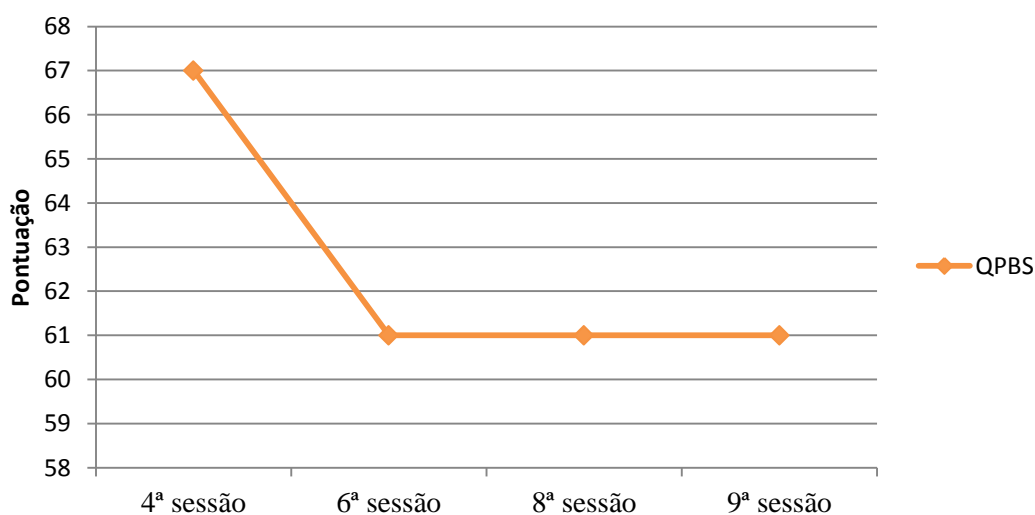
	Média (5º sessão)	Média (7ª sessão)
Tarefas	6.6	6.8
Objetivos	6.5	6.5
Relação	6.7	6.8
Score total	6.6	6.7

Na versão para adultos, os *scores* obtidos na WAI preenchida pela mãe são bastante próximos do valor máximo possível quer no *score total*, quer nas três subescalas. Comparando as sessões, é demonstrado um pequeno aumento do *score total* entre 5ª e a 7ª sessão.

É de referir, no entanto, que existiu um lapso na administração do inventário e, por esta razão, os três últimos itens (34, 35 e 36) não foram preenchidos. Deste modo, a avaliação e análise de dados foi feita com 33 itens (11 itens para cada dimensão: tarefas, objetivos e relação).

1.4. Questionário Pediátrico de Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de Vida (QPBS)

Tabela 5. Evolução do QPBS ao longo do processo de monitorização terapêutica



Em relação à percepção do Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de Vida, verifica-se uma diminuição da pontuação a partir da quarta sessão, mantendo-se estável nas restantes sessões. Deste modo, o sujeito teve uma pontuação de 67. na 4ª sessão e 61. na 6ª, 8ª e 9ª sessão. Com uma pontuação

média de 61.32 e um Desvio Padrão de 6.47 para adolescentes do sexo feminino, considera-se que os valores apresentados encontram-se dentro da média.

1.5. Brief Problem Monitor (BPM)

Após a recolha dos diversos momentos de avaliação do BPM-P e BPM-Y ao longo do processo terapêutico, os dados foram introduzidos no *BPM software program*, fornecendo o output com o gráfico de barras e o gráfico da trajetória dos itens avaliados dos múltiplos informadores (confrontar com *Anexo II e III*). Os gráficos indicam os valores médios da população (*T score*), tendo em consideração o género, idade, cultura e informador. A *broken line* apresenta um valor de 65 pontos sendo que, um valor ≥ 65 é suficientemente elevado para ser considerado clinicamente, enquanto que os valores ≤ 65 são considerados normativos. O *T score* mais baixo corresponde a 50 pontos em todas as escalas e o mais alto representa 75 pontos nas escalas da **Internalização**, **Externalização** e **Atenção**, enquanto que o valor mais alto no **Total de Problemas** corresponde a 80 pontos.

Analisando o gráfico de barras (confrontar com *Anexo III*), verifica-se que, na primeira avaliação, o *T score* da escala da **Internalização** apresenta um valor elevado (T=68) em ambas versões: BPM-P (preenchido pelo pai biológico) e BPM-Y. Os itens cotados com a pontuação máxima nesta escala são, no BPM-P, o item *É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)*; e na escala BPM-Y os itens *Sinto-me sem valor ou inferior aos outros*; *Sou demasiado medroso(a) ou ansioso(a)*; *Preocupo-me muito*. Na escala da **Atenção**, a Maria apresenta um valor baixo (T=53) na versão para pais e, na versão de auto-avaliação, apresenta um valor acima da média (T=66), sendo o item *Não sou capaz de ficar sentado(a) sossegado(a) ou quieto(a)* o item com a pontuação máxima. Na escala da **Externalização**, em ambas versões apresenta valores baixos, com um *T score* = 51, embora tenha uma pontuação máxima na escala de auto-avaliação, no item *Sou teimoso(a)*. Por último, na escala **Total de Problemas** a Maria tem um valor alto na sua auto-avaliação (T=66), enquanto que na versão para pais obteve uma pontuação igual a 59 pontos.

Na segunda sessão de monitorização de resultados terapêuticos, a Maria obteve um *T score* mais elevado em todas as escalas. Deste modo, na escala da **Internalização** teve uma subida na versão BPM-Y (T=72), encontrando-se muito próximo do *T score* mais elevado, sendo que os itens com a cotação máxima correspondem aos itens *Sinto-me sem valor ou inferior aos outros*; *Sou demasiado medroso(a) ou ansioso(a)*; *Fico facilmente embaraçado(a) ou pouco à vontade*; *Preocupo-me muito*, enquanto que na versão para pais (preenchido pela mãe biológica) teve uma pontuação correspondente a 69 pontos, sendo os itens *Sente-se demasiado culpado(a)*; *É preocupado(a)* com a cotação máxima. Na escala da **Atenção**, os valores correspondem a 56 pontos na versão para pais e 62 pontos na versão de auto-avaliação. Na **Externalização**, a Maria obteve um *T score* = 59 no BPM-Y, com cotação máxima no item *Sou teimoso(a)*, e 52 na versão para pais, sendo que, em ambas estas duas últimas escalas, os valores encontram-se abaixo da média da população. No **Total de Problemas**,

apresenta uma ligeira subida comparativamente com a monitorização anterior nas versões BPM-P (T=62) e BPM-Y (T=68), encontrando-se acima da média na versão de auto-avaliação.

O terceiro momento de monitorização apresenta, de modo geral, uma ligeira diminuição dos sintomas psicopatológicos observados através do resultado dos itens preenchidos do BPM-P (pai biológico) e BPM-Y. Na escala da **Internalização**, obteve um *T score* = 66 no BPM-P, sendo o item com a cotação mais alta correspondente a *É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)* e 70 no BPM-Y, com os itens *Sou demasiado medroso(a) ou ansioso(a); Fico facilmente embaraçado(a) ou pouco à vontade; Preocupo-me muito*, revelando uma ligeira diminuição nos sintomas psicopatológicos observado através do *T score*. Na escala da **Atenção**, os valores aproximam-se aos valores da monitorização do resultado anterior, com valores baixos em ambas as versões: BPM-P (T=50) e BPM-Y (T=51). A escala da **Externalização** teve uma diminuição clara na versão de auto-avaliação, baixando o *T score* para 50 (com cotação máxima no item *Sou teimoso(a)*), enquanto que na versão para pais obteve uma pontuação de 52. **No Total de Problemas**, verifica-se um aumento do *T score* na auto-avaliação (T=66), sendo este valor superior à média da população; e uma diminuição da pontuação na versão para pais (T=56).

O quarto momento de monitorização é o momento que apresenta maior diminuição de sintomas psicopatológicos. O valor da escala de **Internalização**, no BPM-Y, apresenta um valor abaixo da *border line* (T=63), enquanto que na versão para pais (preenchido pela mãe biológica), apresenta um *T score* = 68, acima do esperado para o seu género e idade. As escalas da **Atenção** (T=51) e **Externalização** (T=50) apresentam igualmente descidas, sobretudo na versão de auto-avaliação. Na versão para pais, manteve os mesmos valores, correspondendo a um *T score* = 50 na **Atenção** e *T score* = 52 na **Externalização**. Por fim, no **Total de Problemas**, verifica-se uma clara descida da pontuação na versão de auto-avaliação (T=55), encontrando-se abaixo da média da população com valores baixos. Na versão para pais, encontra-se igualmente abaixo da média, com um *T score* = 58. Neste momento de avaliação, salienta-se os itens com cotação máxima na escala da **Internalização** na versão BPM-Y, sendo estes os itens *Sou demasiado medroso(a) ou ansioso(a); Preocupo-me muito*, enquanto que na versão para pais o item com cotação máxima corresponde a um item da escala da **Internalização**, sendo o item *É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)*.

No quinto momento de monitorização de resultados, verifica-se um ligeiro aumento do *T score* (T=67) na versão de auto-avaliação para a escala da **Internalização**, enquanto que na versão para pais (preenchida pela mãe biológica) o valor diminuiu (T=66). Nesta escala, os itens com cotação máxima na versão BPM-Y são os itens *Sou demasiado medroso(a) ou ansioso(a)* e *Preocupo-me muito*, enquanto na versão BPM-P os itens com cotação máxima corresponde aos itens *É demasiado medroso(a)* e *É preocupado*. Na escala da **Atenção**, salienta-se a subida na versão BPM-Y (T=57), mantendo-se o valor da versão BPM-P, comparativamente com a monitorização anterior. Na escala da **Externalização**, os valores são muito semelhantes, sendo que ambos encontram-se abaixo da média da população, quer na versão de auto-avaliação (T=50), quer na versão para pais (T=51). Por último,

no **Total de Problemas**, os valores encontram-se abaixo da média, com uma ligeira descida comparativamente com a monitorização anterior na versão BPM-P (T=55); e uma ligeira subida na versão BPM-Y (T=59).

2. Síntese dos resultados

Os participantes, no que concerne à representação da vinculação, foram classificados como *seguro*. Através da Escala de Vinculação do Adulto, o pai da adolescente foi classificado como **seguro**; e no IVIA, a adolescente foi classificada como **seguro** na versão de Auto-avaliação e **ansioso/ambivalente** na versão de Hetero-avaliação. Quanto à Aliança Terapêutica, verificámos que a adolescente e a sua mãe estabeleceram uma aliança terapêutica com *scores* dentro da média.

Relativamente ao BPM, ao analisarmos o gráfico das trajetórias (confrontar com *Anexo II*), que nos permite fazer uma leitura rápida da evolução de sintomas em todas as escalas ao longo dos diversos períodos de monitorização, verificamos que a escala da **Internalização** apresenta valores ≥ 65 , indicando que a Maria encontra-se acima da média da população na maioria dos momentos de avaliação. Contudo, é de salientar a ligeira descida nas últimas sessões e o seu resultado terapêutico positivo comparativamente com o primeiro momento de monitorização. Na escala de **Atenção**, regista-se uma oscilação constante entre sessões, contudo, é demonstrado igualmente uma evolução positiva de sintomas desde o primeiro momento de avaliação até ao último, embora seja registada uma ligeira subida da pontuação na última sessão de avaliação. Os problemas de **Externalização** é a escala que, desde o início, registou o *T score* mais baixo, com os valores sempre próximos do mais baixo (T=50). Por fim, aferimos que no **Total de Problemas** os valores estiveram sempre próximos da *broken line*, embora seja registada uma evolução positiva nos sintomas psicopatológicos ao longo das sessões, sobretudo na versão de auto-avaliação.

Através da análise dos dados apresentados, salientamos também o facto da escala **Internalização**, ao longo do processo de monitorização, apresentar dois itens que se mantiveram com a cotação máxima: na versão de auto-avaliação, os itens *Sou demasiado medroso(a) ou ansioso(a)* e *Preocupo-me muito*; e na versão para pais o item *É preocupado(a)*, embora, nesta última versão, o item referenciado tenha surgido com menos frequência comparativamente com a versão para jovens. É demonstrado, também, que a escala **Internalização** apresenta em quase todos os momentos de avaliação um *T score elevado*, com pontuações acima do esperado para o seu género, idade e cultura (confrontar com *Anexo III*), ao contrário da escala **Externalização**, com valores maioritariamente próximos do mais baixo para a média da população.

IV. Discussão dos resultados

1. Discussão

Neste ponto serão abordadas as questões de investigação que foram colocadas para o presente estudo, articulando com os resultados descritos no ponto anterior e integrando-as na revisão da literatura apresentada no primeiro capítulo. Neste sentido, de forma a facilitar a leitura dos dados, a discussão dos resultados encontra-se organizada de acordo com as questões de investigação: em primeiro lugar foi examinado(a) (i) de que modo o padrão de vinculação da adolescente estaria relacionado com a qualidade da aliança terapêutica; num segundo momento foi examinado (ii) de que modo a aliança terapêutica entre a adolescente e o terapeuta estaria relacionado com uma evolução positiva da sintomatologia e do bem-estar e satisfação de vida; num terceiro momento foi examinado (iii) de que modo o padrão de vinculação dos pais estaria relacionado com a qualidade da aliança terapêutica; num quarto momento foi analisado (iv) de que modo uma aliança terapêutica entre os pais e o terapeuta estaria relacionada com a mudança terapêutica em relação à adolescente; e, por fim, foi analisado se (v) o modelo proposto se mostrou adequado à avaliação da mudança em psicoterapia em adolescentes.

(i) De que modo o padrão de vinculação da adolescente estaria relacionado com a qualidade da aliança terapêutica?

Relativamente ao padrão de vinculação da adolescente, através da versão de Auto-avaliação do IVIA esta foi classificada como *seguro*. No entanto, na versão de Hetero-avaliação preenchida pelo pai foi classificada como *ansioso/ambivalente*. Importa referir, contudo, que os resultados obtidos na escala de hetero-avaliação poderão estar relacionados com a perceção do pai acerca do comportamento da adolescente no momento atual, enquanto que os jovens tendem a se auto-avaliar com base no seu desenvolvimento ao longo do tempo.

Fazendo uma breve descrição das características de cada padrão de vinculação obtido nas versões de auto e hetero-avaliação, segundo Chorpita e Barlow (1998), os indivíduos caracterizados com um padrão de vinculação seguro possuem uma representação favorável de si e dos outros; estão mais disponíveis para explorar o mundo, entre outros fatores. Por sua vez, Sroufe e colaboradores (2005) referem que os indivíduos com um padrão de vinculação ansioso/ambivalente possuem baixos níveis de competência na interação com pares, assim como na iniciação e manutenção de relações. São também caracterizados por terem uma baixa persistência na resolução de problemas e tendem a retirar-se de situações de conflito social.

Quanto aos resultados da avaliação da aliança terapêutica, os valores indicam que a aliança terapêutica entre a adolescente e o terapeuta foi estabelecida com *scores* dentro da média da

população, com um ligeiro aumento entre a 4ª sessão (*score total = 170*) e a 7ª sessão (*score total = 174*).

Através dos resultados deste estudo, podemos confirmar que existe uma relação entre o padrão de vinculação seguro e a qualidade da aliança terapêutica. Os valores apresentados no Inventário de Aliança Terapêutica (WAI-CA) demonstram uma elevada qualidade da relação entre o terapeuta e a adolescente, visível em particular na subescala da relação, indicando que a vinculação segura está associada com a aliança terapêutica. Neste sentido, o estudo levado a cabo por Shirk e colaboradores (2010), no qual demonstra que a vinculação está ligada a outros tipos de relacionamento, tais como a relação com o terapeuta, confirma os resultados da primeira questão levantada para o presente estudo. Esta questão, tal como referido no primeiro capítulo, é fundamentada como o facto de as crianças com um padrão de vinculação seguro possuírem elevadas expectativas em relação aos outros sendo que, deste modo, a vinculação segura tem um papel importante no estabelecimento de uma aliança terapêutica. Na intervenção psicológica com adolescentes, por sua vez, a vinculação entre a díade é alcançada na medida em que o terapeuta é visto como alguém em quem o adolescente pode confiar representando, assim, um elemento de confiança. A ligação, deste modo, facilita o envolvimento do adolescente no processo de intervenção e a formação da aliança terapêutica poderá ser um processo para a mudança (Shirk & Russel, 1996, cit in Shirk et al., 2010).

A vinculação terapêutica é semelhante a uma relação de vinculação com outras figuras significativas, permitindo que o adolescente se sinta seguro para explorar os desafios emocionais da adolescência. Além disso, o terapeuta representa ainda a sensibilidade e a receptividade, no qual o adolescente poderá encontrar segurança e proteção nos momentos de stresse (Shirk et al., 2010). A adolescente, segundo os dados recolhidos nas sessões de intervenção psicológica, caracteriza-se no momento atual com um nível reduzido de auto-confiança e pobre rede de suporte social no que concerne às suas relações íntimas com pares. Assim, a adolescente poderá indicar uma forte necessidade em vincular-se ao terapeuta como elemento de apoio, em quem pode contar nos seus momentos de maior stresse e partilha de problemas. Além disso, através dos dados recolhidos sobre as consultas de intervenção psicológica, é notável uma partilha de experiências por parte da adolescente, fomentadas pela terapeuta, que indicam confiança na sua relação com a terapeuta. Diamond e colaboradores (1999), descobriram que os terapeutas que nas sessões iniciais acompanharam intimamente a partilha de experiências do adolescente, garantiam alianças mais positivas na terceira sessão. Estes dados poderão ser confirmados através dos valores obtidos no Inventário da Aliança Terapêutica, na qual a adolescente alcançou um *score* máximo na subescala da *relação* (60), na sétima sessão, com um valor acima da média da população e, na quarta sessão, apresenta um *score* (58) próximo do valor acima da média da população na mesma subescala. Estes valores, em parte, poderão ser explicados pela teoria da vinculação de Bowlby (1988) e a abordagem de Shirk e colaboradores (2010), no qual atribuem importância à base segura para a relação terapêutica, não descurando também

o que a literatura tem demonstrado em relação à capacidade dos adolescentes desenvolverem outro tipo de relações íntimas com pares ou outros adultos (Furman et al., 2002).

Por outro lado, importa refletir acerca do resultado obtido na versão de hetero-avaliação do pai, no qual a adolescente foi classificada como **ansioso/ambivalente**. Tal como acima foi descrito, estes indivíduos tendem a apresentar dificuldades no estabelecimento e manutenção de relações com outras figuras de proximidade (Sroufe et al., 2005) o que, em parte, contradiz os resultados obtidos neste estudo, no qual verificámos que foi estabelecida uma relação de qualidade entre a adolescente e o terapeuta que se manteve até, pelo menos, ao final da recolha de dados do presente estudo. A partir dos dados recolhidos das sessões de intervenção psicológica, constatámos também que a adolescente apresenta no momento atual uma boa capacidade de resolução de problemas e exploração de alternativas para os mesmos (veja-se, a exemplo disso, a sua capacidade na exploração de outras áreas de ingresso para o ensino superior), o que contradiz a descrição de Sroufe e colaboradores, que referem que os indivíduos com esta classificação são menos exploradores de novos objetivos e menos eficazes na resolução de tarefas problemáticas.

(ii) De que modo a aliança terapêutica entre a adolescente e o terapeuta estaria relacionado com uma evolução positiva da sintomatologia e do bem-estar e satisfação de vida?

Analisando os resultados obtidos nos instrumentos de avaliação BPM-P e BPM-Y verificámos uma ligeira evolução positiva da sintomatologia e uma ligeira diminuição da perceção do bem-estar e satisfação de vida na quarta sessão, mantendo-se estável nas restantes sessões. Deste modo, não existem dúvidas quanto à evolução sintomatológica positiva da adolescente em relação aos sintomas apresentados no início do processo terapêutico (e.g. elevado estado de ansiedade face aos testes).

Para responder à segunda variável deste estudo, no qual se pretendeu analisar de que modo a aliança terapêutica se relacionaria com a evolução da sintomatologia da adolescente, faremos referência a um modelo de formação da aliança, assim como outras variáveis que poderão explicar os resultados positivos do processo de intervenção que foi acompanhado para este estudo. Neste sentido, Shirk e Karver (2006, cit in Shirk et al., 2010) propuseram um modelo de formação da aliança terapêutica, no qual estabeleceram uma distinção entre as dimensões definidas por Bordin (1979), colocando-as numa sequência do processo, que poderão explicar a formação da aliança e os consequentes resultados do processo terapêutico com esta adolescente. Assim, estes autores desenvolveram um modelo que integra as componentes *compromisso*, *envolvimento* e *aliança*. A primeira componente diz respeito à capacidade do terapeuta atender à experiência do adolescente e validá-la, assim como a formulação e discussão de objetivos terapêuticos a atingir. O *envolvimento*, por sua vez, refere-se ao nível de participação do adolescente na intervenção. A *aliança*, por fim, diz respeito à experiência do adolescente em relação ao terapeuta enquanto elemento em quem pode confiar e contar com a ajuda nos momentos de maior stresse (Shirk & Karver, 2006, cit in Shirk et al.,

2010). Nesta perspectiva, a aliança engloba a visão do adolescente acerca da vinculação, do trabalho colaborativo e o acordo de objetivos (Shirk et al., 2010). Com base neste modelo, os dados recolhidos permitiram-nos concluir que a aliança terapêutica foi estabelecida com sucesso ao longo do processo de intervenção sendo que, deste modo, poderá ser a base da explicação para os resultados terapêuticos obtidos. Ou seja, se analisarmos a componente do *compromisso*, é claro que a terapeuta atendeu, desde a primeira sessão de intervenção, à experiência da adolescente e esta demonstrou sinais de confiança em relação à sua terapeuta (e.g. “*a vida não me está a correr bem*” – ver sessão 1). No final de cada sessão foram colocadas tarefas específicas à adolescente, que a mesma cumpriu posteriormente, demonstrando assim sinais de *envolvimento*. No início do processo, foram discutidos os objetivos terapêuticos com a adolescente, favorecendo também o estabelecimento de uma aliança terapêutica. Se atendermos, de facto, às componentes definidas por Bordin (1979) e posteriormente ao modelo definido por Shirk & Karver (2006, cit in Shirk et al., 2010), verificámos que a aliança foi estabelecida através de toda a sequência proposta por estes autores. No entanto, estes resultados por si só não poderão explicar a evolução positiva da sintomatologia e a percepção de bem-estar e satisfação de vida, tornando-se então importante referenciar outras variáveis que poderão explicar os resultados terapêuticos. Outros autores (DiGuiseppe et al., 1996; Shirk & Saiz, 1992), assim, referem que o tipo de problemas emocionais e desenvolvimentais poderão moderar a importância da aliança terapêutica para os resultados. Deste modo, verifica-se através dos dados recolhidos acerca do processo de intervenção e monitorização terapêutica, que a adolescente, no que diz respeito à evolução da sua sintomatologia, apresenta *scores* elevados na escala da *Internalização* ao longo de todo o processo de monitorização. Na relação entre esta escala e a aliança terapêutica, a literatura demonstra que os indivíduos com problemas de internalização tendem a formar mais facilmente uma aliança terapêutica do que os indivíduos com problemas de *Externalização* devido à sua maior necessidade em reduzir o desconforto interno e diminuir os problemas com a figura de autoridade. Deste modo, este resultado mostra-se congruente com a literatura no que concerne à relação entre os problemas de internalização e a formação da aliança terapêutica (DiGuiseppe et al., 1996), e, como tal, permitiu um maior envolvimento na realização de tarefas específicas propostas.

Relativamente ao seu desenvolvimento para a autonomia, foi percebido ao longo das sessões que a adolescente apresentava uma elevada dependência em relação aos seus pais (e.g. desejo de que os seus pais nunca morressem, pois sentir-se-ia muito sozinha; dificuldade em frequentar uma instituição de ensino superior longe dos seus pais – ver sessão 1 e 3). Quando foi proposto pela terapeuta trabalhar a sua autonomia face aos pais, a adolescente demonstrou alguma resistência. Neste sentido, a resistência apresentada pela adolescente são congruentes com o que a literatura demonstra em relação ao desafio que a formação da aliança terapêutica poderá apresentar quando é necessário fomentar o aumento da autonomia do adolescente (DiGuiseppe et al., 1996) e, conseqüentemente, torna-se mais difícil chegar a um acordo de objetivos terapêuticos. No entanto, os objetivos foram discutidos e o acordo sobre os mesmos foi bem-sucedido, contrariando assim o que a investigação

demonstra em relação ao problema que a formação de uma aliança entre o adolescente e o terapeuta apresenta: dificuldade em chegar a um acordo de objetivos e o envolvimento nas tarefas específicas da intervenção psicológica. De outro modo, Shirk e Karver (2006, cit in Shirk et al., 2010) demonstraram que uma aliança precoce é um fator preditivo de uma participação nas tarefas e, assim, a aliança poderá estar relacionada com os resultados na intervenção cognitivo-comportamental através da participação ativa nas sessões.

Mais especificamente, verificámos na sintomatologia da adolescente uma diminuição do *score total de problemas* entre a primeira sessão de monitorização e a última, embora os valores apresentados na escala da *Internalização* sejam muito próximos. Os itens que permaneceram até ao final da monitorização foram os itens da escala da *Internalização* “*sou demasiado medroso(a) ou ansiosa*” e “*preocupo-me muito*”, podendo dever-se à sua ansiedade de separação face aos pais, sendo que a concretização deste objetivo de intervenção psicológica teve início no final da recolha de dados deste estudo, não sendo, devido a constrangimentos temporais, possível avaliar a sua evolução. No que concerne aos outros itens da mesma escala, verificámos uma diminuição nas duas últimas sessões dos itens “*facilmente fico embaraçado(a) ou pouco à vontade*” e “*sinto-me sem valor ou inferior aos outros*”. Foi também interessante observar a diminuição nas duas últimas sessões do item “*sou infeliz, triste ou deprimido(a)*”, indicando uma melhoria no seu bem-estar emocional. Quanto à sua perceção de bem-estar e satisfação de vida, verificámos uma ligeira diminuição a partir da 4ª sessão, sendo que os valores se mantiveram nas sessões de monitorização seguintes (6ª, 8ª e 9ª sessão). Contudo, o valor superior na primeira administração poderá ser justificado pela intervenção feita nesta sessão, com o objetivo de desconstruir crenças erróneas relativamente aos seus sintomas de ansiedade antes dos testes, podendo ter enviesado assim uma maior perceção de bem-estar.

Podemos associar esta evolução positiva de sintomas ao estabelecimento da aliança terapêutica, sendo que a mesma foi avaliada através do Inventário de Aliança Terapêutica, tendo a adolescente apresentado *scores* acima da média e dentro da média nas componentes da relação, tarefas e objetivos. A aliança, assim, permitiu que a adolescente se envolvesse nas tarefas que lhe foram propostas, para além da sua capacidade em explorar alternativas para os seus problemas, permitindo uma evolução dos seus sintomas. Será ainda importante referir que a variável do relacionamento teve um ligeiro aumento entre a quarta (58) e sétima sessão (60), indicando estabilidade entre as sessões em relação à variedade de tarefas de intervenção específicas que, segundo a literatura, tende a variar (Shirk & Karver, 2003). Deste modo, os resultados demonstram que, de facto, existe uma relação entre a aliança terapêutica e a evolução positiva de sintomas. Contudo, os dados recolhidos no Questionário Pediátrico de Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de Vida não nos permite fazer uma associação clara entre as variáveis aliança terapêutica e evolução da perceção de bem-estar, uma vez que houve uma diminuição no *score total* da mesma. No entanto, salientamos a evolução da perceção do bem-estar em alguns aspetos do quotidiano que o questionário se propõe a avaliar, demonstrando assim uma

evolução na percepção de bem-estar na área familiar e escolar, onde centraram-se parte dos problemas reportados pela adolescente e os seus respetivos pais.

(iii) De que modo o padrão de vinculação dos pais estaria relacionado com a qualidade da aliança terapêutica?

O resultado da Escala de Vinculação do Adulto indica que o pai biológico da adolescente é classificado como **seguro**. Contudo, devido a constrangimentos, a avaliação da aliança terapêutica foi feita à mãe da adolescente na quinta e na sétima sessão, sendo que não há informação quanto ao padrão de vinculação da mesma. Deste modo, não existem dados suficientes para concretizar esta questão de investigação.

(iv) De que modo a aliança terapêutica entre os pais e o terapeuta estaria relacionada com a mudança terapêutica em relação à adolescente?

O resultado do Inventário da Aliança Terapêutica permite-nos confirmar que a mãe da adolescente estabeleceu a aliança terapêutica com um ligeiro aumento na subescala das *tarefas e relação* entre a quinta e a sétima sessão, assim como no *score total*. Deste modo, de acordo com a literatura, podemos também associar a relação entre estas duas variáveis à assiduidade da adolescente nas consultas de intervenção psicológica (Hawley & Weisz, 2005). Além do que aqui é apresentado, verificámos que uma das tarefas atribuídas aos pais centrou-se no reforço para a autonomia da adolescente através da dinâmica familiar, ou seja, de que modo poderiam contribuir para a sua autonomia através das tarefas, atividades e, sobretudo, tomada de decisões. Posto isto, constatámos através do BPM-P uma diminuição na sintomatologia da adolescente que poderemos associar à mudança terapêutica. Neste sentido, verificámos uma evolução positiva nos itens “*é desobediente em casa*”, “*age de uma maneira demasiado infantil para a sua idade*” e “*sente-se sem valor ou inferior aos outros*”. A evolução destes comportamentos/emoções indicam uma mudança terapêutica não só no que concerne à internalização e externalização, mas, sobretudo, no *score total de problemas* comparativamente com os sintomas apresentados entre o primeiro e o último momento de monitorização.

Além dos dados apresentados pelo BPM-P, verificámos também através do QPBS uma evolução de sintomas nos itens da relação familiar e nas atividades que conseguiu cumprir e terminar (atribuindo pontuação máxima em ambas). Assim, estes resultados estão de acordo com os resultados apresentados por Kazdin e colaboradores (2006), no qual referem que a qualidade da aliança entre os pais e o terapeuta estava relacionada com uma melhoria nas competências parentais e na interação dos mesmos com a criança/adolescente em casa. Estes autores, no seu estudo anterior (Kazdin et al., 2005), demonstraram que quanto melhor for a qualidade da aliança entre os pais e o terapeuta e entre a

criança e o terapeuta, maior serão as mudanças em torno da mesma e as técnicas de intervenção psicológica são entendidas como mais aceitáveis e, conseqüentemente, há uma maior adesão às mesmas.

(v) O modelo proposto mostrou-se adequado à avaliação da mudança em psicoterapia

Os instrumentos utilizados para medir a mudança em psicoterapia demonstram sensibilidade à mudança da sintomatologia psicopatológica reportada por múltiplos informadores (BPM) e permitiram avaliar as variáveis do bem-estar subjetivo da adolescente (QPBS) e a variável relacionada com o processo psicoterapêutico: a aliança terapêutica (WAI).

De acordo como os resultados do BPM, verificámos que este revelou-se útil na sua utilização, na medida em que foi possível analisar a evolução dos sintomas psicopatológicos inicialmente reportados pela adolescente e pelos pais, nomeadamente a sua sintomatologia ansiosa e baixa auto-estima. Neste sentido, os itens que integram o BPM, nas versões para pais e crianças, permitiram avaliar a sua evolução em múltiplos contextos, especialmente na escala da *Internalização*, onde se centraram maioritariamente os seus problemas. No que concerne ao QPBS, verificámos uma evolução na perceção do bem-estar e satisfação com a vida em alguns aspetos do quotidiano, nomeadamente na área escolar e familiar, no qual verificou-se uma clara evolução nos sintomas apesar do *score total* apresentar um resultado semelhante nas últimas três avaliações (61). O Inventário da Aliança Terapêutica, por sua vez, mostrou ser um instrumento adequado à avaliação da variável do processo aliança terapêutica, permitindo perceber a sua importância no processo terapêutico, nomeadamente na adesão às tarefas, objetivos e relacionamento (Bordin, 1979).

A utilização destes instrumentos permitiu, também, avaliar a evolução da adolescente sob a perspetiva de vários informadores, sendo esta avaliação recomendada por Shirk & Karver (2003), uma vez que demonstram na sua meta-análise que a associação entre os resultados e a aliança terapêutica poderão ser influenciados pela fonte de informação.

Deste modo, o modelo aqui proposto demonstrou-se adequado para uma monitorização psicoterapêutica sistemática e regular, de forma a controlar a resposta do adolescente à intervenção psicológica sendo que, para Lambert (2013), este procedimento poderá contribuir igualmente para os resultados positivos da psicoterapia e, assim, para a mudança em psicoterapia.

2. Limitações e sugestões para futuras investigações

Ao longo de todo o processo de trabalho para o presente estudo, nomeadamente na fase da revisão bibliográfica, foi percebido que uma grande parte da investigação existente acerca dos resultados em psicoterapia com crianças e adolescente baseou-se na literatura com adultos (Shirk et

al., 2010). Neste sentido, torna-se pertinente desenvolver novos estudos que identifiquem claramente quais são as variáveis que determinam os bons resultados psicoterapêuticos.

Não existem dúvidas quanto à importância da organização da vinculação para o estabelecimento de uma aliança terapêutica e, do mesmo modo, a importância da aliança para o sucesso da psicoterapia com adolescentes (Brendt & Poling, 1997; Meeks, 1971; Mufson, Moreau, Weissman & Klerman, 1993, cit in Shirk et al., 2010). Contudo, esta questão parece melhor resolvida na literatura com a população adulta comparativamente com os mais jovens. Assim, estes parecem valorizar mais outros aspetos da terapia tais como a relação com o seu terapeuta, sendo que esta relação surge associada a uma maior colaboração nas tarefas de intervenção (Shirk & Karver, 1992). Torna-se então importante o terapeuta atender às necessidades afetivas do cliente, assim como à sua experiência emocional e problemas apresentados. De outro modo, tendo em consideração esta necessidade de relacionamento para o estabelecimento de uma aliança terapêutica, é então importante o terapeuta avaliar a representação da vinculação do cliente para que possa tomar medidas adequadas em relação ao desenvolvimento de uma aliança terapêutica positiva.

A aliança terapêutica, na relação com os resultados terapêuticos, parece ainda pouco estudada na psicoterapia com crianças e adolescentes. O modelo de Bordin (1979) teve uma grande importância para a investigação. Contudo, não existe ainda um consenso quanto à sua importância específica para os resultados. Enquanto que uns investigadores valorizam mais o vínculo entre o cliente e o terapeuta, outros valorizam mais o acordo dos objetivos e as tarefas específicas de intervenção para a obtenção de resultados. Será, então, necessário investigar a relação que cada componente da aliança terapêutica (objetivos, tarefas e relação) tem na obtenção de resultados terapêuticos, uma vez que a relação entre as três componentes da aliança terapêutica com os resultados apresenta na literatura resultados positivos (Shirk et al., 2010).

Relativamente às limitações do presente estudo, existem algumas: em primeiro lugar, a avaliação do padrão de vinculação dos pais foi feita apenas a um dos progenitores, devendo ter sido feita aos dois. Uma vez que uma das variáveis deste estudo seria a relação entre a vinculação dos pais e a aliança terapêutica, não faria sentido não avaliar os dois elementos. Contudo, ao longo do processo verificámos que nem sempre ambos os pais acompanhavam a adolescente à consulta. Portanto, torna-se importante, em futuras investigações, ter especial atenção à assiduidade de ambos os pais. Além disto, outros instrumentos devem ser entregues igualmente a ambos os pais, nomeadamente o BPM-P e a WAI. O BPM-P porque faria sentido envolver o pai e a mãe biológica na avaliação sintomatológica da adolescente; e a WAI porque poderíamos ter analisado eventuais diferenças da aliança terapêutica nos resultados de ambos. Seria igualmente importante ter envolvido o Diretor de turma da adolescente na avaliação do BPM-T (*Brief Problem Monitor – Teacher*), uma vez que parte dos seus problemas centraram-se na escola. Por fim, teria sido importante acompanhar o processo de intervenção psicológica até ao final, de forma a perceber a sua evolução de sintomas noutras áreas, em especial a

sua ansiedade de separação com os pais. Além de que, claro, outros aspetos pertinentes para a investigação poderiam ter sido avaliados, tais como a manutenção da aliança ao longo do processo.

No que concerne à envolvência dos pais da adolescente para este estudo, pode não ter sido tão importante, uma vez que os mesmos só estiveram com a terapeuta em duas sessões. Assim, tal como a literatura demonstra, muitas vezes os adolescentes surgem na consulta sem a comparência dos pais e estes, em parte, não são integrados nas consultas, ao contrário da população infantil, onde a maioria da intervenção é centrada nos pais (Shirk et al., 2011).

Apesar das limitações acima descritas, considera-se que o presente estudo cumpriu o seu objetivo central sendo que, assim, mesmo dentro de um leque diversificado de questões ainda por resolver nesta área de estudo, podemos concluir que o padrão de vinculação e a aliança terapêutica têm um papel importante na obtenção de resultados positivos na psicoterapia com adolescentes.

Como sugestão para futuras investigações, recomenda-se a utilização de uma metodologia mista, tal como tínhamos planeado para o presente estudo. A adoção de uma metodologia mista, utilizando a metodologia qualitativa e quantitativa, tendo em conta a complexidade deste tema, deve-se essencialmente ao facto de permitir atingir o pleno conhecimento acerca das questões e objetivos de pesquisa (Hinton, 2004). Além de que, segundo Trafimow (2014), considera que existe um leque diversificado de vantagens que poderemos retirar nesta abordagem, uma vez que considera os métodos e objetivos das duas metodologias, ultrapassando desta forma as limitações de cada uma destas. Será importante, também, que em futuras investigações tenha-se especial atenção ao nível de desenvolvimento do sujeito, uma vez que a intervenção com crianças difere da intervenção com adolescentes. Por este motivo, seria adequado distinguir este tipo de investigação no que concerne às idades dos jovens. Será importante, também, aumentar o número de estudos para as diferentes perturbações na infância e adolescência, uma vez que, segundo Shirk e colaboradores (2010), quase metade dos estudos envolvem intervenções psicológicas cujas eficácias são desconhecidas sendo que, por isso, caso as intervenções falhem e não consigam promover a mudança ou uma variação significativa nos resultados, é provável que a aliança não seja estabelecida.

Referências Bibliográficas

- Achenbach System of Empirically Based Assessment. (2011). *Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor™ (BPM)*. Consultado em Achenbach System of Empirically Based Assessment. Disponível em [http://www.aseba.org/ASEBA%20Brief%20Problem%20Monitor%20Manual.p df](http://www.aseba.org/ASEBA%20Brief%20Problem%20Monitor%20Manual.pdf)
- Achenbach, T., McConaughy, S., Ivanova, M., & Rescorla, L. (2011). *Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor*. Burlington: University of Vermont, Research Centre for Children, Youth, & Families.
- Achenbach, T., Rescorla, L., Dias, P., Ramalho V., Lima, V. S., Machado, B. C., & Gonçalves, M. (2014). *Manual do Sistema de Avaliação Empiricamente Validado (ASEBA) para o Período Pré-Escolar e Escolar*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44(4), 709–716. doi: 10.1037/0003-066X.44.4.709
- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Ammaniti, M., Van IJzendoorn, M. H., Speranza, A. M., & Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence: An exploration of stability and change. *Attachment & Human Development*, 2(3), 328-346. doi: 10.1080/14616730010001587
- Arghode, V. (2012). Qualitative and quantitative research: Paradigmatic differences. *Global Education Journal*, 2012(4), 155-163.
- Barber, P. J., Connolly, B. M., Christoph-Crits, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance Predicts Patient's Outcome Beyond In-Treatment Change in Symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1027-1032. doi: 10.1037/1949-2715.S.1.80
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M., E., Weiss, R., D., & Connolly, M., B. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse

- Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16(2), 229–240. doi: 10.1080/10503300500288951
- Barlow, S. M. (2003). *The relationship of adolescent attachment to parents and peers with therapeutic alliance*. PhD Dissertation in Philosophy, The Florida State University College of Human Sciences, Tallahassee. Disponível em: <http://diginole.lib.fsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1265&context=etd>
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178.
- Baruch, G., Vrouva, I., & Fearon, P. (2009). A follow-up study of characteristics of young people that dropout and continue psychotherapy: Service implications for a clinic in the community. *Child and Adolescent Mental Health*, 14(2), 69-75. doi: 10.1111/j.1475-3588.2008.00492.x
- Benoit, D., & Parker, K. C. H. (1994). Stability and transmission of attachment across three generations. *Child Development*, 65(5), 1444–1456. doi: 10.1037/0022-3514.58.4.644
- Bickman, L., Andrade, A. R., Lambert, E. W., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, A. S. Rumberger, D. T., Moore-Kurnot, J., McDonough, L.C. & Rautkis, M.B. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2), 134-148.
- Black, T. G. (2009). Stories from the Heart: Narratives of Change in Therapeutic Enactment. *Canadian Journal of Counselling*, 43(2), 92–105.
- Bolsover, N. (2008). Talking as a secure base: Towards the resolution of the Dodo verdict? *Counselling Psychology Quarterly*, 21(1), 11–17. doi:10.1080/09515070801927775
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Separation: anxiety and anger*. Vol II. Basic Books, New York.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent–child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.

- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: Retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds), Growing points in attachment theory and research. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50 (1-2 Serial No. 209).
- Bretherton, I. (1992). The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759-775. doi: 10.1037/0012-1649.28.5.759
- Burlingame, G., Wells, M., Lambert, M., & Cox, J. (2004). Youth Outcome Questionnaire (Y-OQ). In M. Maruish (Ed.). *The use of psychological testing for treatment planning and outcome assessment* (3ed., Vol. 2). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Carvalho, M. (2007). Vinculação, Temperamento e Processamento da Informação: Implicações nas Perturbações Emocionais e Comportamentais no início da Adolescência. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/8410>
- Chorpita, B. E. & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: the role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124(1), 3-21.
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion and behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(4), 810-832. doi: 10.1037/0022-3514.71.4.810
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 644-663. doi: 10.1037/0022-3514.58.4.644
- Costa, A. M. (2014). *Vinculação, Aliança Terapêutica e Mudança em Psicoterapia* (dissertação de mestrado). Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/15188>
- Davila, J., & Levy, K. (2006). Introduction to the special section on attachment theory and psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 989-993. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.989
- DeVet, K., Kim, Y., Charlot-Swilley, D., & Ireys, H. (2003). The therapeutic relationship in child therapy: Perspectives of children and mothers. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(2), 277-283.

- 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*(4), 355–368. doi: 10.1037/h0087729
- Dias, P., Machado, B. C., Lima, V. S., & Gonçalves, M. (2007). Versão portuguesa da bateria ASEBA. Manuscrito não publicado. Porto: Universidade Católica Portuguesa.
- Digiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology, 5*, 85-100.
- Doerfler, A. D., Addis, M. E., & Moran, P. W. (2002). Evaluating Mental Health Outcomes in an Inpatient Setting: Convergent and Divergent Validity of the OQ-45 and BASIS-32. *Journal of Behavioral Health Services & Research, 29*(4), 394–403.
- Dwyer, K. M. (2005). The meaning and measurement of attachment in middle and late childhood. *Human Development, 48*(3), 155-182. doi: 10.1159/000085519
- Endicott, J., Nee, J., Yang, R., & Whollberg, C. (2006). Pediatric Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (PQ-LES-Q): Reliability and Validity. *Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(4), 401-407. doi: 10.1097/01.chi.0000198590.38325.81
- Evans, R., Mellor-Clark, J., Barkham, M., & Mothersole, G. (2006). Developing the resources and management support for routine evaluation in counselling and psychological therapy service provision: Reflections on a decade of core development. *European Journal of Psychotherapy and Counselling, 8*, 141–161. doi: 10.1080/13642530600712494
- Faw, L., Hogue, A., Johnson, S., Diamond, G. M., & Liddle, H. A. (2005). The adolescent therapeutic alliance scale (ATAS): Initial psychometrics and prediction of outcome in family-based substance abuse prevention counseling. *Psychotherapy Research, 15*(1/2), 141-154. doi: 10.1080/10503300512331326994
- Feeley, M., DeRubeis, R., & Gelfand, L. (1999). The temporal relation of adherence and alliance to symptom change in cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(4), 578–582. doi: 10.1037/0022-006X.67.4.578

- Figueiredo, B., Dias, P., Lima, V. S., Raposo, H., Lamela, D., Machado, P., & Horvath, A. (no prelo). Portuguese version of the Working Alliance Inventory for Children and Adolescents (WAI-CA): Development and psychometric properties.
- Firestone, W. A. (1987). Meaning in method: The rhetoric of quantitative and qualitative research. *Educational Researcher, 16*(7), 16-21.
- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G., Barratt, T., & Hwang, W-C. (2000). Role of the working alliance in the treatment of delinquent boys in community-based programs. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*(1), 94-107.
- Freud, A. (1946). *The psychoanalytic treatment of children*. New York: International Universities Press.
- Froyd, J. E., Lambert, M. J., & Froyd, J. D. (1996). A review of practices of psychotherapy outcome measurement. *Journal of Mental Health, 5*(1), 11-15. doi: 10.1080/09638239650037144
- Furman, W., Simon, V. A., Shaffer, L., & Bouchey, H. A. (2002). Adolescents' working models and styles for relationships with parents, friends, and romantic partners. *Child Development, 73*(1), 241-255.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology, 41*(3), 296-306. doi: 10.1037/0022-0167.41.3.296
- Gergen, K. J., & Kaye, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.); *Therapy as social construction* (pp. 166-185). Thousand Oaks, California: Sage.
- Gilbert, P. & Leahy, R.L. (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural therapies*. New York: Routledge.
- Gonçalves, A. P. (2008). *Estilos de vinculação e aliança terapêutica na psicoterapia infantil*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/3390>.
- Green, J. & Campbell, W. (2000). Attachment and exploration in adults: chronic and contextual accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin, 26*(4), 452-461.

- Hanna, F. J., & Ritchie, M. H. (1995). Seeking the active ingredients of psychotherapeutic change: Within and outside the context of therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(2), 176–183. doi: 10.1037/0735-7028.26.2.176
- Hawley, K., & Weisz, J. (2003). Child, parent and therapist (dis)agreement on target problems in outpatient therapy: The therapist's dilemma and its implications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 62–70. doi: 10.1037/0022-006X.71.1.62
- Hawley, K. M., & Weisz, J. R. (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(1), 117–128. doi: 10.1207/s15374424jccp3401_11
- Hardtke, K. K., & Angus, L. E. (2004). The narrative assessment interview: Assessing self-change in psychotherapy. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 247-262). Thousand Oaks, California: Sage.
- Harpaz-Rotem, I., & Blatt, J. S. (2009). A Pathway to Therapeutic Change: Changes in Self-representation in the Treatment of Adolescents and Young Adults. *Psychiatry*, 72(1), 32-49.
- Hinton, P. (2004). *Statistics Explained: A Guide for Social Science Students* (2th ed.). Taylor & Francis.
- Horvath, A. O. (1994). Empirical validation of Bordin's pan theoretical model of alliance: The working alliance inventory perspective. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: theory, research and practice* (pp.109–128). New York: Wiley.
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233. doi: 10.1037/0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139-149. doi: 10.1037/0022-0167.38.2.139
- Karver, M., Shirk, S., Handelsman, J. B., Fields, S., Crisp, H., Gudmundsen, G., & McMakin, D. (2008). Relationship processes in youth psychotherapy: Measuring alliance, alliance-building

- behaviors, and client involvement. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 16(1), 15–28. doi: 10.1177/1063426607312536
- Kazdin, A. (1996). Dropping out of child psychotherapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1(1), 133-156.
- Kazdin, A. E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 253-276. doi: 10.1146/annurev.psych.54.101601.145105
- Kazdin, A. E., Marciano, P., & Whitley, M. K. (2005). The therapeutic alliance in cognitive-behavioral treatment of children referred for oppositional, aggressive and antisocial behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 726-730. doi: 10.1037/0022-006X.73.4.726
- Kazdin, A. E., & Nock, K. M. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of child and Psychiatry*, 44(8), 1116-1129. doi: 10.1111/1469-7610.00195
- Kazdin, A. E., Whitley, M., & Marciano, P. L. (2006). Child-therapist and parent-therapist change in treatment of children referred for oppositional, aggressive and antisocial behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5), 436-445. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01475.x
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100–110. doi: 10.1037/0022-006X.62.1.100
- Kendall, P. C. (2012). Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures, 4th edition. *British Journal of Psychology*, 103(2), 284-292. doi: 10.1111/j.2044-8295.2012.02100.x
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindell, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(3), 366–380. doi: 10.1037/0022-006X.65.3.366

- Lambert, M. J. (2013). Outcome in Psychotherapy: The past and Important Advances. *Psychotherapy, 50*(1), 42-51. doi: 10.1037/a0030682
- Lambert, M. J., & Hawkins, E. (2004). Measuring Outcome in Professional Practice: Considerations in Selecting and Using Brief Outcome Instruments. *Professional Psychology: Research and Practice, 35*(5), 492-499. doi: 10.1037/0735-7028.35.5.492
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is it time to track patient outcome on a routine basis? *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 288–301. doi: 10.1093/clipsy/bpg025
- Lutz, W., Saunders, S., Leon, C., Martinovich, Z., Kosfelder, J., & Schulte, D. (2006). Empirically and clinically useful decision-making in psychotherapy: Differential predictions with treatment response models. *Psychological Assessment, 18*(2), 133-141. doi: 10.1037/1040-3590.18.2.133
- Main, M. (1996). Introduction to the special Section on Attachment and Psychopathology: 2. Overview of the Field of Attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 237-243. doi: 10.1037/0022-006X.64.2.237
- Marmar, C. R., Gaston, L., Gallagher, D., & Thompson, L. W. (1989). Alliance and outcome in late-life depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 177*(8), 464-472.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & 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*(3), 438-450. doi: 10.1037/0022-006X.68.3.438
- Martin, J., & Sugarman, J. (1999). *The psychology of human possibility and constraint*. New York: State University of New York.
- McClendon, D., Warren, J., Green, K., Burlingame, G., Eggett, D., & McClendon, R. (2011). Sensivity to Change of Youth Outcome Measures: A Comparison of the CBCL, BASC-2, and Y-OQ. *Journal of Clinical Psychology, 67*(1), 111-125. doi: 10.1002/jclp.20746
- McLeod, J. (2013). Qualitative Research: Methods and Contributions. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6.° ed., pp. 49-84). New Jersey: John Wiley & Sons.

- Muderrisoglu, S. (1999). Defensive functioning and affect within adult attachment patterns. *Dissertation Abstract*, 59(7), 3705.
- Neimeyer, R. A. (1993). An appraisal of constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 221-234. doi: 10.1037/0022-006X.61.2.221
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4–8. doi: 10.1037/a0022180
- Ogles, B. M. (2013). Measuring Change in Psychotherapy Research. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6.º ed., pp. 134-166). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Oliveira, M. G., Dias, P., Gonçalves, M., & Machado, B. C. (2008). Questionário Pediátrico de Bem-Estar, Satisfação e Qualidade de Vida (QPBSQ): Estudo psicométrico com Amostra Não-Clinica. In A. P. Noronha, C. Machado, L. S. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins & V. Ramalho (Coords.). *Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas & Contextos*. Braga: Psiquilíbrios.
- Pacheco, A. P., Costa, R. A., & Figueiredo, B. (2003). Estilo de Vinculação, Qualidade da Relação com Figuras Significativas e da Aliança Terapêutica e Sintomatologia Psicopatológica: Estudo exploratório com Mães Adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(1), 35-59.
- Phelps, R., Eisman, E. J., & Kohout, J. (1998). Psychological practice and managed care: Results of the CAPP practitioner survey. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29(1), 31–36. doi: 10.1037/0735-7028.29.1.31
- 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.
- Platts, H., Tyson, M., & Mason, O. (2002). Adult attachment style and core beliefs: Are they linked? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(5), 322-348. doi: 10.1002/cpp.345
- Porpottas, P. (2012). Working with the therapeutic relationship in cognitive behavioural therapy from an attachment theory perspective. *Counselling Psychological Society*, 27(3), 91-99.

- Rector, N. A., Zuroff, D. C., & Segal, Z. V. (1999). Cognitive change and the therapeutic alliance: The role of technical and nontechnical factors in cognitive therapy. *Psychotherapy, 36*(4), 320–328. doi: 10.1037/h0087739
- Reynolds, C. ., & Kamphaus, R. (2004). *Behavioral Assessment System for Children*, Second Edition (BASC-2) (2nd ed.). Circle Pines, MN: AGS Publishing.
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilíbrios.
- Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology, 21*(2), 95-103. doi: 10.1037/h0045357
- Russell, R. L., Shirk, S. R., & Jungbluth, N. (2008). First-session pathways to the working alliance in cognitive behavioral therapy for adolescent depression. *Psychotherapy Research, 18*(1), 15–27. doi: 10.1080/10503300701697513
- Salzer, M. S., Bickman, L., & Lambert, E. W. (1999). Dose-Effect Relationship in Children's Psychotherapy Services. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(2), 228-238. doi: 10.1037/0022-006X.67.2.228
- Shirk, S. (1988). *Cognitive development and child psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Shirk, S. R., Gudmundsen, G., Kaplinski, H., & McMakin, D. (2008). Alliance and outcome in cognitive-behavioral therapy for adolescent depression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37*(3), 631–639. doi: 10.1080/15374410802148061
- Shirk, S. R., & 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*(3), 452–464. doi: 10.1037/0022-006X.71.3.452
- Shirk, S. R., Caporino, N. E., & Karver, M. S. (2010). The alliance in adolescent therapy: conceptual, operational and predictive issues. In Castelo-Blanco, D. (ed) & Karver, M. S. (ed). *Elusive alliance: treatment engagement strategies with high-risk adolescent* (pp. 59-93). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/12139-002>
- Shirk, S. R., Karver, M., & Brown, R. (2011). The Alliance in Child and Adolescent Psychotherapy. *Psychotherapy, 48* (1), 17-24. doi: 10.1037/a0022181

- Shirk, S. R., & Saiz, C. C. (1992). Clinical, empirical, and developmental perspectives on the therapeutic relationship in child psychotherapy. *Development and Psychopathology*, 4(4), 713–728.
- Smith-Acuna, S., Durlak, J., & Kaspar, C. (1991). Development of child psychotherapy process measures. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(2), 126–131.
- Sousa, Z. (2006). *Psicoterapia, Narrativa e Mudança – histórias sobre o processo terapêutico*. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/6265>
- Soares, I. (2007). *Relações de Vinculação ao Longo do Desenvolvimento: Teoria e Avaliação*. Braga: Psiquilíbrios.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2005). Placing early attachment experiences in developmental context: The Minnesota Longitudinal Study. In K.E. Grossmann, K. Grossmann, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 48-70). New York: The Guilford Press.
- Strupp, H. H. (1963). The outcome problem in psychotherapy revisited. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1, 1–13. doi: 10.1037/h0088565
- Strupp, H. H. (1989). Psychotherapy: Can the practitioner learn from the researcher? *American Psychologist*, 44(4), 717-724. doi: 10.1037/0003-066X.44.4.717
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32(3), 187–196. doi: 10.1037/10070-062
- Trafimow, D. (2014). Considering Quantitative and Qualitative Issues Together. *Qualitative Research in Psychology*, 11(1), 15-24. doi: 10.1080/14780887.2012.743202
- Waldron, B. (1995). Pathological attachment patterns in adults: their relationship to perception of social support. *Dissertation Abstract*, 56, 113.

ANEXOS

Consentimento informado

Mudança em psicoterapia: vinculação e aliança terapêutica como fatores de mudança em psicoterapia com crianças e adolescentes

Este estudo enquadra-se no âmbito da dissertação de mestrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, da Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa. O estudo tem como objetivo compreender a relação entre variáveis relacionais e a mudança no processo psicoterapêutico com crianças e adolescentes. A participação no estudo consiste no preenchimento de instrumentos de avaliação por parte dos pais e dos adolescentes:

- Escala de Vinculação do Aulto (E.V.A.)
- Inventário sobre a vinculação para a infância e adolescência – versão de auto-avaliação e hetero-avaliação (IVIA)
- Brief Problem Monitor (BPM-P/BPM-Y)
- Inventário de Aliança Terapêutica (WAI/WAI-CA)
- Questionário Pediátrico sobre Bem-estar e satisfação com a vida (QPBS)
- Ficha sociodemográfica

“Declaro que tomei conhecimento dos objetivos do estudo. Fui informado/a de todos os aspetos que considero importantes e tive a oportunidade de esclarecer os minhas dúvidas sobre a investigação. Participo de forma voluntária e fui informado/a de que a minha participação, ou recusa em participar, não traria qualquer prejuízo para mim ou para o(a) meu filho(a).”

Participante

Assinatura _____ Data _____

Nome _____

Contacto do responsável pelo estudo: Pedro Dias, Universidade Católica Portuguesa

(pdias@porto.ucp.pt; 226196200 (ext. 132).

Ficha sociodemográfica

Quem preenche a ficha sociodemográfica?

- Pai
- Mãe
- Outro. Quem? _____

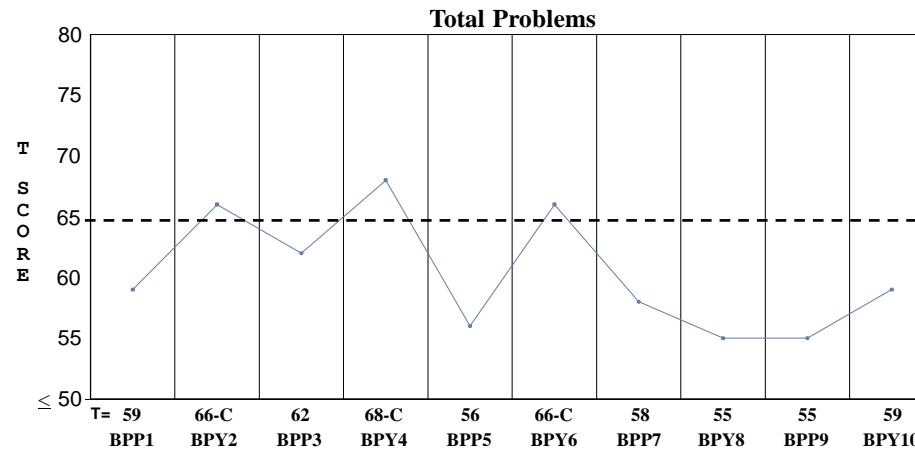
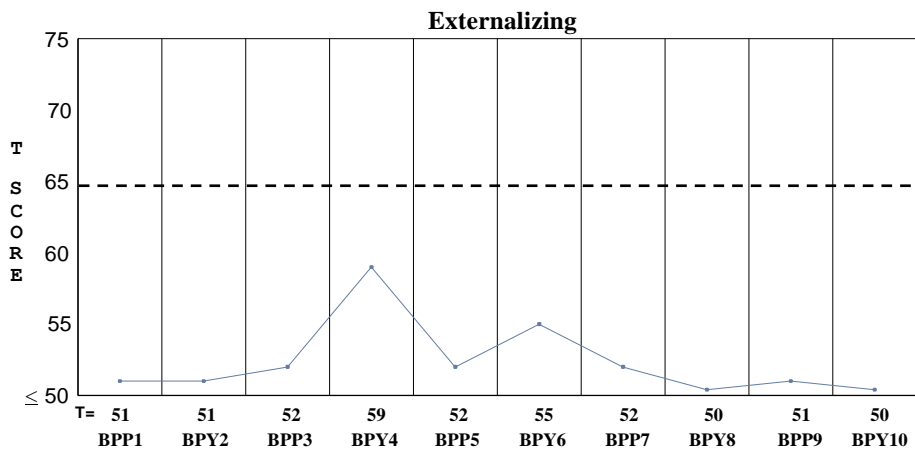
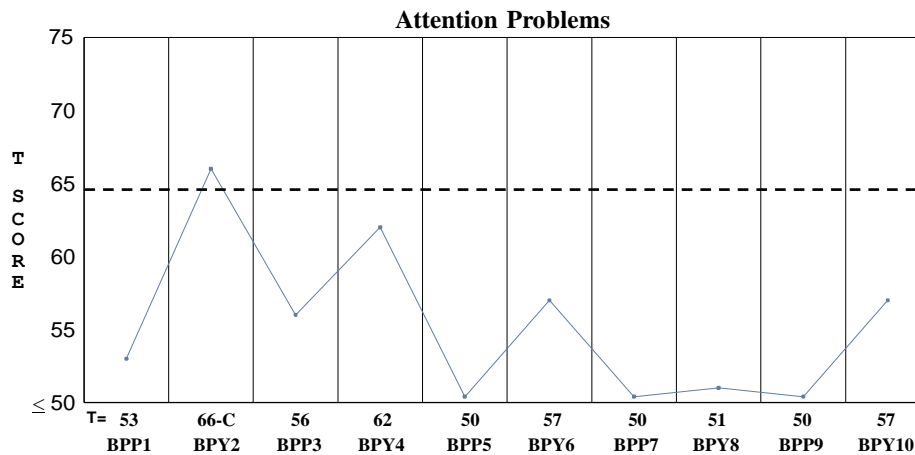
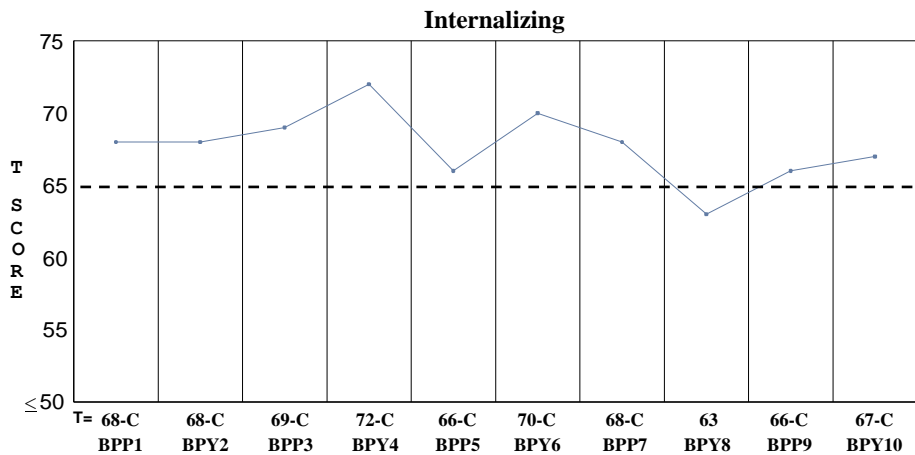
<p>Sexo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino 	<p>Idade:</p> <p>_____ anos</p>
<p>Estado civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado/ em união de facto <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Separado/divorciado 	<p>Se tem um relacionamento estável, qual é a sua duração, em anos e/ou meses:</p> <p>_____ anos _____ meses</p>
<p>Em que tipo de área vive:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Suburbana 	<p>Habilitações literárias:</p> <p>_____</p> <p>Profissão:</p> <p>_____</p>
<p>Com quem vive filho(a):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pai e mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outros: quem? 	
<p>Idade do cônjuge:</p> <p>_____ anos</p>	<p>Profissão do cônjuge:</p> <p>_____</p>
<p>O seu filho/a viveu algum período separado/a do pai ou da mãe?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. De quem? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Ambos <p>Que idade tinha? _____ anos</p>	<p>Qual foi o motivo da separação?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Doença do pai <input type="checkbox"/> Morte do pai <input type="checkbox"/> Conflito entre os pais <input type="checkbox"/> Doença da mãe <input type="checkbox"/> Morte da mãe

Quanto tempo esteve separado? _____	<input type="checkbox"/> Divórcio	
Quem tomou conta dele? _____	<input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____	
Assinale, das situações abaixo descritas, as que ocorreram na vida do seu filho/a?		
	Há menos de 1 ano	Há mais de um ano
Problemas de saúde do próprio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de saúde na família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterações no ambiente familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas com os pais e irmãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas com a família alargada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas com a escola	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas com os amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas com relacionamentos íntimos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Documento a ser entregue até dia ____/_____/_____

Anexo II - Brief Problem Monitor Trajectory Graphs

Form	Rating #	Age	Informant Name	Relationship	Date	Form	Rating #	Age	Informant Name	Relationship	Date
BPP1	1	15	J. M.	Biological Father	06/19/2014	BPY6	3	16	Self	Self	09/15/2014
BPY2	1	15	Self	Self	06/19/2014	BPP7	4	16	C. S.	Biological Mother	11/06/2014
BPP3	2	16	C. S.	Biological Mother	07/03/2014	BPY8	4	16	Self	Self	11/14/2014
BPY4	2	16	Self	Self	07/03/2014	BPP9	5	16	C. S.	Biological Mother	12/15/2014
BPP5	3	16	J. M.	Biological Father	09/15/2014	BPY10	5	16	Self	Self	12/18/2014

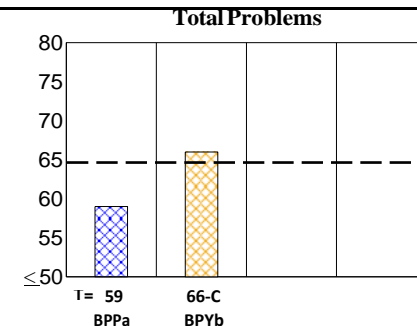
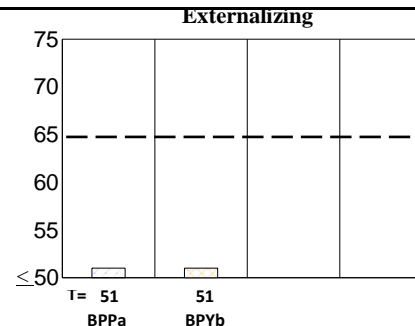
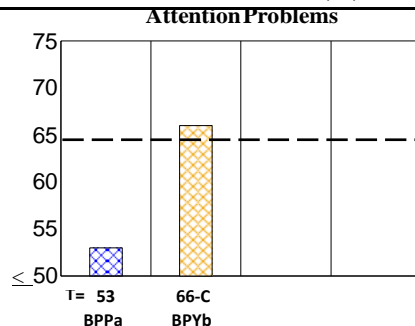
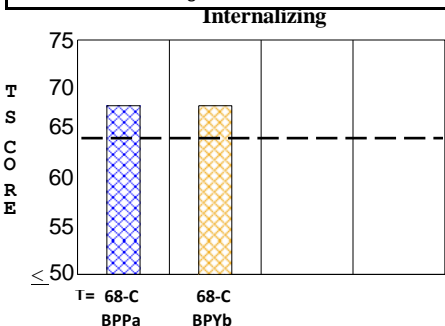


nc = not calculated; data missing
 * = No scale score for this rating period

Anexo III - Brief Problem Monitor Cross-Informant Report

Rating Period 1

Form	Society	Age	Informant Name	Relationship	Date	Form	Society	Age	Informant Name	Relationship	Date
BPPa	Portugal	15	J. M.	Biological Father	06/19/2014						
BPYb	Portugal	15	Self	Self	06/19/2014						



	BPPa	BPYb
Worthless	1	2
Fearful	2	2
Guilty	1	0
SelfConc	1	1
Unhappy	1	1
Worries	1	2

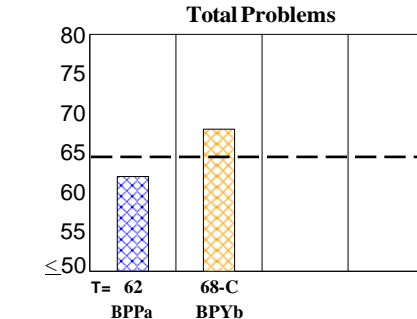
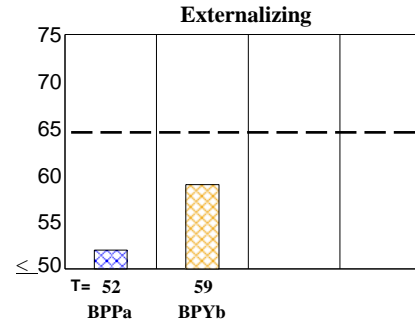
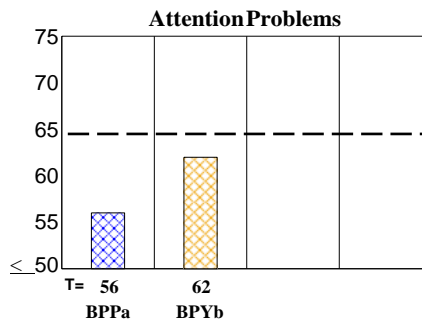
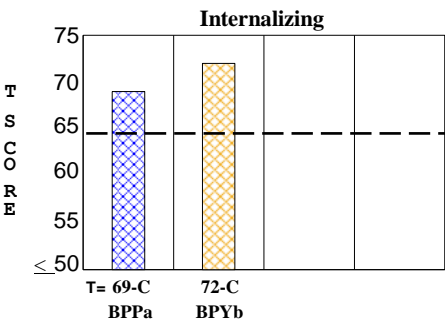
	BPPa	BPYb
ActsYoung	1	0
FailsToFinish	1	1
Concentrate	0	1
SitStill	0	2
Impulsive	0	1
Inattentive	1	1

	BPPa	BPYb
Argues	1	1
DestroysThings	0	0
DisobeyHome	1	0
DisobeySchl	0	0
Stubborn	0	2
Temper	0	0
Threatens	0	0

* Item not included on BPM-T

Rating Period 2

Form	Society	Age	Informant Name	Relationship	Date	Form	Society	Age	Informant Name	Relationship	Date
BPPa	Portugal	16	C. S.	Biological Mother	07/03/2014						
BPYb	Portugal	16	Self	Self	07/03/2014						



	BPPa	BPYb
Worthless	1	2
Fearful	1	2
Guilty	2	1
SelfConc	1	2
Unhappy	1	1
Worries	2	2

	BPPa	BPYb
ActsYoung	1	1
FailsToFinish	0	1
Concentrate	1	1
SitStill	0	0
Impulsive	1	1
Inattentive	1	1

	BPPa	BPYb
Argues	1	1
DestroysThings	0	0
DisobeyHome	1	1
DisobeySchl	0	0
Stubborn	1	2
Temper	0	1
Threatens	0	0

C = Scores above broken line are high enough to be of concern
nc = not calculated; data missing

Brief Problem Monitor Cross-Informant Report

ID: M208 Name: M. J. M. Gender: Female Birth Date: 06/20/1998 Report Date: 01/06/2015

Rating Period 3

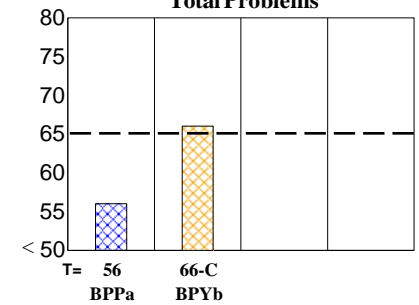
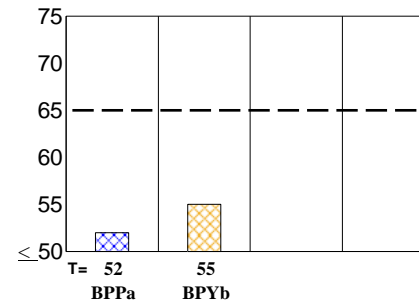
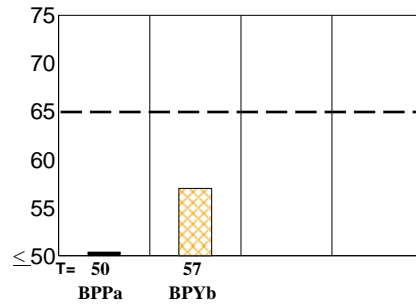
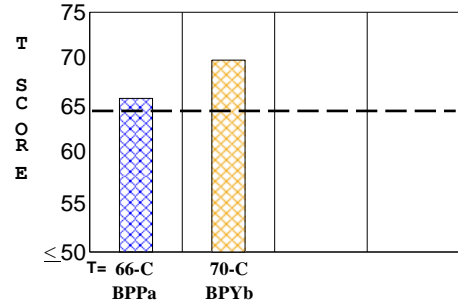
Form	Society	Age	Informant Name	Relationship	Date	Form	Society	Age	Informant Name	Relationship	Date
BPPa	Portugal	16	J. M.	Biological Father	09/15/2014						
BPYb	Portugal	16	Self	Self	09/15/2014						

Internalizing

Attention Problems

Externalizing

Total Problems



Worthless	1	1	Acts Young	0	0	Argues	1	1
Fearful	2	2	FailsToFinish	1	1	DestroysThings	0	0
Guilty	0	1	Concentrate	0	1	DisobeyHome	1	0
SelfConc	1	2	SitStill	0	0	DisobeySchl	0	0
Unhappy	1	1	Impulsive	0	1	Stubborn	1	2
Worries	1	2	Inattentive	0	1	Temper	0	1
						Threatens	0	0

** Item not included on BPM-T*

Rating Period 4

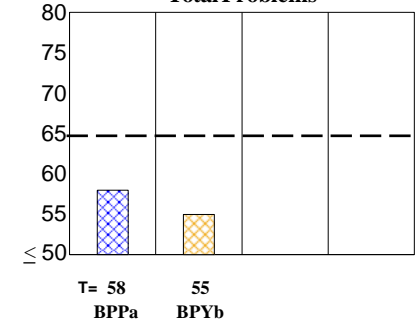
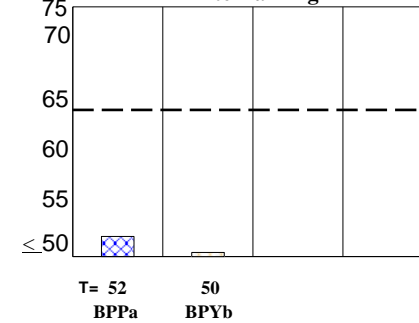
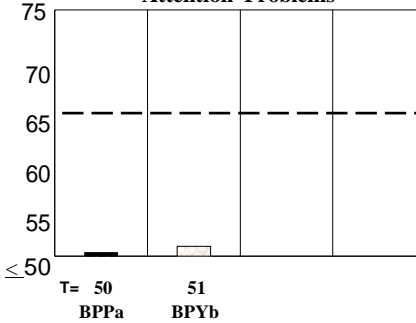
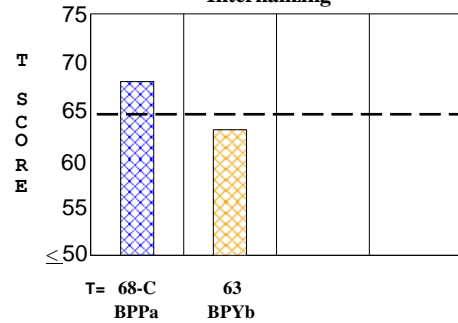
Form	Society	Age	Informant Name	Relationship	Date	Form	Society	Age	Informant Name	Relationship	Date
BPPa	Portugal	16	C. S.	Biological Mother	11/06/2014						
BPYb	Portugal	16	Self	Self	11/14/2014						

Internalizing

Attention Problems

Externalizing

Total Problems



Worthless	1	1	Acts Young	0	1	Argues	1	1
Fearful	1	2	FailsToFinish	0	0	DestroysThings	0	0
Guilty	1	0	Concentrate	1	1	DisobeyHome	1	0
SelfConc	1	1	SitStill	0	0	DisobeySchl	0	0
Unhappy	1	0	Impulsive	0	0	Stubborn	1	1
Worries	2	2	Inattentive	0	0	Temper	0	0
						Threatens	0	0

** Item not included on BPM-T*

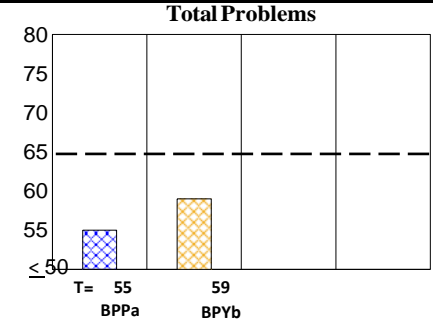
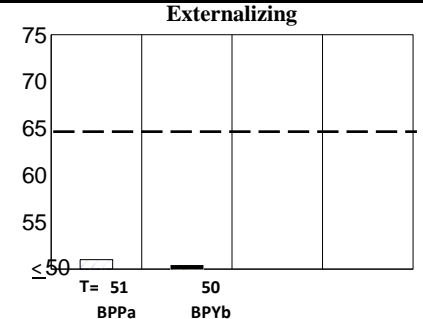
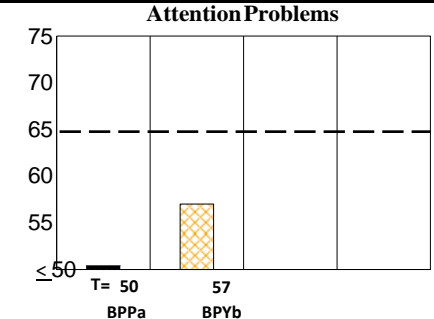
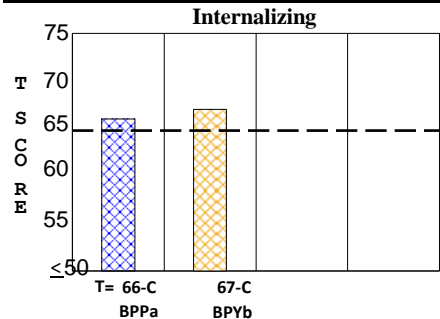
*C = Scores above broken line are high enough to be of concern
nc = not calculated; data missing*

Brief Problem Monitor Cross-Informant Report

ID: M208 Name: M. J. M. Gender: Female Birth Date: 06/20/1998 Report Date: 01/06/2015

Rating Period 5

Form	Society	Age	Informant Name	Relationship	Date	Form	Society	Age	Informant Name	Relationship	Date
BPPa	Portugal	16	C. S.	Biological Mother	12/15/2014						
BPYb	Portugal	16	Self	Self	12/18/2014						



Worthless	0	1	ActsYoung	0	1	Argues	1	1
Fearful	1	2	FailsToFinish	0	1	DestroysThings	0	0
Guilty	1	1	Concentrate	0	1	DisobeyHome	0	0
SelfConc	1	1	SitStill	0	0	DisobeySchl	0	0
Unhappy	1	0	Impulsive	1	1	Stubborn	1	1
Worries	2	2	Inattentive	0	0	Temper	0	0
						Threatens	0	0

** Item not included on BPM-T*

T
S
C
O
R
E

*C = Scores above
broken line are
high enough to be
of concern*

nc = not calculated; data missing