



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

Aliança terapêutica em psicoterapia com crianças e adolescentes: estudo exploratório sobre o impacto de variáveis do cliente

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

David Anthony Johnofre Rodrigues Berrueco

Porto, Janeiro de 2017



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
E PSICOLOGIA

PORTO

Aliança terapêutica em psicoterapia com crianças e adolescentes: estudo exploratório sobre o impacto de variáveis do cliente

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

David Anthony Johnofre Rodrigues Berrueco

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor Pedro Silva Dias

Porto, Janeiro de 2017

Resumo

A aliança terapêutica é um constructo essencial ao processo psicoterapêutico, estando presente em todas as formas de psicoterapia; todavia, poucos estudos nas populações jovens se tem debruçado sobre o impacto que as variáveis do cliente têm na aliança terapêutica.

Este estudo avaliou quantitativamente o impacto das variáveis género, idade, diagnóstico, prognóstico e número de sessões, na percepção sobre a aliança terapêutica de 40 psicoterapeutas de crianças e adolescentes.

A recolha de dados foi efectuada com recurso a um questionário online elaborado pela equipa de investigação e preenchido pelos terapeutas, sendo os dados obtidos sujeitos a análise de testes estatísticos não paramétrico.

De uma forma geral, o presente estudo verificou o seguinte:

A) A percepção dos terapeutas da dimensão Relação da aliança terapêutica aumenta ao longo das sessões.

B) Jovens com perturbações de internalização apresentam valores superiores na percepção dos terapeutas da dimensão Tarefas.

C) A percepção dos terapeutas da dimensão Objetivos da aliança terapêutica é superior nos clientes do género feminino.

D) Os terapeutas percebem a dimensão Relação da aliança terapêutica superior em jovens com um prognóstico favorável.

E) Não foi encontrada nenhuma relação entre a idade do cliente e a percepção do terapeuta dos valores da aliança terapêutica.

Palavras-chave: percepção da aliança terapêutica; variáveis do cliente; crianças e adolescentes

Abstract

The therapeutic alliance is an essential part of the therapeutic process, in almost all types of psychotherapy, nevertheless, few studies have reflected upon the impact of client variables on the therapeutic alliance in young clients.

The present study to evaluate from a quantitative standpoint the impact of the client gender, prognostic, client's age, diagnosis and number of completed sessions, on the perception of the therapeutic alliance of 40 therapists that work with children and adolescents.

The data for this study was collected through an online questionnaire formulated by the researchers, and answered by the therapists. The data collected was subjected to nonparametric statistical analysis.

In broad terms, the following study was able to verify the following:

A) The therapist perception of the Relation component of the therapeutic alliance increases along the number of completed sessions.

B) Young clients that presented internalizing disorders were perceived by the therapist as having higher values of the Task component of the therapeutic alliance.

C) Therapist perceptions of the Objective component of the therapeutic alliance was superior in female clients.

D) Therapist perceptions of the Relation component of the therapeutic alliance was superior in clients with a good prognostic.

E) No relation between Therapist perceptions of the therapeutic alliance and age of the client was found.

Keywords:

Therapist perceptions of the therapeutic alliance; client variables; children and adolescents

Índice

Introdução	1
Enquadramento Teorico	1
Aliança Terapêutica.....	1
Aliança Terapêutica em Crianças e Adolescentes.....	3
Metodo	6
Objetivo Geral.....	6
Objectivos Específicos.....	7
Participantes.....	7
Instrumentos.....	8
Procedimentos	9
Procedimento de Recolha de Dados.....	9
Procedimento de Tratamento de Dados.....	9
Resultados	11
Síntese dos Dados Obtidos.....	11
Perceção da Aliança Terapêutica e o Diagnostico do Cliente.....	12
Perceção da Aliança Terapêutica e o Género do Cliente.....	13
Perceção da Aliança Terapêutica e o Prognostico.....	13
Perceção da Aliança Terapêutica e Variáveis Continuas do Cliente e Processo.....	14
Discussão dos Resultados	14
Perceção da Aliança Terapêutica e o Diagnostico do Cliente.....	15
Perceção da Aliança Terapêutica e a idade do Cliente.....	15
Perceção da Aliança Terapêutica e o Numero de Sessões Completadas.....	17
Perceção da Aliança Terapêutica e o Prognostico do Cliente.....	17
Perceção da Aliança Terapêutica e o Genero do Cliente.....	18
Conclusão	19
Referencias Bibliograficas	22

Introdução

Atualmente reconhece-se a importância que a aliança terapêutica desempenha na psicologia clínica, nos diferentes modelos terapêuticos (Allen, 2014; Shaw & Murray, 2014), sendo um dos aspectos relacionais da psicoterapia mais estudados (Barber, Zilcha-Mano, Gallop, Barrett, McCarthy & Dinger, 2014; Baylis, Collins & Coleman, 2011).

Shirk e Karver (2003) afirmam que a aliança terapêutica desempenha um papel mais crítico em crianças e adolescentes. No entanto, apesar desta reconhecida importância, verifica-se uma falta de estudos sobre o papel da aliança terapêutica em crianças e adolescentes, sendo a maior parte da investigação centrada em populações adultas (Accurso & Garland, 2015; Zack et al. 2015; Hurley, Van Ryzin, Lambert & Stevens, 2015; Clark, 2013; Baylis, Collins & Coleman, 2011; Green, 2009; Zack, Castonguay & Boswell, 2007; Hawley & Weisz, 2005; Wintersteen, Mensinger & Diamond, 2005; Horvath & Luborsky 1993). Com o aumento do reconhecimento da importância que os fatores do desenvolvimento têm na génese de perturbações e no seu tratamento em crianças e adolescentes, torna-se clara a necessidade de uma compreensão mais aprofundada dos processos de mudança em crianças e adolescentes, devendo ser diretamente estudados nesta população e não apenas inferidos com base na investigação com adultos (Zack, Castonguay & Boswell, 2007).

Todavia, apesar da referida importância da aliança terapêutica no processo terapêutico atualmente não existe consenso relativamente aos fatores que influenciam os valores de aliança terapêutica em diferentes clientes (Siefert, & Hilsenroth, 2015).

O presente estudo visa explorar quantitativamente o impacto das variáveis dos clientes (crianças e adolescentes) na perceção do terapeuta sobre as 3 dimensões da aliança terapêutica do modelo de Bordin (1979).

Enquadramento Teórico

Aliança Terapêutica

Qualquer tipo de psicoterapia ocorre no contexto de uma relação interpessoal entre o cliente e o terapeuta, sendo a influência dessa relação no processo terapêutico e nos resultados da terapia discutida desde os tempos de Freud (Hawley & Weisz, 2005). A influência da aliança terapêutica pode ser traçada do conceito de transferência

positiva postulado por Freud (1912), que enfatizou a importância de o terapeuta demonstrar interesse e compreensão para com o cliente por forma a permitir a construção de uma relação positiva. Por transferência positiva Freud entendeu a ligação ou vinculação entre paciente e o terapeuta, afirmando a sua importância para a viabilidade do trabalho analítico (Ribeiro, 2009).

Rogers (1957) sugeriu que a qualidade da relação terapêutica é o principal agente responsável pelas mudanças construtivas ocorridas no cliente durante o processo terapêutico, enfatizando o papel da empatia do terapeuta. A abordagem centrada no paciente de Rogers (1957) permitiu reconhecer o papel que as relações de afeto entre o terapeuta e o cliente têm para alcançar resultados positivos da terapia (Hawley & Weisz, 2005).

Bordin (1979) propôs um modelo de aliança terapêutica constituído por três dimensões: objetivos, tarefas, e relação.

A relação descreve o sistema positivo de vinculação entre o cliente e o terapeuta, incluindo confiança, aceitação e confiança; a tarefa inclui as intervenções relevantes para o cliente e o terapeuta que formam o processo terapêutico; por sua vez os objetivos descrevem os resultados combinados e prioridades (Hougaard, 1994). As diferentes dimensões da aliança terapêutica interagem dinamicamente; o acordo sobre os objetivos da terapia e o acordo sobre as tarefas da terapia influenciam o tipo de relação que existe entre o cliente e o terapeuta, por sua vez o tipo de relação influencia o desejo de colaborar nos objetivos e tarefas da terapia (Bordin, 1979). A relação é considerada pelos terapeutas como sendo a dimensão mais importante (Campbell & Simmonds, 2011).

Hougaard (1994) desenvolveu um modelo de aliança terapêutica que diferencia dois fatores, a relação pessoal (corresponde a relação interpessoal entre o cliente e o terapeuta) e a aliança relacionada com a tarefa (refere-se aos elementos contractuais da aliança). A relação pessoal é influenciada por características do terapeuta e do paciente, enquanto a aliança relacionada com a tarefa reflete a forma como o foco, o método e os objetivos da terapia são explicitados (Hougaard, 1994). As duas dimensões, pessoal e tarefa devem complementar-se por forma a permitir uma progressão positiva da terapia (Green, 2009).

A aliança terapêutica é um constructo teórico transversal a vários modelos terapêuticos (Baylis, Collins & Coleman, 2011; Kazdin, Whitley & Marciano, 2006; Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2005; Norcross & Goldfried, 2005; Shirk &

Karver, 2003) que engloba uma variedade de fatores interacionais entre o cliente e o terapeuta que operam no processo psicoterapêutico (Green, 2006). De um modo geral entende-se a aliança terapêutica como a qualidade da interação desenvolvida entre terapeuta e cliente, no âmbito do processo terapêutico, esta não é simplesmente o resultado de ganhos terapêuticos iniciais, mas sim um processo que contribui para os resultados da psicoterapia (Ribeiro, 2009). Clark (2013) caracteriza a aliança terapêutica como sendo simplesmente a relação entre o cliente e o terapeuta, crucial para o sucesso da terapia.

A investigação reafirma o papel consistente e robusto que os valores elevados de aliança terapêutica têm nos resultados terapêuticos positivos (Xu & Tracey, 2015; Zack et al. 2015; Barber, Zilcha-Mano, Gallop, Barrett, McCarthy & Dinger, 2014; Emmelkamp, David, Beckers, Muris, Cuijpers, Lutz & Vervliet, 2014; Crits-Christoph,). Este papel preditor da aliança terapêutica para os resultados terapêuticos tem sido identificado em vários tipos de abordagens terapêuticas (Zack et al. 2015; Clark, 2013; Baylis, Collins & Coleman, 2011; Hawley & Weisz, 2005).

Aliança Terapêutica em Crianças e Adolescentes

A associação existente entre os valores de aliança terapêutica e os resultados terapêuticos positivos em adultos, referida anteriormente, verifica-se também em crianças e adolescentes (Hurley, Van Ryzin, Lambert & Stevens, 2015; Clark, 2013; McLeod, 2011; Shirk, Karver & Brown, 2011; Liber, McLeod, Widenfelt, Goedhart, Leeden, Utens & Treffers, 2010; Hawley & Garland, 2008; Zack, Castonguay & Boswell, 2007; Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2005; Shirk & Karver, 2003; Florsheim, Shotorbani, Guest-Warnick, Barratt & Hwang, 2000). Um conjunto de estudos permitiu identificar o tipo de problema apresentado pelas crianças e adolescentes (Clark, 2013; McLeod, 2011; Shirk, Karver & Brown, 2011; Green, 2006; Shirk & Karver, 2003); bem como a idade do cliente (McLeod, 2011; Shirk, Karver & Brown, 2011) se constituem como as principais variáveis moderadoras entre os valores da aliança e os resultados terapêuticos.

Em crianças e adolescentes valores elevados de aliança terapêutica estão também associados a um aumento das capacidades de resolução de problemas, melhorias a nível do funcionamento familiar, aumento da autoestima do cliente, aumento da percepção de suporte social, e uma maior satisfação com o processo

terapêutico (Hawley & Garland, 2008). Por sua vez, uma aliança terapêutica de reduzida qualidade, em crianças e adolescentes está associada a um abandono prematuro do processo terapêutico (Bhola, & Kapur, 2013; Zack, Castonguay & Boswell, 2007).

Não obstante ser essencial para garantir a eficácia do processo terapêutico, estabelecer uma forte aliança terapêutica em crianças e adolescentes apresenta desafios adicionais não presentes em populações adultas.

Os terapeutas referem o suporte parental, a assiduidade, e o transporte, como os principais obstáculos a aliança terapêutica em crianças (Campbell & Simmonds, 2011). A falta de motivação, a falta de foco nos objetivos, e a percepção do problema são indicados como as principais barreiras para a formação da aliança terapêutica em adolescentes (Campbell & Simmonds, 2011).

As crianças e adolescentes raramente são referenciadas para a consulta por elas próprias (Clark, 2013; Zack, Castonguay & Boswell, 2007; Shirk & Karver, 2003; Diguseppe, Linscott & Jilton, 1996). O facto de as crianças serem normalmente referenciadas para terapia por agentes externos como os pais ou cuidadores influencia a formação da aliança terapêutica, na medida que frequentemente a criança ou adolescente apresenta-se na consulta num estado de mudança resistente e pré-contemplativo, entrando no processo terapêutico com um nível mais baixo de consciência e de motivação que os clientes adultos, podendo mesmo não apresentar nenhum interesse no processo terapêutico (Zack, Castonguay & Boswell, 2007; Diguseppe, Linscott & Jilton, 1996).

Problemas desenvolvimentais presentes na adolescência, como dificuldades em lidar com figuras de autoridade, e preocupações relativas a privacidade e confidencialidade, podem prejudicar a formação da aliança terapêutica (Bhola, & Kapur, 2013).

Baylis, Collins e Coleman (2011) referem os processos de desenvolvimento constantes que as crianças atravessam, que invariavelmente influenciam as suas capacidades cognitivas, o seu desenvolvimento emocional, e conseqüentemente a forma como se relacionam com o terapeuta, podendo mesmo influenciar a natureza dos problemas apresentados. Zack, Castonguay e Boswell (2007) referem que as crianças têm as capacidades cognitivas menos desenvolvidas, sendo necessário um conjunto de capacidades cognitivas (como a capacidade para pensar hipoteticamente e instrumentalmente, generalizar fora do contexto terapêutico, e adiar gratificação) para articular os objetivos terapêuticos de longo prazo e conceptualizar a ligação entre os

objetivos terapêuticos abstratos e as tarefas concretas da terapia. Por sua vez os adolescentes demonstram especial preocupação a concordância com os objetivos terapêuticos e tarefas, uma vez que a independência e autodeterminação constituem importantes temas para os mesmos (Bhola, & Kapur, 2013). De facto, o desenvolvimento cognitivo característico da adolescência providencia uma oportunidade de mudança, que pode ser fomentada pela experiência de suporte, e validação da relação terapêutica (Bhola, & Kapur, 2013).

Digiuseppe, Linscott e Jilton (1996) apresentam também como obstáculo a dificuldade existente entre o terapeuta e a criança ou adolescente em concordar com os objetivos da terapia. É comum, no caso dos adolescentes, não reconhecer a existência do problema, apresentando assim baixa motivação para a mudança (Bhola, & Kapur, 2013).

Um número de fatores responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção da aliança terapêutica em crianças e adolescentes tem sido propostos, incluindo aspetos do cliente, do terapeuta, o tipo de patologia, o tipo de tratamento, e fatores demográficos (Campbell, & Simmonds, 2011).

De acordo com Zorzella, Muller, e Cribbie (2015) o género constituiu uma variável preditora da aliança terapêutica na fase inicial do processo terapêutico, tendo as crianças do género feminino desenvolvido níveis mais elevados de aliança terapêutica relatado pelos terapeutas. No total, foram os terapeutas do género masculino que relataram valores de aliança terapêutica mais baixos (Wintersteen, Mensinger, & Diamond, 2005). Grupos terapeuta-cliente que continham um membro do sexo feminino tendiam a receber em média valores de aliança terapêutica superiores (Bhati, 2014). Accurso e Garland (2015) registaram valores de aliança terapêutica estáveis e consistentes em crianças do sexo masculino com perturbações de ansiedade e um aumento gradual da aliança terapêutica em crianças do sexo feminino com perturbações da ansiedade.

De acordo com Bhola e Kapur (2013), em adolescentes, a variável tempo influencia os valores da aliança terapêutica, que tendem a permanecer estáveis até a sexta sessão e passando a aumentar gradualmente a partir desta.

De acordo com Zorzella, Muller, e Cribbie (2015), o tipo de problema (internalização ou externalização) apresentado pela criança, e o género da mesma, têm impacto no desenvolvimento inicial da aliança terapêutica, sendo estes dois fatores

responsáveis por 27% da variância explicada pela aliança terapêutica medida no terapeuta.

Relativamente ao diagnóstico do cliente, este constituiu uma variável preditora dos valores de aliança terapêutica, de acordo com Zorzella, Muller, e Cribbie (2015) crianças que apresentam problemas de internalização desenvolvem níveis mais elevados de aliança terapêutica relatados pelo terapeuta, que crianças com problemas de externalização. Bholá e Kapur (2013) relatam uma correlação significativa entre a gravidade dos sintomas de internalização e valores mais elevados na dimensão “tarefas” da aliança terapêutica.

Apesar de cada perturbação ser única, as perturbações pertencentes a mesma dimensão partilham mais características etiológicas e desenvolvimentais entre as mesmas, que perturbações pertencentes a outra dimensão, desta forma, agrupar certas perturbações em dimensões permite identificar mais facilmente os padrões comuns (Chan, Dennis, & Funk, 2008).

A literatura indica a existência de 2 dimensões principais na psicopatologia de jovens, perturbações de internalização, e perturbações de externalização (Sharp, 2012, Dennis, Dawud-Noursi, Muck, & McDermeit, 2003; Krueger, Caspi, Moffitt, & Silva, 1998; Achenbach & Edelbrock, 1978; Krueger, Caspi, Moffitt, & Silva, 1998).

Metodologicamente o agrupamento das perturbações em dimensões, facilita a análise em investigação (Sharp, 2012). Assim, o presente estudo recorre a uma classificação dimensional das perturbações.

Apos revisão da literatura atual verificou-se uma falta de investigação que distinga o contributo dos terapeutas e dos clientes na variabilidade dos valores da aliança terapêutica (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007).

Método

Objetivo Geral

Apesar de a aliança terapêutica ser considerada um fator terapêutico essencial para a psicoterapia (Tschuschke, Crameri, Koehler, Berglar, Muth, Staczan & Koemeda-Lutz, 2014), a investigação realizada tem demonstrado conclusões contraditórias relativas aos diversos aspetos que influenciam a aliança terapêutica. Neste sentido é essencial uma melhor compreensão dos aspetos que contribuem para o

desenvolvimento da aliança terapêutica (Campbell, & Simmonds, 2011), o presente estudo pretende explorar quantitativamente o impacto das variáveis dos clientes (crianças e adolescentes) na percepção do terapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica.

Objectivos Específicos

Os objetivos específicos desta investigação são:

- 1) Investigar se a idade do cliente influencia os valores da percepção do terapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica.
- 2) Verificar se o diagnóstico do cliente influencia os valores da percepção do terapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica.
- 3) Apurar se o género do cliente influencia os valores da percepção do terapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica.
- 4) Examinar a relação entre os valores da percepção do terapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica e o número de sessões completadas em psicoterapia com crianças e adolescentes.
- 5) Averiguar se o prognóstico influencia os valores da percepção do terapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica.

Participantes

Os participantes do presente estudo são 40 psicoterapeutas de crianças e/ou adolescentes, 34 dos quais do género feminino (85%) e 6 do género masculino (15%), com uma média de idades de 37,05 anos (DP=8,45). Cada psicoterapeuta forneceu informação relativa a um cliente com idade compreendida entre sete e dezassete anos, com o qual já tivesse completado um mínimo de 7 sessões.

A amostra de crianças e adolescentes (clientes da amostra de terapeutas) é constituída por 22 crianças (com idades entre 7 e 12 anos) e 17 adolescentes (com idades entre 13 e 17 anos), sendo um total de 40 jovens (1 resposta de idade inválida), com uma média de idades de 12,38 anos (DP=3,23). 16 jovens são do sexo Feminino (42,1%) e 22 são do sexo Masculino (57,9%), tendo sido excluídas 2 respostas de género inválidas da amostra.

No total, 34 jovens (85%) encontravam-se em processo psicoterapêutico na altura do preenchimento do questionário e 6 (15%) tinham terminado o processo psicoterapêutico.

A amostra é de conveniência, tendo tido como principal critério para inclusão o facto de serem psicoterapeutas a trabalhar atualmente com crianças e/ou adolescentes.

Instrumentos

A recolha de dados foi efetuada com recurso a um questionário no qual foram integradas questões relativas aos dados sociodemográficos do terapeuta e do cliente, a história clínica do cliente, a perceção do terapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica, bem como uma ficha de diagnóstico (adaptada para o DSM-5; APA, 2014).

A ficha de diagnóstico, bem como todas as questões relativas ao cliente e à relação terapeuta-cliente no questionário foram respondidas com base no cliente mais recente com idade compreendida entre os 7 e os 17 anos, com o qual o terapeuta completou um mínimo de 4 sessões. De acordo com Horvath e Luborsky (1993), a aliança terapêutica desenvolve-se na terceira ou quarta sessão.

De acordo com Nissen-Lie, Havik, Høglend, Rønnestad, e Monsen (2015) a aliança terapêutica em estudos contemporâneos é maioritariamente conceptualizada com base no modelo proposto por Bordin (1979). Neste sentido, para avaliar a perceção do terapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica, foram introduzidas 3 escalas (com valores de 1 a 10) no questionário, cada uma relativa a uma dimensão da aliança terapêutica do modelo de Bordin (1979) – relação, objetivos, e tarefas, sendo cada escala precedida de um breve texto explanatório da respetiva dimensão a ser avaliada. Por forma promover a reflexão, bem como a atribuição de valores mais objetivos, era requerido ao terapeuta que tomasse como referência para o valor 1 e 10 o cliente que na sua experiência profissional demonstrou piores valores da referida dimensão e o cliente que na sua experiência profissional demonstrou os melhores valores, respetivamente.

Procedimentos

Procedimento de Recolha de Dados

O questionário de recolha de dados foi hospedado online na plataforma *Jotform*, tendo sido enviado aos psicoterapeutas através de e-mail. Após o preenchimento de cada questionário pelos terapeutas a informação encontrava-se imediatamente disponível para análise.

O questionário permite obter as características sociodemográficas do terapeuta e do cliente, não contendo no entanto nenhum elemento que permita a identificação, o questionário permanece anónimo durante todo o processo, salvaguardando-se assim a confidencialidade de terapeutas e clientes.

Antes de iniciar o preenchimento do questionário, era apresentado um texto no qual era apresentada a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos bem como eram expostos sumariamente os objetivos e método do estudo. Por forma a progredir para dar início ao preenchimento do questionário o terapeuta teria de seleccionar uma opção declarando ter lido e compreendido a informação mencionada previamente, bem como aceitar participar no estudo voluntariamente.

Os terapeutas foram contactados por e-mail, com base em conhecimentos prévios dos membros da equipa de investigação e por referência por parte de outros terapeutas participantes.

Procedimento de Tratamento de Dados

Os dados recolhidos através do questionário foram analisados através do software de análise quantitativa, IBM SPSS Statistics v23 (Statistical Package for the Social Sciences).

Por forma a classificar, de acordo com uma leitura dimensional da psicopatologia (internalização/externalização) as perturbações categoriais obtidas na ficha de diagnóstico, procedeu-se a uma revisão bibliográfica específica, tendo sido subsequentemente agrupados os diferentes tipos de perturbação em 3 categorias das quais 2 relativas ao modelo externalização/internalização.

A primeira categoria foi reservada para perturbações de internalização, a segunda categoria refere-se às perturbações de externalização e, por fim, a terceira

categoria, descrita como “outros”, foi usada para categorizar os diagnósticos não integrantes das dimensões de internalização ou externalização, nomeadamente, perturbações alimentares (n=1), perturbações do espectro do autismo (n=2), perturbações específicas da aprendizagem (n=3), perturbações relacionadas com o consumo de substâncias e adição¹ (n=2), e perturbação de défice de atenção sem hiperatividade (n=1), bem como jovens sem diagnóstico formal (n=7) ou ainda em avaliação (n=1).

Foram agrupadas na categoria de internalização as perturbações de ansiedade (n=11), as perturbações depressivas (n=1), e as perturbações bipolares (n=1). As perturbações de internalização são caracterizadas pela tristeza, retraimento, queixas somáticas e medo, integrando perturbações do humor, ansiedade, e perturbações somáticas (Chan, Dennis, & Funk, 2008; Achenbach, & Howell, 1993). Embora devido as suas características atualmente ainda seja discutível a categoria do modelo estrutural no qual a perturbação bipolar está inserida, a literatura atual sugere que a perturbação bipolar pertence à categoria de internalização (Forbush, & Watson, 2013; Wright, Krueger, Hobbs, Markon, Eaton, & Slade, 2013; Kessler et al., 2011).

As perturbações disruptivas do controlo de impulsos e do comportamento (n=7), e a perturbação de défice de atenção com hiperatividade (n=4) foram categorizadas na dimensão de externalização. As Perturbações de externalização integram a perturbação de défice de atenção e hiperatividade, problemas de comportamento, perturbação de oposição e comportamento desafiante, perturbação de personalidade antissocial, psicopatia, e perturbação de personalidade borderline (Sharp, 2012; Chan, Dennis, & Funk, 2008; Dick, Viken, Kaprio, Pulkkinen, & Rose, 2005).

Foi realizada uma estatística descritiva para sintetizar os resultados obtidos no questionário aos níveis de perceção do terapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica, prognóstico, e tipo de perturbação.

Devido a não haver uma distribuição normal nas variáveis dependentes relação tarefas, e objetivos, foi escolhido o teste não paramétrico de comparação de grupos *Mann-Whitney* para examinar:

¹ Apesar do diagnóstico de perturbações de externalização (défice de atenção e hiperatividade) ser comum entre adolescentes com perturbações do uso de substâncias, também são comuns nesta população perturbações de internalização (como a perturbação depressivo major e perturbações de ansiedade), pelo que perturbações relacionadas com o uso de substâncias constitui uma dimensão em si (Chan, Dennis, & Funk, 2008). Assim, as perturbações relacionadas com o uso de substâncias não integram as dimensões de externalização nem internalização (Chan, Dennis, & Funk, 2008)

- 1) As diferenças entre clientes com diagnóstico de problemas de internalização e de externalização ao nível dos valores das dimensões relação/tarefas/objetivos;
- 2) As diferenças de género dos clientes ao nível das dimensões relação/tarefas/objetivos;
- 3) As diferenças entre clientes com um prognóstico favorável e não favorável relativamente aos valores das dimensões relação/tarefas/objetivos.

A correlação não paramétrica de Spearman foi aplicada para observar:

- 1) A relação entre os valores das dimensões relação/tarefas/objetivos e a idade do cliente;
- 2) A relação entre os valores das dimensões relação/tarefas/objetivos e o número de sessões completadas pelo cliente;

Como referência foi considerado um nível de significância de $p < .05$ para resultados significativos, e um nível de $p < .1$ para resultados marginalmente significativos (Martins, 2011).

Resultados

Caracterização clínica e percepção da aliança terapêutica pelos psicoterapeutas – Estatísticas Descritivas

Na Tabela 2 podemos observar que a dimensão relação da aliança terapêutica é aquela que em média recebe valores superiores ($M=8,03$; $DP=1,35$) pelos terapeutas.

Tabela 1:

Síntese das Percepções dos Terapeutas Sobre as Dimensões da Aliança Terapêutica

Dimensões	n	Mínimo	Máximo	M	DP
Relação	40	3	10	8,03	1,349
Tarefas	40	3	10	7,75	1,276
Objetivos	40	2	10	7,52	1,601

Relativamente aos diagnósticos da amostra de crianças e adolescentes, 12 participantes foram categorizados com perturbações pertencentes a dimensão de internalização, equivalendo a 30% da amostra, enquanto 11 participantes apresentavam perturbações integrantes da dimensão de externalização, equivalendo a 27,5% da amostra. Por fim, as perturbações de 17 jovens foram categorizadas como “Outros”, sendo 42,5% da amostra.

Em relação ao prognóstico, uma resposta foi considerada não válida, cinco jovens receberam o prognóstico pouco favorável equivalendo a 12,8% da amostra, enquanto 34 jovens foram classificados como tendo um prognóstico favorável, equivalendo a 87,2% da amostra.

Perceção da Aliança Terapêutica e o Diagnóstico do Cliente

Não foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos diagnósticos dos clientes e os valores da perceção do terapeuta sobre as dimensões Relação, e Objetivos da aliança terapêutica, tendo sido encontrada uma diferença marginalmente significativa entre o diagnóstico e o valor da perceção do terapeuta relativamente à dimensão Tarefas da aliança terapêutica ($U = 39.000$, $p = .083$) (ver tabela 2). Os resultados obtidos indicam que os terapeutas percecionam em média valores superiores na dimensão Tarefas da aliança terapêutica em jovens com perturbações de Internalização, comparativamente a jovens que apresentam perturbações de externalização.

Tabela 2:

A apresentação dos resultados relativos ao teste de Mann-Whitney da relação entre os valores da perceção do terapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica e o diagnóstico do cliente.

	Internalização (n=12)	Externalização (n=11)	
	Média (DP)	Média (DP)	<i>U</i>
Relação	8,42 (.900)	7,36 (1.912)	45,500 n.s.
Tarefas	8,00 (.953)	6,91 (1.814)	39,000 †
Objetivos	8,08 (.996)	6,82 (2.040)	41,000 n.s.

† $p < .1$

Percepção da Aliança Terapêutica e o Gênero do Cliente

De acordo com a tabela 3, podemos observar que não há diferenças significativas entre clientes do sexo masculino e do sexo feminino, relativamente aos valores da percepção do terapeuta sobre as dimensões Relação, e Tarefas. Verificou-se uma diferença de gênero, marginalmente significativa, ao nível da percepção do terapeuta sobre a dimensão Objetivos da aliança terapêutica ($U= 117,500$, $p =.076$), sendo que os terapeutas perceberam, em média, níveis mais elevados de acordo sobre os objetivos da terapia quando os clientes eram do sexo feminino.

Tabela 3:

Diferenças na percepção das dimensões da aliança terapêutica em função do gênero dos clientes (Teste de *Mann-Whitney*)

	Masculino (n=22)	Feminino (n=16)	
	Média (DP)	Média (DP)	<i>U</i>
Relação	7,91 (1.630)	8,25 (.931)	161,000 n.s.
Tarefas	7,59 (1.563)	8,00 (.816)	151,500 n.s.
Objetivos	7,14 (1.935)	8,13 (.885)	117,500 †

† $p < .1$

Percepção da Aliança Terapêutica e o Prognóstico

Na tabela 4, podemos observar que não há diferenças significativas entre o prognóstico dos clientes (favorável vs. não favorável) relativamente aos valores da percepção do terapeuta sobre as dimensões Tarefas, e Objetivos da aliança terapêutica. Verificou-se uma diferença marginalmente significativa ao nível da percepção do terapeuta sobre a dimensão Relação da aliança terapêutica ($U= 43.500$, $p =.068$); os terapeutas de clientes cujo prognóstico era avaliado como mais favorável perceberam níveis superiores na dimensão Relação.

Tabela 4:

Diferenças na percepção das dimensões da aliança terapêutica em função do prognóstico dos clientes (Teste de *Mann-Whitney*)

	Pouco favorável (n=5)	Favorável (n=34)	
	Média (DP)	Média (DP)	<i>U</i>
Relação	6,60 (2.302)	8,24 (1.075)	43,500 †
Tarefas	6,80 (2.168)	7,91 (1.083)	61,000 n.s.
Objetivos	6,20 (2.387)	7,76 (1.394)	47,000 n.s.

† $p < .1$

Percepção da Aliança Terapêutica e Variáveis Contínuas do Cliente e Processo

Não há correlação entre a idade dos clientes e os valores da percepção do terapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica, sendo $r_s = -.080$, $\rho = .629$ para a dimensão Relação; $r_s = -.114$, $\rho = .491$ para a dimensão Tarefas; e $r_s = .022$, $\rho = .894$ para a dimensão Objetivos.

Não foi verificada correlação entre o número de sessões completadas e os valores da percepção do terapeuta sobre as dimensões Tarefas e Objetivos da aliança terapêutica, sendo $r_s = .035$, $\rho = .849$ para a dimensão Tarefas; e $r_s = .105$, $\rho = .561$ para a dimensão Objetivos. Foi, no entanto, encontrada uma correlação positiva e significativa entre o número de sessões completadas e os valores da percepção do terapeuta sobre a dimensão Relação da aliança terapêutica, $r_s = .371$, $\rho = .037$.

Discussão dos Resultados

O presente estudo envolveu 40 participantes e teve como objetivo, a análise exploratória do impacto de variáveis do cliente na percepção do terapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica com crianças e adolescentes.

As variáveis analisadas foram escolhidas com base na revisão bibliográfica, tendo emergido como relevantes, a idade, o gênero, o diagnóstico, o prognóstico, e o número de sessões.

Percepção da Aliança Terapêutica e a idade do Cliente

Foi hipotetizado que, devido às diferenças desenvolvimentais entre crianças e adolescentes, bem como às dificuldades apresentadas para a formação da aliança terapêutica características dos diferentes estádios desenvolvimentais, a idade do cliente influenciasse significativamente os valores da percepção do terapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica.

Apesar de a idade constituir um fator moderador entre a aliança terapêutica e os resultados terapêuticos em crianças e adolescentes (Shirk, Karver, & Brown, 2011; McLeod, 2011), neste estudo não foi verificada nenhuma relação entre a idade dos clientes e a percepção do terapeuta sobre as dimensões da aliança terapêutica. Os resultados aproximam-se dos resultados obtidos por Bhati (2014) em adultos, os quais não identificaram nenhuma associação entre a idade do cliente e os valores de aliança terapêutica. Uma interpretação alternativa dos resultados obtidos no presente estudo passa pela assunção de que os terapeutas, ao refletirem sobre as diferentes dimensões da aliança terapêutica, consideram as especificidades características de cada faixa etária, atribuindo valores adaptados com base na sua experiência profissional com clientes da mesma faixa etária..

Percepção da Aliança Terapêutica e o Diagnóstico do Cliente

No que diz respeito a diferenças na percepção dos terapeutas sobre a aliança terapêutica em função do diagnóstico dos clientes, apenas a dimensão Tarefas mostrou sofrer uma influência do tipo de problema apresentado pelos clientes. Esta dimensão inclui a colaboração entre o terapeuta e a criança/adolescente nas tarefas desempenhadas durante a terapia, bem como a concordância do cliente com as mesmas (Johnson & Wright, 2002). Assim, este constructo engloba as intervenções relevantes entre o cliente e o terapeuta que formam o processo terapêutico (Hougaard, 1994). Os resultados obtidos sugerem que, no contexto de uma relação terapêutica com crianças e adolescentes com problemas de internalização, haja mais acordo entre terapeuta e cliente quanto às tarefas terapêuticas, em comparação com clientes com problemas de externalização. . Estes resultados assemelham-se aos resultados obtidos por Bholá e Kapur (2013) que relatam uma correlação significativa entre a gravidade dos sintomas de internalização e valores mais elevados na dimensão “tarefas” da aliança terapêutica em adolescentes.

A percepção mais baixa dos terapeutas relativamente a dimensão tarefas em jovens com perturbações de externalização poderá ser explicada com base nas características típicas das perturbações de externalização, uma vez que a hostilidade e outros problemas interpessoais presentes em crianças e adolescentes com problemas de externalização podem dificultar ou mesmo impedir a formação da aliança terapêutica (Shirk & Karver, 2003; Garcia, & Weisz, 2002).

Características presentes nas perturbações de externalização como comportamentos antissociais, agressividade, quebra de regras, dificuldade em controlar impulsos, hiperatividade, raiva, delinquência, e pouco controlo sobre as emoções, pensamentos, e comportamentos (Achenbach & Edelbrock, 1978), podem refletir-se em baixa concordância e colaboração com as tarefas relevantes propostas durante o processo psicoterapêutico..

Por sua vez, jovens que apresentam perturbações de internalização poderão encontrar-se mais recetivos à formação da aliança terapêutica, devido ao desconforto emocional e à baixa probabilidade de apresentarem problemas com as figuras de autoridade (DiGiuseppe, Linscott, & Jilton, 1996). Em jovens com perturbações de internalização esta também presente um controlo excessivo sobre os pensamentos, emoções, e comportamento (Achenbach & Edelbrock, 1978), pelo que uma maior aderência e conclusão das tarefas propostas é esperada.

Foi hipotetizado que a percepção dos terapeutas relativamente a dimensão Relação, em jovens com perturbações de externalização seria inferior que em jovens com perturbações de internalização, uma vez que segundo Garcia e Weisz (2002) um numero elevado de sintomas de externalização esta relacionado com um maior numero de problemas relacionais com o terapeuta (Garcia, & Weisz, 2002). Da mesma forma, crianças com um número mais elevado de sintomas de internalização caracterizam em media o terapeuta como mais compreensivo e cooperativo (Zorzella, Muller, & Cribbie, 2015). Embora os resultados do presente estudo revelem níveis médios superiores na dimensão relação, em terapeutas de crianças e adolescentes com perturbações de internalização, essa diferença não atinge um nível de significância estatística mínimo. A dimensão da amostra, bem como a elevada variância dos resultados no grupo de clientes com perturbações de externalização poderão contribuir para explicar estes resultados.

Percepção da Aliança Terapêutica e o Numero de Sessões Completadas

Verificou-se a presença de uma correlação positiva e significativa entre o número de sessões completadas e os valores da percepção do terapeuta sobre a dimensão Relação; assim, quanto maior o numero de sessões psicoterapêuticas completadas pelo cliente, mais elevados eram os valores da dimensão Relação percebida pelos terapeutas. A relação representa a parte da aliança terapêutica responsável pela relação humana entre o terapeuta e o cliente (Bordin, 1979). A confiança e respeito entre o terapeuta e o cliente são qualidades pertencentes a este domínio (Johnson & Wright, 2002).

Os resultados obtidos indicam que a percepção do terapeuta de características relacionais da aliança terapêutica como a confiança, o respeito, e a confiança dos clientes aumentam ao longo das sessões psicoterapêuticas. Estes resultados são coincidentes com estudos que verificaram um aumento nos valores da aliança terapêutica ao longo do processo psicoterapêutico (Bhola & Kapur, 2013; McLeod, 2011).

Percepção da Aliança Terapêutica e o Prognóstico do Cliente

Foram obtidos resultados marginalmente significativos, que sugerem uma percepção por parte dos terapeutas, em média, mais elevada da dimensão Relação da aliança terapêutica, em jovens com um prognóstico favorável comparativamente a jovens com um prognóstico pouco favorável.

Segundo dados da literatura, a relação é considerada pelos terapeutas como sendo a dimensão mais importante da aliança terapêutica (Campbell & Simmonds, 2011), sendo a qualidade da mesma responsável por influenciar a vontade de colaborar nos objetivos e tarefas da terapia em clientes (Bordin, 1979).

Assim, dada a importância da dimensão relação, bem como a influencia da mesma nas demais dimensões constituintes da aliança terapeutica (tarefas e objetivos), é concebível que uma percepção elevada da dimensão Relação por parte do terapeuta influencie a confiança do mesmo numa evolução positiva da terapia, constituindo assim, um factor significativo para a atribuição de um prognostico favoravel. De facto, a qualidade da aliança terapêutica como fator preditor de resultados terapêuticos positivos

em crianças e adolescentes tem sido demonstrada em várias meta-análises (Shirk, Karver & Brown, 2011; McLeod, 2011; Shirk & Karver, 2013).

Alternativamente, uma redução sintomatológica poderá influenciar positivamente o prognóstico do cliente, e simultaneamente melhorar a qualidade da dimensão Relação da aliança terapêutica.

Perceção da Aliança Terapêutica e o Género do Cliente

No que concerne ao género dos clientes, os resultados marginalmente significativos obtidos revelam uma perceção por parte dos terapeutas, em média, superior da dimensão Objetivos da aliança terapêutica, em jovens do género feminino comparativamente a jovens do género masculino.

Os resultados obtidos estão em linha comos resultados obtidos por Zorzella, Muller e Cribbie (2015), numa amostra de crianças. Nesse trabalho, numa fase inicial do processo psicoterapêutico as crianças do género feminino desenvolveram níveis mais elevados de aliança terapêutica relatados pelos terapeutas que as crianças do género masculino. Por sua vez, Accurso e Garland (2015) registaram valores de aliança terapêutica superiores em crianças do sexo feminino, numa fase avançada do processo psicoterapêutico.

A dimensão objetivos corresponde ao compromisso entre terapeuta e cliente relativamente aos objetivos do processo terapêutico, bem como a concordância e investimento pessoal em atingi-los (Bordin, 1979).

De acordo com Harvey e Retter (2002) crianças e adolescentes do género feminino apresentam maior interesse por atividades promotoras de ligações interpessoais que crianças e adolescentes do género masculino. Assim, os jovens do género feminino podem apresentar maior interesse no processo terapêutico, e consequentemente nos objetivos do processo.

Outra forma de interpretar os resultados obtidos, implica ponderar sobre a causa de os terapeutas de jovens do género masculino apresentarem, em média, valores inferiores na perceção da dimensão Objetivos. Segundo Kiselica (2003), é comum os terapeutas utilizarem abordagens psicoterapêuticas, com adolescentes do género masculino, incompatíveis com as perspetivas de processo, e objetivos dos mesmos. Em jovens do género masculino, atividades dinâmicas consideradas divertidas, captam mais facilmente o interesse e empenho dos mesmos (Harvey & Retter, 2002). Atividades

direcionadas para a ação parecem refletir melhor o estilo relacional dos rapazes, facilitando o seu empenho nas tarefas e objetivos da terapia (Mazza, 2012).

Assim, é possível que as abordagens usadas pelos terapeutas durante o processo psicoterapêutico demonstrem ser pouco cativantes para jovens do gênero masculino, tendo como consequência uma perda de interesse nos objetivos da terapia e consequente falta de investimento pessoal nos mesmos.

Conclusão

O presente estudo assumiu um caráter exploratório, que partiu de bases empíricas de reduzida dimensão na literatura revista, particularmente no que concerne à inclusão de todas as variáveis estudadas em simultâneo. Para além disso, a literatura nacional sobre aliança terapêutica é escassa, não tendo sido encontrado na revisão de literatura efetuada nenhum estudo a nível nacional que procurasse verificar o impacto das variáveis do cliente na aliança terapêutica no contexto da psicoterapia com crianças e adolescentes.

Os resultados obtidos devem ser interpretados com reserva, uma vez que podem ter sido condicionados por limitações do estudo. Destacam-se como limitações, um reduzido número de participantes, a recolha de dados transversal, a possibilidade de uma escolha não aleatória do cliente por parte do terapeuta para apresentação no questionário, e recolha de dados em apenas um tipo de informador (terapeutas).

Não obstante, os resultados obtidos permitem inferir implicações a prática dos psicoterapeutas que trabalham com crianças e/ou adolescentes.

Os terapeutas percecionam os valores da dimensão Tarefas inferiores em jovens com problemas de externalização; no entanto, a aliança terapêutica desempenha um papel mais importante em crianças que apresentam problemas de externalização (Clark, 2013; Green, 2006).

Desta forma, torna-se clara a necessidade de melhorar a qualidade da aliança terapêutica, particularmente a dimensão tarefas, em jovens com perturbações de externalização.

Os clientes adolescentes enfatizam a importância do suporte na relação terapêutica, relativamente ao aumento da vontade em colaborar nas tarefas do processo terapêutico (Everall & Paulson, 2002). Assim, apesar dos desafios relacionais

apresentados por jovens com perturbações de externalização, é fundamental os terapeutas demonstrarem o seu suporte de uma forma clara, bem como esclarecer os objetivos subjacentes as tarefas assignadas em contexto terapêutico, por forma a contrapor a tendência verificada.

Da mesma forma, os resultados obtidos relativos a uma perceção inferior, por parte dos terapeutas, dos valores da dimensão Objetivos em jovens do género masculino, evidenciam a importância dos terapeutas dedicar mais recursos a formação da aliança terapêutica em crianças e adolescentes do género masculino, dispensando mais tempo numa fase inicial do processo psicoterapêutico para negociar, definir, e promover a aceitação dos objetivos terapêuticos, bem como promover *insight* sobre os mesmos.

Segundo Kiselica (2003), os terapeutas devem adaptar as suas estratégias de intervenção aos estilos relacionais dos jovens do género masculino, explorando aprofundadamente as expectativas em jovens do género masculino, esclarecendo quaisquer conceções erradas sobre o processo psicoterapêutico e os objetivos. Por sua vez, Haen (2011) alerta para a importância do jogo, e do humor, em desenvolver as diferentes dimensões da aliança terapêutica em psicoterapia com jovens do género masculino.

O presente estudo pretende reforçar a necessidade de estudar mais aprofundadamente os fatores intervenientes na formação e desenvolvimento da aliança terapêutica em jovens, pelo que serão apresentadas recomendações para estudos futuros que abordem esta temática.

Como referido previamente, a recolha de dados transversal constitui uma limitação do presente estudo, alternativamente, uma recolha longitudinal possibilitaria ter mais dados de comparação, bem como analisar o progresso das variáveis ao longo do processo terapêutico. Adicionalmente, o seguimento dos casos desde um momento inicial até o final do processo terapêutico permite monitorizar os resultados terapêuticos e verificar a sua relação com os valores de aliança terapêutica.

De acordo com a bibliografia, as expectativas dos pacientes em relação aos resultados terapêuticos influenciam os valores da aliança terapêutica em clientes com perturbações depressivas (Barber, Zilcha-Mano, Gallop, Barrett, McCarthy, & Dinger, 2014), assim, é sugerida uma avaliação inicial das expectativas dos clientes em estudos futuros.

Da mesma forma, a bibliografia refere uma relação entre a severidade da sintomatologia e os valores de aliança terapêutica (Bhola & Kapur, 2013), pelo que é sugerida uma avaliação inicial da severidade da sintomatologia em estudos futuros.

Adicionalmente, estudos futuros podem beneficiar de uma recolha de dados mais abrangente, na qual seja incluída a perspectiva dos clientes da aliança terapêutica, para tal, é sugerido como instrumento de avaliação a WAI-CA (Working Alliance Inventory for Children and Adolescents) versão portuguesa desenvolvida e validada por Figueiredo, Dias, Lima, e Lamela (2016). Sendo que, a Working Alliance Inventory é uma das escalas para medir a aliança terapêutica que tem recebido mais suporte empírico da literatura (Elvins & Green, 2008).

Referencias Bibliograficas

- Accurso, E., & Garland, A. (2015). Child, caregiver, and therapist perspectives on therapeutic alliance in usual care child psychotherapy. *Psychological Assessment*, 27(1), 347-352. <http://dx.doi.org/10.1037/pas0000031>
- Achenbach, T., & Edelbrock, C. (1978). The classification of child psychopathology: A review and analysis of empirical efforts. *Psychological Bulletin*, 85, (6), 1275-1301
- Achenbach, T., & Howell, C. (1993). Are American children's problems getting worse? A 13-year comparison. *Journal of American Academy on Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1145-1154.
- Allen, J. (2014). Beyond the therapeutic alliance. *Spirituality In Clinical Practice*, 1(4), 263-265. <http://dx.doi.org/10.1037/scp0000042>
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed Editora.
- Baldwin, S. A., Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2007). Untangling the alliance-outcome correlation: Exploring the relative importance of therapist and patient variability in the alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(6), 842.
- Barber, J. P., Zilcha-Mano, S., Gallop, R., Barrett, M., McCarthy, K. S., & Dinger, U. (2014). The associations among improvement and alliance expectations, alliance during treatment, and treatment outcome for major depressive disorder. *Psychotherapy Research*, 24, 257–268. DOI:10.1080/10503307.2013.871080
- Baylis, P., Collins, D., & Coleman, H. (2011). Child Alliance Process Theory: A Qualitative Study of a Child Centred Therapeutic Alliance. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 28, 79-95. DOI: 10.1007/s10560-011-0224-2
- Bhati, K. S. (2014). Effect of client-therapist gender match on the therapeutic relationship: an exploratory analysis. *Psychological reports*, 115(2).
- Bhola, P., & Kapur, M. (2013). The development and role of the therapeutic alliance in supportive psychotherapy with adolescents. *Psychological Studies*, 58(3), 207-215. DOI: 10.1007/s12646-013-0191-0
- Bordin, S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16(3), 252–260. DOI: 10.1037/h0085885

- Campbell, A. F., & Simmonds, J. G. (2011). Therapist perspectives on the therapeutic alliance with children and adolescents. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(3), 195-209. DOI: 10.1080/09515070.2011.620734
- Chan, Y. F., Dennis, M. L., & Funk, R. R. (2008). Prevalence and comorbidity of major internalizing and externalizing problems among adolescents and adults presenting to substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 34(1), 14-24. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jsat.2006.12.031>
- Clark, C. M. (2013). Irreducibly human encounters: Therapeutic alliance and treatment outcome in child and adolescent Psychotherapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 12(3), 228-243. DOI: 10.1080/15289168.2013.822751
- Dennis, M. L., Dawud-Noursi, S., Muck, R. D., & McDermeit, M. (2003). The need for developing and evaluating adolescent treatment models. *Adolescent substance abuse treatment in the United States: Exemplary models from a national evaluation study*, 3-34.
- Dick, D. M., Viken, R. J., Kaprio, J., Pulkkinen, L., & Rose, R. J. (2005). Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of abnormal child psychology*, 33(2), 219-229. DOI: 10.1007/s10802-005-1829-8
- DiGiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child—adolescent psychotherapy. *Applied and Preventive Psychology*, 5(2), 85-100. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80002-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80002-3)
- Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1167–1187
- Everall, R. D., & Paulson, B. L. (2002). The therapeutic alliance: Adolescent perspectives. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2(2), 78-87. DOI: 10.1080/14733140212331384857
- Fernández-Alvarez, H., Gómez, B., & García, F. (2013). Bridging the gap between research and practice in a clinical and training network: Aigle's Program. *Psychotherapy Research*, 25(1), 84-94. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.856047>

- Figueiredo, B., Dias, P., Lima, V. S., & Lamela, D. (2016). Working Alliance Inventory for Children and Adolescents (WAI-CA). *European Journal of Psychological Assessment*. DOI: 10.1027/1015-5759/a000364
- Florsheim, P., Shotorbani, S., Guest-Warnick, G., Barratt, T., & Hwang, W. (2000). Role of the Working Alliance in the Treatment of Delinquent Boys in Community-Based Programs. *Journal of Clinical Child Psychology*, 1, (29), 94-107
- Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10– 17. <http://dx.doi.org/10.1037/a0025749>
- Forbush, K. T., & Watson, D. (2013). The structure of common and uncommon mental disorders. *Psychological Medicine*, 43(1), 97-108. DOI:10.1017/S0033291712001092
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. Retrieved from https://www.google.pt/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&es_th=1&ie=UTF-8#q=freud%201912%20the%20dynamics%20of%20transference%20reference&es_th=1
- Garcia, J. A., & Weisz, J. R. (2002). When youth mental health care stops: therapeutic relationship problems and other reasons for ending youth outpatient treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 439.
- Green, J. (2006). Annotation: The therapeutic alliance – a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, (5), 425–35. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2005.01516.x
- Green, J. (2009). The therapeutic alliance. *Child: care, health and development*, 35, 3, 298–301. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2009.00970.x
- Harvey, V. S., & Retter, K. (2002). Variations by gender between children and adolescents on the four basic psychological needs. *International Journal of Reality Therapy*, 21(2), 33-36.
- Hawley, K., & Garland, A. (2008). Working Alliance in Adolescent outpatient Therapy: Youth, Parent and Therapist Reports and Associations with Therapy Outcomes. *Child Youth Care Forum*, 37, 59-74. DOI 10.1007/s10566-008-9050-x

- Hawley, K., & Weisz, J. (2005). Youth versus parent working alliance in usual clinical care: Distinctive associations with retention, satisfaction and treatment outcome. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 1, (34), 117–128. DOI: 10.1207/s15374424jccp3401_11
- Hess, A., & Falcke, D. (2013). Sintomas internalizantes na adolescência e as relações familiares: uma revisão sistemática da literatura. *Psico-USF*, 18, (2), 263-276. DOI: 10.1590/S1413-82712013000200010
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9. DOI: 10.1037/a0022186
- Horvath, A., & Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, (61), 561-573
- Hougaard, E. (1994). The therapeutic alliance – A conceptual analysis. *Scandinavian Journal of Psychology*, 35, 67–85.
- Hurley, K. D., Van Ryzin, M. J., Lambert, M., & Stevens, A. L. (2015). Examining Change in Therapeutic Alliance to Predict Youth Mental Health Outcomes. *Journal of emotional and behavioral disorders*, 23(2), 90-100. DOI: 10.1177/1063426614541700
- Johansson, P., & Høglend, P. (2007). Identifying mechanisms of change in psychotherapy: Mediators of treatment outcome. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(1), 1-9. DOI: 10.1002/cpp.514
- Karver, K., Handelsman, J., Fields S., & Bickman, L. (2005). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review*, 26, 50 – 65. DOI:10.1016/j.cpr.2005.09.001
- Kazdin, A., Whitley, M., & Marciano, P. (2006). Child–therapist and parent–therapist alliance and therapeutic change in the 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
- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., ... & Andrade, L. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of general psychiatry*, 68(1), 90-100.. (2011). Development of lifetime comorbidity in the

- World Health Organization world mental health surveys. *Archives of general psychiatry*, 68(1), 90-100. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2010.180
- Kiselica, M. S. (2003). Transforming psychotherapy in order to succeed with adolescent boys: Male-friendly practices. *Journal of Clinical Psychology*, 59(11), 1225-1236. DOI: 10.1002/jclp.10213
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2006). Reinterpreting comorbidity: A model-based approach to understanding and classifying psychopathology. *Annual review of clinical psychology*, 2, 111. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095213
- Krueger, R. F., Caspi, A., Moffitt, T. E., & Silva, P. A. (1998). The structure and stability of common mental disorders (DSM-III-R): a longitudinal-epidemiological study. *Journal of abnormal psychology*, 107(2), 216. DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.107.2.216>
- Lambert, J. M., & Hill, E. C. (1994). Assessing Psychotherapy Outcomes and Processes. In A. Bergin & S. Garfield (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 72-114). John Wiley & Sons.
- Lambert, M. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1–14.
- Liber, J., McLeod, B., Widenfelt, B., Goedhart, A., Leeden, A., Utens, E., & Treffers, P. (2010). Examining the Relation Between the Therapeutic Alliance, Treatment Adherence, and Outcome of Cognitive Behavioral Therapy for Children With Anxiety Disorders. *Behavior Therapy*, 41, 172-186
- Liu, J. (2008). Childhood Externalizing Behavior: Theory and Implications. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17, (3), 93-103. DOI: 10.1111/j.1744-6171.2004.tb00003.x
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Mazza, C. (2012). *Engaging Boys in Treatment: Creative Approaches to the Therapy Process* by Haen, C. (2011). New York, NY: Routledge, 346 pp., 100(cloth), 39.95 (paper). DOI: 10.1080/01609513.2011.615055
- McLeod, B. (2011). Relation of the alliance with outcomes in youth psychotherapy: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 603–616. DOI: 10.1016/j.cpr.2011.02.001

- Nissen-Lie, H. A., Havik, O. E., Høglend, P. A., Rønnestad, M. H., & Monsen, J. T. (2015). Patient and therapist perspectives on alliance development: therapists' practice experiences as predictors. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(4), 317-327. DOI: 10.1002/cpp.1891
- Norcross, J., & Goldfried, M. (2005). *Handbook of Psychotherapy Integration*. Nova York: Oxford University Press.
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança Terapêutica da teoria á prática clinica*. Braga: Psiquilíbrios Edições
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103
- Sandell, R. (1991). A closer look at the ability to predict psychotherapeutic outcome. *Counselling psychology quarterly*, 4(2-3), 127-134. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/09515079108256716>
- Sharp, C. (2012). The use of neuroeconomic games to examine social decision making in child and adolescent externalizing disorders. *Current Directions in Psychological Science*, 21(3), 183-188. DOI: 10.1177/0963721412444726
- Shaw, S., & Murray, K. (2014). Monitoring Alliance and Outcome with Client Feedback Measures. *Journal of Mental Health Counseling*, 36(1), 43-57. doi: <http://dx.doi.org/10.17744/mehc.36.1.n5g64t3014231862>
- Shirk, S. R., Karver, M. S., & Brown, R. (2011). The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 17. DOI: 10.1037/a0022181
- Shirk, S., & Karver, M. (2003). Prediction of Treatment Outcome From Relationship Variables in Child and Adolescent Therapy: A Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, (71), 452-464. DOI: 10.1037/0022-006X.71.3.452
- Siefert, C. J., & Hilsenroth, M. J. (2015). Client attachment status and changes in therapeutic alliance early in treatment. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(6), 677-686. DOI: 10.1002/cpp.1927
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P. & Koemeda-Lutz, M. (2014). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study.

- Psychotherapy Research, (ahead-of-print), 1-15. DOI: 10.1080/10503307.2014.896055
- Wintersteen, M. B., Mensinger, J. L., & Diamond, G. S. (2005). Do gender and racial differences between patient and therapist affect therapeutic alliance and treatment retention in adolescents?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 400
- Wintersteen, M. B., Mensinger, J. L., & Diamond, G. S. (2005). Do gender and racial differences between patient and therapist affect therapeutic alliance and treatment retention in adolescents?. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 400. DOI: 10.1037/0735-7028.36.4.400
- Wright, A. G., Krueger, R. F., Hobbs, M. J., Markon, K. E., Eaton, N. R., & Slade, T. (2013). The structure of psychopathology: toward an expanded quantitative empirical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 281. DOI: 10.1037/a0030133
- Xu, H., & Tracey, T. (2015). Reciprocal influence model of working alliance and therapeutic outcome over individual therapy course. *Journal Of Counseling Psychology*, 62(3), 351-359. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000089>
- Zack, S., Castonguay, L., & Boswell, J. (2007). Youth Working Alliance: A Core Clinical Construct in Need of Empirical Maturity. *Harvard Review of Psychiatry*, 15, (6), 278-288. DOI: 10.1080/10673220701803867
- Zack, S., Castonguay, L., Boswell, J., McAleavey, A., Adelman, R., Kraus, D., & Pate, G. (2015). Attachment history as a moderator of the alliance outcome relationship in adolescents. *Psychotherapy*, 52(2), 258-267. <http://dx.doi.org/10.1037/a0037727>
- Zilcha-Mano, S., & Errázuriz, P. (2015). One size does not fit all: Examining heterogeneity and identifying moderators of the alliance-outcome association. *Journal Of Counseling Psychology*, 62(4), 579-591. <http://dx.doi.org/10.1037/cou0000103>
- Zorzella, K. P., Muller, R. T., & Cribbie, R. A. (2015). The relationships between therapeutic alliance and internalizing and externalizing symptoms in Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy. *Child abuse & neglect*, 50, 171-181