



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*A ALIANÇA TERAPÊUTICA E A ADESÃO DE
ADOLESCENTES À PSICOTERAPIA*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Natasha Nader de Andrade Cecchettini

Porto, Janeiro de 2016



CATÓLICA PORTO
EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

*A ALIANÇA TERAPÊUTICA E A ADESÃO DE
ADOLESCENTES À PSICOTERAPIA*

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

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Natasha Nader de Andrade Cecchettini

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor Pedro Dias

Porto, Janeiro de 2016

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Pedro Dias, ao Dr. João Paulo, aos jovens que me permitiram analisar as suas experiências, aos meus pais, à minha família, aos meus Amigos e ao meu Mestre.

Muito Obrigada!

À Ideia da Aliança

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi explorar a relação entre a aliança terapêutica, a adesão dos adolescentes à psicoterapia e, também, a sintomatologia. Para isso foi realizada uma análise qualitativa descritiva do percurso clínico de cinco adolescentes em psicoterapia de grupo, no que refere a: a aliança terapêutica, com a utilização do *WAI-CA, Working Alliance Inventory for Children and Adolescents*; a adesão a psicoterapia, através do número de sessões em que estiveram presentes e a evolução da sintomatologia - com a utilização do *BPM, Brief Problem Monitor* e através do relato do terapeuta. Foi, também, analisada a resposta destes jovens quanto ao que consideram ser uma boa relação terapêutica. Os resultados indicam que há uma relação entre aliança terapêutica e adesão a psicoterapia não tanto em relação aos valores gerais do *WAI-CA*, mas principalmente no que se refere a estabilidade e qualidade da subescala relação da aliança terapêutica. Os resultados também apontam para uma relação inversa entre os valores da relação terapêutica e sintomatologia: a maioria dos casos mostrou no decorrer do percurso, que conforme crescem, ou se estabilizam os valores da relação terapêutica decrescem os valores de sintomatologia.

Palavras-chave: *Aliança Terapêutica, Adesão, Adolescentes, Psicopatologia, Psicoterapia de Grupo*

ABSTRACT

The aim of this study was to explore the relationship between therapeutic alliance, adherence of adolescents to psychotherapy and symptomatology. For this was made a descriptive qualitative analysis of the clinical course of five teenagers in group psychotherapy, concerning: the therapeutic alliance, with the use of *WAI-CA, Working Alliance Inventory for Children and Adolescents*; adherence to psychotherapy, by number of sessions that they were present; and the evolution of symptoms, using the *BPM, Brief Problem Monitor* and therapist's report. It was also analyzed the response of these young people as to what they consider to be a good therapeutic relation. The results indicate that there is a relation between therapeutic alliance and adherence to psychotherapy not so much to in connection with the general values of *WAI-CA*, but mainly as regards the stability and quality of the relation subscale of the therapeutic alliance. The results also indicate that there is an inverse relation between the amounts of the therapeutic relationship and symptoms: in most cases showed the course of the route which, according to grow, and stabilize the values of therapeutic alliance decrease the symptoms values.

Keywords: *Therapeutic Alliance, Adherence, Adolescents, Psychopathology, Group Psychotherapy*

Índice

1. Introdução.....	1
1.1. Aliança Terapêutica e Monitorização.....	2
1.2. Avaliação da Aliança Terapêutica com Crianças e Adolescentes.....	4
1.3. Aliança Terapêutica na Psicoterapia de Grupo.....	5
1.4. Aliança Terapêutica e Adesão.....	6
2. Método.....	8
2.1. Introdução ao Método.....	8
2.2. Objetivos Específicos.....	8
2.3. Questões de Investigação.....	8
2.4. Participantes.....	8
2.5. Instrumentos.....	9
2.6. Procedimentos de Recolha de Dados.....	10
2.7. Procedimentos de Análise de Dados.....	11
3. Apresentação e Discussão dos Resultados.....	12
3.1. Caso 1.....	12
3.2. Caso 2.....	16
3.3. Caso 3.....	20
3.4. Caso 4.....	23
3.5. Caso 5.....	26
4. Conclusão.....	28
4.1. Síntese dos Casos.....	28
4.2. Implicações para a Prática Clínica.....	30
4.3. Limitações e Sugestões para Investigações Futuras.....	30
Bibliografia.....	32

1. Introdução

Estudos sobre a aliança terapêutica e adesão à psicoterapia são de suma importância para o aprimoramento da prática clínica, pois tornam possível a reflexão e a compreensão dos aspectos envolvidos na complexidade da relação e que exigem uma articulação aprofundada das suas dimensões. Portanto, o conhecimento adquirido através da investigação pode e deve fornecer linhas orientadoras no sentido de permitir a validação de estratégias e apontar novos horizontes a serem explorados.

Com o conhecimento acerca de como as variáveis em psicoterapia se relacionam, maiores são as possibilidades de os psicólogos estarem preparados para orientarem os seus clientes para uma melhoria efetiva. Sendo assim, a prática orienta a pesquisa em psicologia clínica e é também orientada por ela (Castro, 1999).

A investigação sobre a aliança terapêutica é pertinente, na medida em que diversos estudos indicam que a qualidade da aliança estabelecida entre terapeuta e cliente é um dos fatores mais significativamente responsáveis pelo sucesso de uma intervenção psicoterapêutica (Horvath & Bedi, 2002). É, contudo, notório que a pesquisa sobre aliança terapêutica tem sido quase exclusivamente focada no contexto da psicoterapia com adultos, havendo poucos estudos realizados com crianças e adolescentes (Green, 2006). Num estudo de meta-análise, Shirk e Karver (2003), apontaram uma grande discrepância de estudos realizados com crianças e adolescentes (n=23), comparativamente com investigações voltada para a população adulta nos estudos de Horvath e Bedi, cerca de 2000 (cit in Kazdin, Whitley & Marciano, 2005).

Em consideração as características desta população, é particularmente útil que seja feita uma monitorização constante das reações dos clientes às respostas do terapeuta, visto que é comum uma postura mais desafiadora e confrontativa do adolescente em relação às figuras de autoridade, uma maior instabilidade emocional e inconstância comportamental, pelo processo natural de busca por identidade e individualidade (Fleming, 2005; Schwalbe & Gearing, 2012). Com isso torna-se relevante e atual a necessidade de investigação nesta área através de uma avaliação contínua, numa lógica de monitorização.

A possibilidade de utilização de novas tecnologias que podem permitir o acesso a recolha de dados continuamente, com diversos informadores, tem feito surgir projetos como o caso do MIPA-Mobile, no qual este estudo está inserido. Este projeto tem como objetivo desenvolver e testar um modelo de monitorização da intervenção psicológica clínica com adolescentes, com recurso a múltiplos informadores e múltiplas medidas, durante múltiplos

momentos. Pretende-se assim, realizar um processo de monitorização psicoterapêutica através da avaliação de resultados como a sintomatologia, a perceção de bem-estar e de satisfação com a vida e relacionar tais resultados da avaliação com diferentes aspetos do processo psicoterapêutico, tal como aliança terapêutica e a adesão num processo de recolha de dados regulares (ou seja, monitorização) recorrendo, assim, a múltiplos informadores (adolescente, pais e professores). Para tanto, a principal inovação do projeto consiste na utilização de uma aplicação informática multiplataforma, que permite facilitar o processo de recolha deste tipo de dados. A intenção final deste, assim como de outros projetos da área é desenvolver e aprimorar os resultados obtidos na intervenção psicoterapêutica.

Quanto às formas de intervenção, evidências sobre a eficácia de diferentes linhas psicoterapêuticas, tais como a psicodinâmica, a cognitivo-comportamental, interpessoal, e as intervenções psicoeducativas com crianças e adolescentes com problemas comportamentais e emocionais está a crescer. As intervenções cognitivo-comportamentais têm documentado pequenos, moderados e alargados efeitos, a depender do seu problema focal e da modalidade de intervenção (Bennett & Gibbons, 2000; Bradley & Mandell, 2005; Fabiano et al., 2008; Matos et al., 2012; Motta, 2012; Motta, 2012).

No desenvolvimento de formas efetivas de intervenção surgem desafios tais como o de medir as mudanças objetivas e subjetivas que ocorrem durante o processo. A pesquisa no campo da aliança terapêutica tem enfrentado o desafio de encontrar uma forma válida de medir e monitorizar a qualidade da aliança e identificar quais aspetos são mais relevantes para que haja adesão terapêutica por parte dos clientes.

Todos os esforços para divulgar e desenvolver diferentes perspetivas da aliança terapêutica e das abordagens de intervenção de nada adiantam se não houver adesão ao processo terapêutico. A falta de adesão continua, ainda, a ser um obstáculo fundamental para a obtenção dos resultados almejados, por isto, é preciso analisar cuidadosamente os fatores que a podem influenciar.

1.1. Aliança Terapêutica e Monitorização

A história do conceito de aliança terapêutica mostra que este teve a sua origem na psicanálise, particularmente naquilo que Freud chamava de transferência positiva, que estava relacionada a ligação ou vinculação entre o paciente e o terapeuta e que já havia sido reconhecida por ele, naquela altura, como extremamente importante para a viabilidade do processo analítico (Ribeiro, 2009). Assim, a aliança terapêutica foi percebida inicialmente

como um esforço em conjunto entre o cliente e o terapeuta para vencerem o sofrimento do cliente (Freud, 1937).

Atualmente, a ideia de aliança terapêutica é transversal a todas as abordagens psicoterapêuticas e é entendida, de modo geral, como a qualidade da interação desenvolvida entre o terapeuta e o cliente, no âmbito do processo terapêutico (Ribeiro, 2009). No entanto, ao analisar como cada abordagem perspectiva aquilo que deve ser uma boa aliança terapêutica é possível encontrar diferenças significativas, principalmente em relação à sua bidirecionalidade e a forma de perceber o papel de cada elemento (terapeuta e cliente) em relação ao outro. Contudo, a colaboração entre ambos com o objetivo de melhoria do cliente é algo comum a todas as abordagens (Ribeiro, 2009).

É importante perceber que a aliança terapêutica não é um produto secundário de ganhos terapêuticos, ou uma simples consequência das capacidades relacionais dos clientes e dos terapeutas. Ela própria é um processo que contribui para os resultados da intervenção psicoterapêutica (Baldwin, Wampold, & Imel, 2007).

Para que fosse possível alcançar uma base para a construção de uma ferramenta que pudesse ser útil na sua avaliação e monitorização, Horvath & Greenberg (1989), pelo reconhecimento da sua importância para os resultados terapêuticos, sintetizaram os pontos mais relevantes dos diversos estudos existentes na área até então e chegaram aos seguintes pontos de conceptualização: a) a aliança terapêutica refere-se a uma relação de colaboração entre o terapeuta e o cliente; o que significa que há uma vontade, em ambos, de participar e construir um processo de desenvolvimento; b) é dinâmica na intensidade e no conteúdo, traduzindo-se em mudanças ao longo do processo.

Além disso, existe um amplo consenso de que esse envolvimento colaborativo envolve três fatores principais: a) acordo sobre os objetivos da intervenção; b) um sentido de confiança e de compromisso com atividades e tarefas propostas; c) relação/vínculo de compromisso num contexto de confiança e afinidade mútuas, (Horvath & Greenberg, 1989).

Uma revisão seletiva da literatura sobre estudos da aliança terapêutica na vida adulta e na infância identificou que a aliança terapêutica pode ser mensurável de forma confiável, tanto por observação quanto através da implementação de questionários, em todos os momentos do ciclo de intervenção (Green, 2006). Estudos realizados com adultos e com crianças mostram uma consistente associação com o resultado da intervenção (Green, 2006). Estudos específicos com adultos têm mostrado uma validade preditiva elevada em relação ao resultado em comparação com outras variáveis (Green, 2006). Em estudos realizados com crianças a aliança

mostrou-se particularmente relevante em perturbações de externalização e a sua mensuração previu resultados de intervenções psicoterapêuticas em contexto hospitalar (Green, 2006).

Independentemente de qual seja a abordagem utilizada na intervenção, as respostas terapêuticas às necessidades do cliente devem levar em consideração as particularidades relacionais. A coerência entre aquilo que o cliente precisa e aquilo que o terapeuta lhe oferece desenvolve-se através da competência e disponibilidade do terapeuta para considerar as interações com o cliente e analisar o contexto intersubjetivo no qual essas interações ocorrem (Stolorow, Brandchaft, & Atwood, 1983). É justamente ao ter atenção a esse contexto interativo que o terapeuta pode responder de modo apropriado, relevante e útil em qualquer momento da intervenção.

O terapeuta pode e deve alterar as suas repostas no decorrer da intervenção de acordo com a dinâmica da relação terapêutica, com foco nas particularidades que se apresentam na relação com cada cliente tendo em consideração também as suas próprias potencialidades e limites. Para que isso ocorra é relevante monitorizar a qualidade da aliança terapêutica, pois tal monitorização trará indicadores da qualidade e utilidade das respostas que o terapeuta dá em função da sua percepção das necessidades do cliente (Ribeiro, 2009).

A lógica da monitorização é de que a eficiência da resposta do terapeuta às necessidades do cliente é confirmada, ou não, pela experiência do cliente e pelas suas reações perante as mesmas. Todavia, pode ser um risco o terapeuta assumir que sabe como o cliente está a reagir às suas intervenções sem averiguar as percepções dele. Para evitar tal risco é útil para o terapeuta utilizar ferramentas que questionem o cliente acerca do que sente em relação a intervenção psicoterapêutica que está a ser desenvolvida e de que forma tem percebido os seus resultados (Ribeiro, 2009).

Com base nesse trabalho de síntese conceptual, Horvath e Greenberg (1989) desenvolveram o *Working Alliance Inventory* (WAI) para avaliar a aliança terapêutica através das variáveis mencionadas (objetivos; tarefas; vínculo).

1.2. Avaliação da Aliança Terapêutica com Crianças e Adolescentes

Similarmente às pesquisas realizadas com adultos, os estudos sobre a aliança terapêutica com crianças e adolescentes têm também demonstrado o impacto que a aliança tem nos resultados terapêuticos (Diamond et al., 2006; Karver et al., 2006; Shirk & Karver, 2003). Com base nesses dados, foi desenvolvido e adaptado por Figueiredo et al. (sd) o *Working Alliance Inventory for Children and Adolescents* (WAI-CA) para avaliar e monitorizar a

percepção de crianças e adolescente quanto à aliança terapêutica durante o processo de inetervenção.

Com base nos estudos apresentados parte-se do pressuposto que se houver objetivos claros e estipulados em conjunto, uma concordância entre as atividades propostas por parte do terapeuta e a execução das mesmas por parte do cliente e uma relação de afinidade mútua consistente entre ambos, a aliança terapêutica como conjunto global destes elementos influenciará de forma positiva a adesão dos adolescentes a intervenção psicoterapêutica. (Horvath & Greenberg, 1989; Green, 2006; Diamond et al., 2006; Karver et al., 2006; Shirk & Karver, 2003).

Dentre as diversas formas possíveis de intervenção com adolescentes, Porta (2006) e Verzignasse (2008), referem que a técnica grupal, além de ser uma forma viável de intervenção preventiva em saúde mental, é uma alternativa interessante para trabalhos com adolescentes. Durante o processo de transformação da infância para a vida adulta é natural que o adolescente busque os pares com os quais pode dialogar e, na busca por sua identidade, pode recorrer ao grupo que pode gerar pela aceitação e uniformidade maior sentimento de segurança, explicando em parte a tendência grupal desta fase. Vários autores apontam para a espontânea formação de grupos na adolescência (Porta, 2006; Verzignasse, 2008; Moretto, 2013).

1.3. Aliança Terapêutica na Psicoterapia de Grupo

Pouca pesquisa também tem sido feita sobre aliança terapêutica em psicoterapia de grupo. Num estudo em que a aliança terapêutica foi avaliada por pacientes em psicoterapia psicodinâmica de grupo (Lorentzen et al., 2011), analisou-se a relação com outras variáveis tais como a experiência clínica e o tempo de formação do terapeuta, e a duração da intervenção (de curto e longo prazo). Concluiu-se que a extensão do grupo não teve impacto diferencial na aliança terapêutica. As avaliações refletiram, em parte, diferentes preparações dos pacientes nos dois formatos de grupos e, em parte, características profissionais dos terapeutas (Lorentzen et al., 2011).

Outro estudo analisou a influência da expectativa do paciente e da aliança terapêutica nos resultados de um grupo de terapia cognitivo comportamental para redução de problemas com o sono. Os dados mostraram que entre os pacientes com baixa expectativa para melhoria, aqueles que perceberam na aliança terapêutica níveis mais altos na relação tiveram maior redução dos problemas com o sono. Já a percepção do terapeuta como criticamente confrontador foi, associada a um nível mais baixo de satisfação com o tratamento, particularmente para

aqueles indivíduos que vieram para o tratamento com altas expectativas. A confrontação crítica também diferenciou os que abandonaram dos que aderiram ao tratamento, tendo os que abandonaram a intervenção percebido o terapeuta como mais criticamente confrontador (Constantino et al., 2010).

1.4. Aliança Terapêutica e Adesão

A adesão tem sido reconhecida como ingrediente essencial para o sucesso de qualquer intervenção. É um conceito que surgiu do campo da medicina e refere-se ao grau em que o comportamento do paciente está de acordo com as recomendações do promotor de saúde (Maia, 2012). No campo da psicoterapia a adesão não se restringe apenas à presença do cliente nas sessões agendadas, porém este não deixa de ser indispensável para a sua ocorrência. A adesão compreende a um envolvimento real do cliente no seu processo, o que significa definir objetivos a serem alcançados e estar verdadeiramente disposto à mudança (Jung et al., 2013).

Num estudo em que o propósito foi identificar os motivos que podem levar ao *dropout* (abandono), foram conduzidas entrevistas, no início e após a interrupção do processo terapêutico, com mulheres adultas que abandonaram a intervenção numa clínica de psicoterapia. Nas entrevistas iniciais foram identificados os seguintes aspectos: objetivos terapêuticos pouco claros, pouca disposição para a mudança, aspectos negativos na relação/vínculo, resistência face às tarefas propostas pelo terapeuta e o não reconhecimento da própria participação nos problemas. Concluiu-se que a decisão de continuar ou interromper a intervenção depende de múltiplos fatores, sendo que alguns deles podem ser fortemente influenciados pelo terapeuta, enquanto outros dependem exclusivamente de uma atitude colaborativa por parte do cliente (Jung et al., 2013). É interessante observar que as variáveis relação, objetivos e tarefas aparecem nas entrevistas entre os fatores identificados como alguns dos motivos que levaram ao *dropout*, fatores que são associados à qualidade da aliança terapêutica.

A interrupção do processo de intervenção gera diversas consequências. A ausência da adesão terapêutica traz para todas as partes envolvidas sentimentos de fracasso e de ineficácia e, no caso dos clientes, pode afetar a sua pré-disposição para ingressar num novo processo. Vários aspectos têm sido identificados como situações importantes que devem ser levadas em consideração na avaliação do cliente e no estabelecimento do contrato psicoterapêutico para a promoção da adesão terapêutica, tais como características sociodemográficas e clínicas do

paciente, características relacionais ou tipos de vinculação, monitorização e práticas institucionais (Benetti & Cunha, 2008; Ribeiro, 2009).

Numa pesquisa sobre a intervenção em psicoterapia individual interpessoal, com um número de sessões delimitado, investigaram uma amostra de 22 indivíduos que abandonaram o processo psicoterapêutico e compararam com uma amostra de 22 indivíduos que completaram a intervenção. A aliança terapêutica, o trabalho dinâmico e colaborativo, a exploração das necessidades do cliente, e a relação terapeuta-cliente diferenciaram significativamente os indivíduos que abandonaram o processo psicoterapêutico dos que completaram o mesmo. Nos casos de *dropout*, verificou-se a existência de uma aliança mais fraca, menor trabalho de apoio e suporte por parte do terapeuta, menor exploração do cliente, e sinais de uma relação terapeuta-cliente vulnerável (Piper et al., 1999).

Outro estudo analisou fatores que contribuem para o *dropout* de jovens e adolescentes num serviço de psicoterapia de um sector voluntário para jovens com idades entre 12 e 21 anos. 882 Jovens foram incluídos neste estudo. Segundo os resultados apresentados quanto ao perfil dos jovens e adolescentes que continuaram no processo psicoterapêutico, na sua maioria, eram: mais velhos, com ansiedades sobre questões sexuais e/ou de relacionamento e com maior pontuação de ansiedade e depressão auto referida. Já os jovens que abandonaram o tratamento eram, na sua maioria: mais jovens, com maior pontuação de falta de comprometimento auto referida e/ou diagnóstico de perturbação de hiperatividade/conduita. Como conclusão o estudo aponta para a importância de uma monitorização durante a intervenção, para que sejam identificados previamente os casos em que os característicos dos adolescentes apontam para um possível *dropout* e para que estes característicos sejam considerados no decorrer do processo de psicoterapia favorecendo, assim, uma maior adesão a intervenção (Baruch, Vrouva & Fearon, 2009).

Outra variável que também já foi investigada em relação ao *dropout* foi a falta de informação quanto ao processo psicoterapêutico no início do atendimento. Estudos indicam que muitos *dropouts* ocorrem pelo fato de os terapeutas não esclarecerem aos clientes o funcionamento do mesmo (Figueiredo & Schvinger, 1981; Sachse, Leisch, & Urbaniak, 2000).

De acordo com Valle, Viegas e Castro (2000) a não adesão ao tratamento é um tema muito comum na prática médica e tem como consequência o facto de o paciente não obter os benefícios do tratamento. Segundo Samstag et al. (1998), verificou-se que, para além dos clientes que abandonaram o processo, aqueles que tiveram um resultado pobre no final do processo também apresentaram uma aliança terapêutica mais problemática.

Numa perspetiva global, as investigações indicam que a qualidade da aliança terapeuta-cliente é um fator bastante relevante para a adesão e o sucesso de uma intervenção psicoterapêutica. É por esta razão que o objetivo deste estudo é investigar a relação entre aliança terapêutica e a adesão a psicoterapia de uma determinada população (adolescentes), em conjunto com o acompanhamento da evolução da sintomatologia.

2. *Método*

2.1. *Introdução ao Método*

Para este estudo utilizou-se o *método indutivo*, visto que, diante da necessidade de mais informação sobre o tema, e de uma perspetiva compreensiva sobre o mesmo, partiu-se de um conjunto parcial de dados para a elaboração de uma descrição resumida de um fenómeno observado, tendo em conta, sobretudo, as primeiras explicações e as suas possíveis relações com o mesmo (Almeida, 2008).

2.2. *Objetivos Específicos*

- Analisar as relações entre a adesão e a aliança terapêutica em cada uma das suas componentes: relação, tarefas e objetivos.
- Caracterizar uma boa relação terapêutica na perspetiva dos adolescentes.
- Identificar e analisar relações entre a aliança terapêutica, e a evolução da sintomatologia.

2.3. *Questões de Investigação*

Q1- De que forma a adesão a psicoterapia está relacionada com a aliança terapêutica em cada uma das variáveis que a compõe?

Q2- Como os adolescentes caracterizam uma boa relação terapêutica?

Q3- De que forma a aliança terapêutica está relacionada com a evolução da sintomatologia psicopatológica?

2.4. *Participantes*

Os participantes foram cinco adolescentes, de ambos os sexos, que estiveram em atendimento psicológico num hospital público do centro do país, inseridos em um dos seguintes grupos psicoterapêuticos: a) Grupo de Psicodrama para Pré-adolescentes, b) Grupo de

Psicodrama para Adolescentes, c) Grupo Expressivo-corporal, d) Grupo de Comportamentos Auto-lesivos. Os critérios de inclusão foram: adolescentes (idades compreendidas entre os 11 e os 17 anos), encaminhados para intervenção psicológica e que preencheram mais de uma vez aos questionários entregues pelo terapeuta. Já os critérios de exclusão foram: adolescentes com diagnóstico de atraso mental grave ou outra condição (e.g. psicose) que inviabilizasse a obtenção do autorrelato dos adolescentes.

Para a constituição da amostra foi selecionada uma instituição que forneceu o acesso a essa população. É uma amostra não probabilística devido a impossibilidade de conhecimento do número total de integrantes da população na qual a amostra está inserida e do limite de acesso a instituições e adolescentes que voluntariamente disponibilizaram as informações (Oliveira, Almeida, & Barbosa, 2012).

2.5. Instrumentos

O WAI-CA, *Working Alliance Inventory for Children and Adolescents* (Figueiredo et al., sd) é designado para avaliar a aliança terapêutica em crianças e adolescentes nas seguintes dimensões: tarefas, objetivos e relação. Este instrumento é um questionário de autorrelato, adaptado do *Working Alliance Inventory* (WAI; Horvath & Greenberg, 1989) que consiste de um total de 36 itens em uma escala de Likert de 5 pontos, dividida em três subescalas com 12 itens, cada uma correspondendo às dimensões citadas (Figueiredo et al., sd). Com o objetivo de desenvolver e validar o *Working Alliance Inventory for Children and Adolescents - WAI-CA* – foi realizado um estudo que incluiu uma amostra de 109 crianças/ adolescentes com idade entre 7 e 17 anos, pacientes em uma Unidade de Psicologia Clínica (Portugal). Neste estudo foram feitas algumas adaptações no vocabulário e as sentenças foram simplificadas. Os resultados deste estudo destacam a confiabilidade e a validade do WAI-CA versão em português, adaptada para crianças e adolescentes com idade entre 7 e 17 anos (Figueiredo et al., sd).

O BPM, *Brief Problem Monitor* (Achenbach et al., 2011) avalia o funcionamento dos possíveis problemas psicológicos e a sintomatologia de crianças e adolescentes. É um instrumento de aplicação rápida (1-2 minutos), tem 19 itens (que podem ser preenchidos com 0 = não verdadeira, 1 = algumas vezes verdadeira, ou 2 = muito verdadeira) com a possibilidade de acrescentar mais três itens adicionais por aquele que estiver a preencher. Este instrumento permite fazer uma monitorização da sintomatologia, pois pode ser respondido em diferentes

sessões do processo psicoterapêutico. Tem a possibilidade de ser preenchido por múltiplos informadores com versões adaptadas a cada população: pelos jovens, que devem ter idades compreendida entre os 11 e os 18 anos (BPM–Y); pelos pais (BPM–P) e pelos professores (BPM–T). Neste estudo foram utilizadas as versões para os jovens (BPM–Y) e para os pais (BPM–P). Os problemas são classificados através das subescalas de internalização, atenção, externalização e total de problemas.

Para além do uso destes instrumentos, com o intuito de caracterizar uma boa relação terapêutica do ponto de vista dos adolescentes também lhes foi requisitado a resposta a seguinte questão: uma relação terapêutica é uma relação estabelecida entre o psicólogo e uma pessoa que procura ajuda através de consultas de psicologia. Para ti o que é que caracteriza uma boa relação terapêutica?

Como medida de adesão foi utilizado o número de presenças e ausências comparativamente ao número de sessões que ocorreram desde a entrada do participante no grupo.

2.6. Procedimentos de recolha de dados

Para a realização desta investigação foi obtida a autorização da comissão nacional de proteção de dados, autorização da comissão de ética do hospital e, com os pais, ou responsáveis legais, autorizações para a participação dos jovens na investigação assegurando-lhes a confidencialidade dos dados fornecidos através do consentimento livre e informado que lhes foi entregue conjuntamente uma ficha sócio demográfica.

Os questionários do WAI-CA, *Working Alliance Inventory for Children and Adolescents* (Figueiredo et al, sd) e do BPM, *Brief Problem Monitor* (Achenbach et al., 2011) foram entregues pela primeira vez após a terceira sessão do grupo e depois com um intervalo de quatro semanas ocorriam novas aplicações dos questionários, tendo ocorrido seis aplicações dos questionários entre março e outubro de 2015 nos grupos semanais e três aplicações nos grupos quinzenais. Os questionários foram entregues aos jovens ao término das sessões, que levaram para casa e devolveram preenchidos na sessão seguinte. Como apenas alguns dos jovens traziam os questionários preenchidos de volta a instituição o número de casos analisados ficou limitado a cinco. A questão aberta, de carácter exploratório, teve duas aplicações: uma foi respondida por todos os participantes e outra que foi respondida apenas por dois dos participantes.

2.7. Procedimentos de análise de dados

Para a análise dos resultados desta investigação foi realizada uma análise de casos múltiplos em que é feita uma descrição qualitativa de tendências que podem ser identificadas no decorrer do percurso psicoterapêutico dos participantes, comparando a qualidade da aliança terapêutica avaliada pelos jovens (WAI-CA) com a adesão a psicoterapia (presenças e ausências às sessões) e a sintomatologia (na perspectiva do jovens - BPM-Y - e dos pais - BPM-P). Estes dados foram também relacionadas com as informações clínicas fornecidas pelo terapeuta sobre cada caso e com uma análise de conteúdo das respostas à questão aberta.

A tabela a seguir indica os códigos atribuídos a cada participante com os instrumentos que foram preenchidos por este no decorrer do processo terapêutico. Posteriormente, são apresentados os resultados de cada caso individualmente.

Tabela 1. *Instrumentos preenchidos por cada participante do decorrer das aplicações.*

Caso	Instrumentos (Aplicação 1)	Instrumentos (Aplicação 2)	Instrumentos (Aplicação 3)	Instrumentos (Aplicação 4)	Instrumentos (Aplicação 5)	Instrumentos (Aplicação 6)
01	BPM-P (pais) BPM-Y (jovem) WAI-CA (jovem)	BPM-P (pais) BPM-Y (jovem) WAI-CA (jovem)	BPM-P (pais) WAI-CA (jovem)		BPM-P (pais) BPM-Y (jovem) WAI-CA (jovem) Questão aberta (jovem)	BPM-P (pais) BPM-Y (jovem) WAI-CA (jovem) Questão aberta (jovem)
02	BPM-P (pais) BPM-Y (jovem) WAI-CA (jovem)	BPM-P (pais) WAI-CA (jovem)	BPM-P (pais) BPM-Y (jovem) WAI-CA (jovem) Questão aberta (jovem)		BPM-P (pais) BPM-Y (jovem) WAI-CA (jovem) Questão aberta (jovem)	
03	BPM-P (pais) BPM-Y (jovem) WAI-CA (jovem)		BPM-P (pais)	BPM-Y (jovem) WAI-CA (jovem) Questão aberta (jovem)		

Caso	Instrumentos (Aplicação 1)	Instrumentos (Aplicação 2)	Instrumentos (Aplicação 3)	Instrumentos (Aplicação 4)	Instrumentos (Aplicação 5)	Instrumentos (Aplicação 6)
04	BPM-P (pais) BPM-Y (jovem) WAI-CA (jovem) Questão aberta (jovem)	BPM-Y (jovem) WAI-CA (jovem)				
05	BPM-P (pais) BPM-Y (jovem) WAI-CA (jovem) Questão Aberta (jovem)	BPM-P (pais) BPM-Y (jovem) WAI-CA (jovem)				

3. Apresentação e Discussão dos Resultados

3.1. Caso 01

Informações clínicas fornecidas pelo terapeuta:

É um rapaz de 11 anos que está bastante investido em seu processo psicoterapêutico. Estava no grupo de psicodrama para pré-adolescentes de sessões semanais. No início do processo ele tinha uma certa resistência, inclusive sentava-se no lugar mais afastado do grupo geograficamente, tinha dificuldade para falar de si, dos seus problemas e conflitos. Durante todo o processo foi melhorando, se abrindo, se integrando cada vez mais. Houve muitas mudanças em sua vida, na escola, na sua relação com os pais.

Durante o período da intervenção ele reprovou de ano na escola, apesar de, ao final do ano letivo, ter melhorado o aproveitamento, não foi suficiente para cumprir os critérios que eram exigidos. Agora, já está bastante melhor na escola, no entanto, devido ao novo horário escolar, recentemente ele teve que mudar de grupo psicoterapêutico o que lhe tem custado muito, pois ele já estava muito integrado no grupo anterior, era muito reconhecido devido as suas mudanças por todos no grupo, criou um vínculo muito forte com os terapeutas e se

esforçou muito para permanecer no grupo. Entretanto, não foi possível a alteração do seu horário na escola, então colocamos ele num outro grupo, agora será preciso integrar-se novamente. Todos os questionários preenchidos por ele foram preenchidos enquanto ainda estava no grupo anterior.

Resposta 1 a questão aberta:

Para mim uma boa relação terapêutica é não ter problemas em falar com o seu psicólogo.

Resposta 2 a questão aberta:

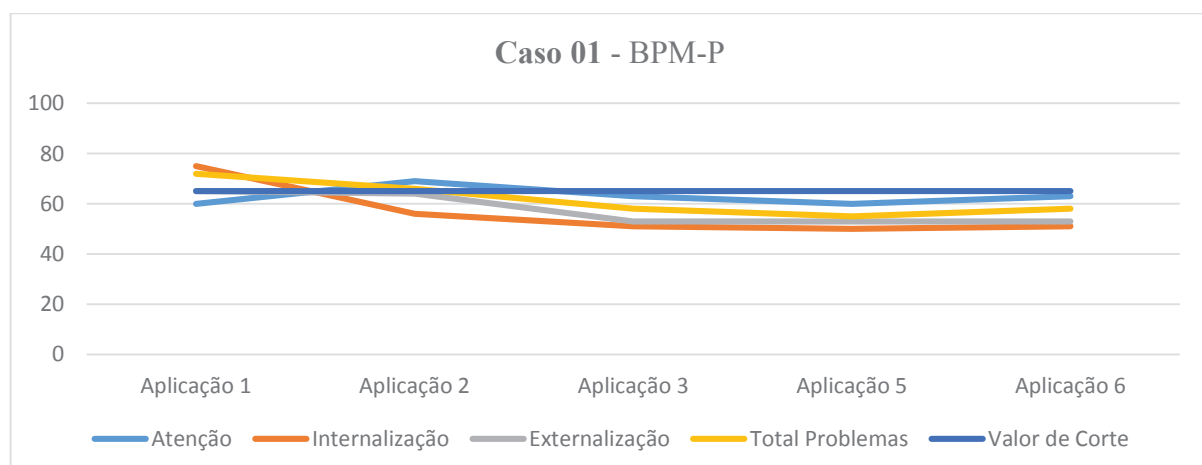
É não ter problemas em falar da sua vida com o psicólogo.

Tabela 2. *Dados sobre a adesão - Caso 01.*

Paciente	Sessões	Presenças	Ausências
Caso 01	25 Sessões	22 Presenças	3 Ausências

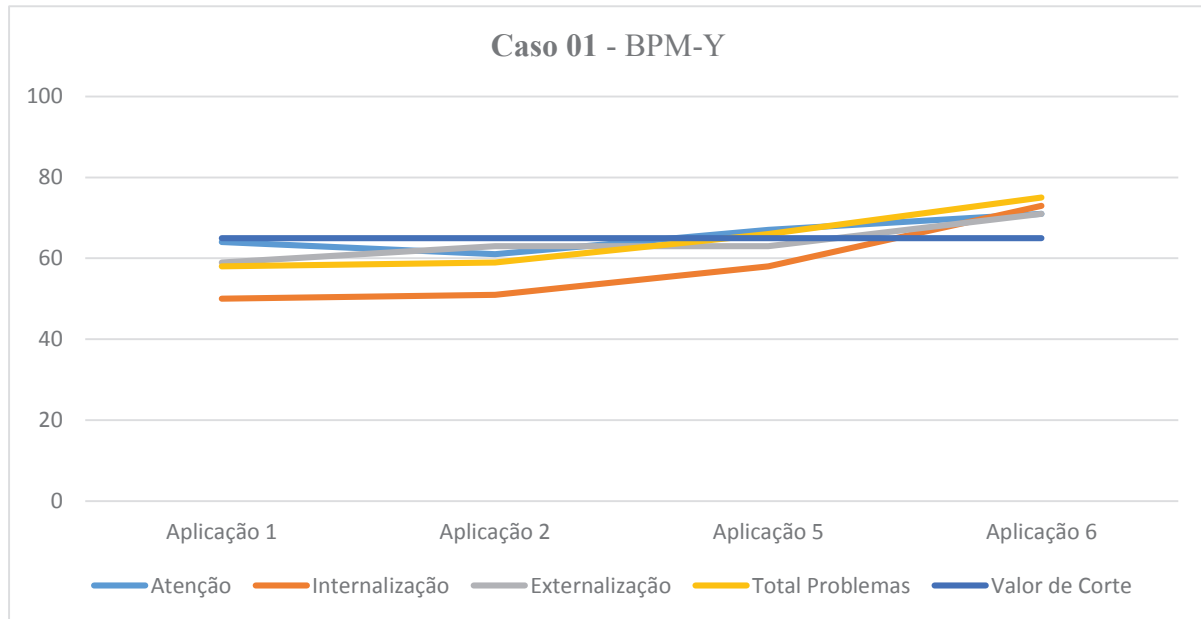
O BPM-P respondido em cinco momentos diferentes do percurso psicoterapêutico deste jovem mostra que da perspectiva da mãe houve uma diminuição da sintomatologia de valores clínicos (superiores a média esperada para a idade) para valores não clínicos. Os valores da sintomatologia dos problemas de externalização e internalização diminuíram e se estabilizaram. Os problemas de atenção aumentaram no início, depois diminuíram progressivamente e voltaram a aumentar um pouco na última aplicação, mas se mantiveram ainda abaixo do valor de corte (que separa os valores clínicos dos não clínicos).

Figura 1. *Avaliação da sintomatologia (mãe) – Caso 01.*



Diferentemente da percepção da mãe, segundo a percepção do jovem, a sintomatologia que se encontrava inicialmente abaixo do valor de corte aumentou para valores acima do mesmo.

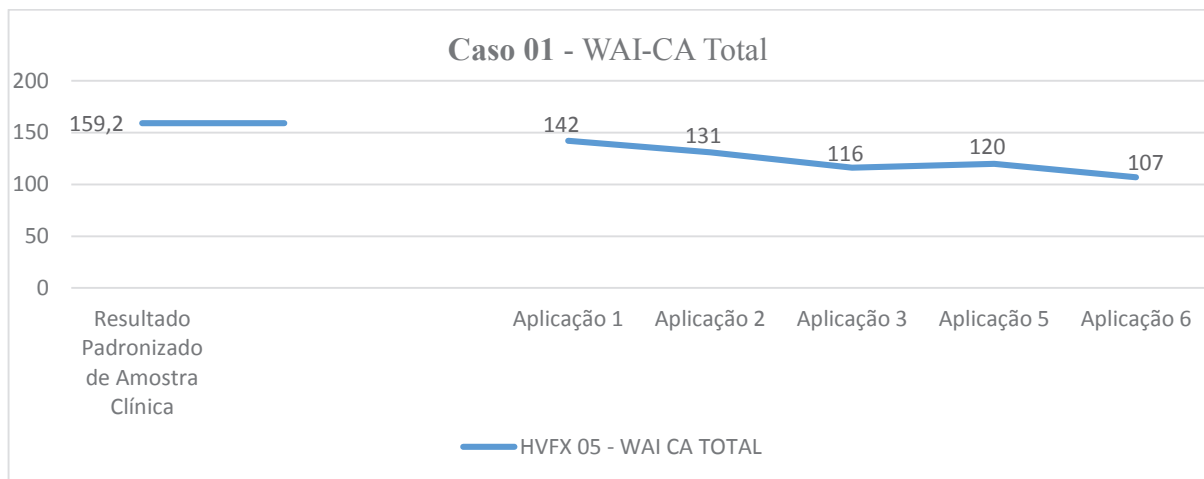
Figura 2. Avaliação da sintomatologia (adolescente) - Caso 01.



Neste caso a autopercepção do jovem não está de acordo com a percepção da mãe que avaliou uma diminuição na sintomatologia. Segundo o depoimento do terapeuta, o período de intervenção coincidiu com um período em que, apesar de ter melhorado na escola este jovem foi reprovado, o que pode ter contribuído para uma visão mais negativa a respeito de si mesmo e, conseqüentemente, influenciado seu processo de autoavaliação. A autopercepção está associada ao funcionamento social do adolescente na família e nos grupos de pares. Neste caso, tal funcionamento pode ter sido modificado devido a sua reprovação na escola, podendo contribuir de forma a dificultar o estabelecimento de outras relações e interações sociais e/ou produzir alterações na sua percepção sobre as mesmas (Manfroi, 2012).

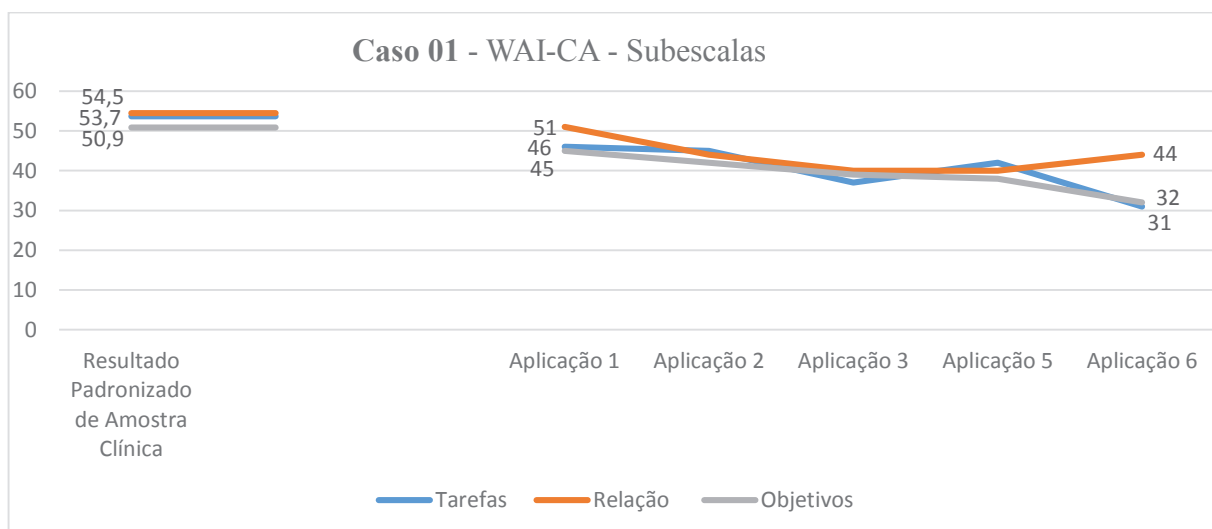
Segundo o WAI-CA preenchido por este jovem, os valores da aliança terapêutica diminuíram.

Figura 3. Avaliação da aliança (adolescente) – Caso 01.



No entanto, o gráfico que mostra o desenvolvimento de cada uma das subescalas indica que, apesar de haver uma diminuição do valor global da aliança devido, principalmente, ao decréscimo das subescalas tarefas e objetivos, os valores atribuídos a relação diminuíram, mas voltaram a aumentar na quarta e na quinta sessão, sendo esta a subescala que se manteve mais estável e a qual foi atribuída maiores valores no total. Este fato, somando-se a resposta sobre o que seria uma boa relação terapêutica, que mudou de “não ter problemas em falar com o seu psicólogo” na primeira aplicação para “não ter problemas em falar da sua vida com o psicólogo”, apontam para uma evolução da relação terapêutica no sentido de maior personalidade e proximidade com o terapeuta e uma provável relação positiva desta variável com a adesão.

Figura 4. Avaliação das subescalas: relação, tarefas e objetivos – Caso 01.



O desenvolvimento da aliança nesta faixa etária também é influenciado pelas limitações cognitivas, sendo estas diferentes das do adulto. Na psicoterapia com crianças e adolescentes, o acordo em relação aos objetivos e tarefas propostos pelo terapeuta pode exceder as suas capacidades cognitivas. 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).

3.2. Caso 02

Informações clínicas fornecidas pelo terapeuta:

É um jovem de 11 anos que manifestava muito o aspeto do humor. No entanto, usava isso como forma de evitar se expor sobre os seus reais conflitos. Durante o processo psicoterapêutico foi sendo confrontado e começou a perceber que usava o humor porque, assim, era reconhecido e admirado pelas pessoas, no entanto, começou a entender que, desta forma, as pessoas não percebiam as suas reais necessidades.

Ele tem muitos medos e crises de pânico. Estava muito ligado ao participante citado anteriormente e quando o mesmo saiu do grupo, este passou a ocupar o lugar dele geograficamente na sala. Falamos muito sobre isto, estava a manifestar um aspeto ambivalente, se por um lado ele estava a mostrar a vontade de se expor, assim como o outro participante o fez, também estava a mostrar o medo e a resistência que o outro participante também mostrou no início. O principal objetivo da psicoterapia com ele baseia-se nesse aspeto, em conseguir ultrapassar o medo de se expor. Está muito vinculado ao terapeuta e tem a sua opinião em consideração. É um jovem que também estava muito resistente ao início, hoje tem uma grande adesão faltando a consulta em raras exceções.

Resposta 1 a questão aberta:

Porque eu preciso de ajuda para resolver os meus problemas.

Resposta 2 a questão aberta:

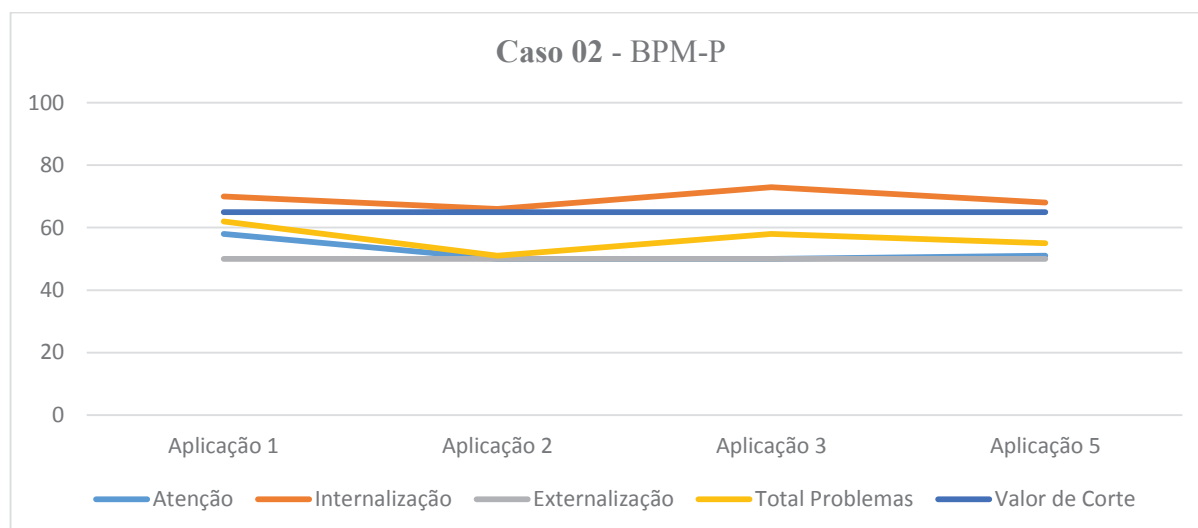
Eu acho que uma boa relação terapêutica é: eu e o meu psicólogo concordarmos com o mesmo.

Tabela 3. *Dados sobre a adesão - Caso 02.*

Paciente	Sessões	Presenças	Ausências
Caso 02	29 Sessões	26 Presenças	3 Ausências

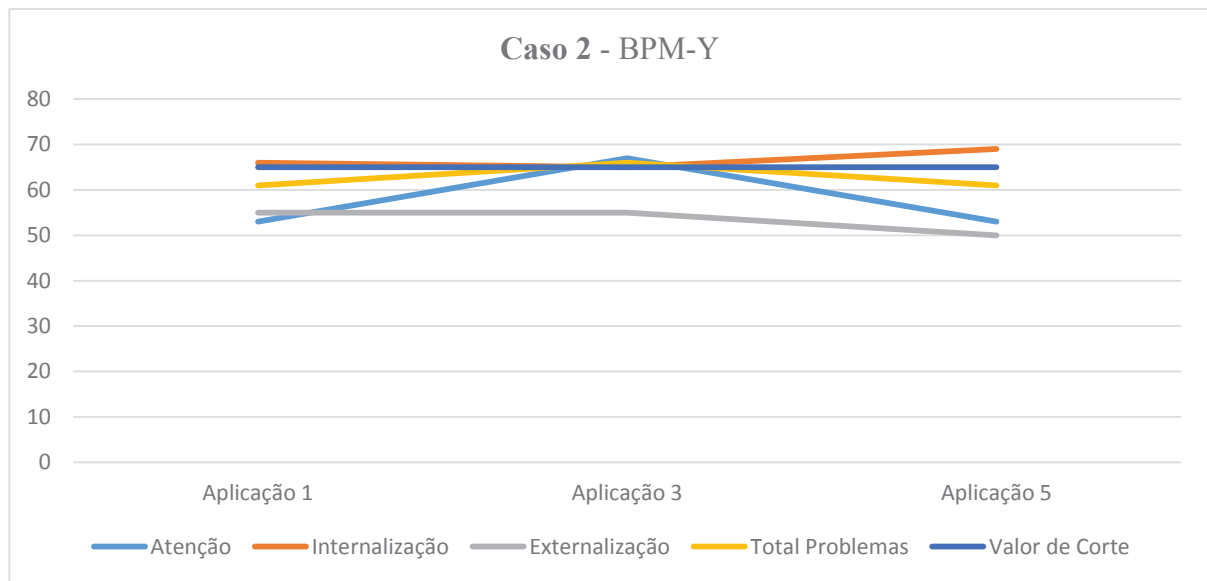
Os resultados do BPM-P indicam que na perspetiva da mãe, os valores dos problemas de externalização se mantiveram baixos, os problemas de atenção diminuíram e se estabilizaram. Já os problemas de internalização diminuíram na segunda aplicação, aumentaram na terceira e, posteriormente, voltaram a diminuir na quinta aplicação. Os valores do total de problemas acompanharam o movimento dos problemas de internalização, visto que os outros se mantiveram estáveis. O total de problemas manteve-se abaixo do valor de corte.

Figura 5. *Avaliação da sintomatologia (mãe) – Caso 02.*



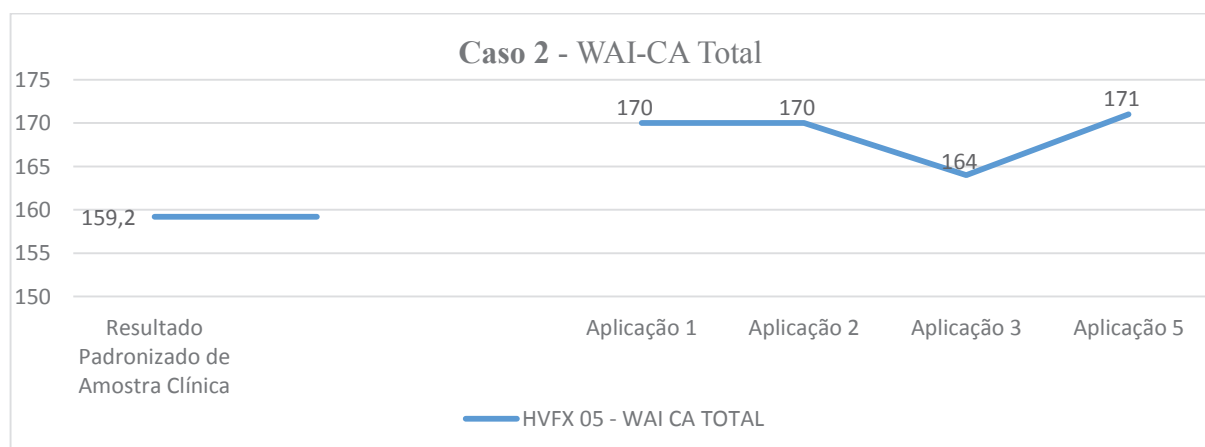
Em concordância com o BPM-P, o BPM-Y preenchido pelo jovem apresenta níveis baixos e estáveis de problemas de externalização e níveis mais elevados de internalização. No entanto, na perspetiva do jovem, na terceira aplicação houve um pico dos problemas de atenção, enquanto que, na perspetiva da mãe foram os problemas de internalização que elevaram-se. Já na perspetiva do jovem, os problemas de internalização, tiveram um decréscimo ligeiro na terceira aplicação e aumentaram para cima do valor de corte na quinta sessão.

Figura 6. Avaliação da sintomatologia (adolescente) – Caso 02.



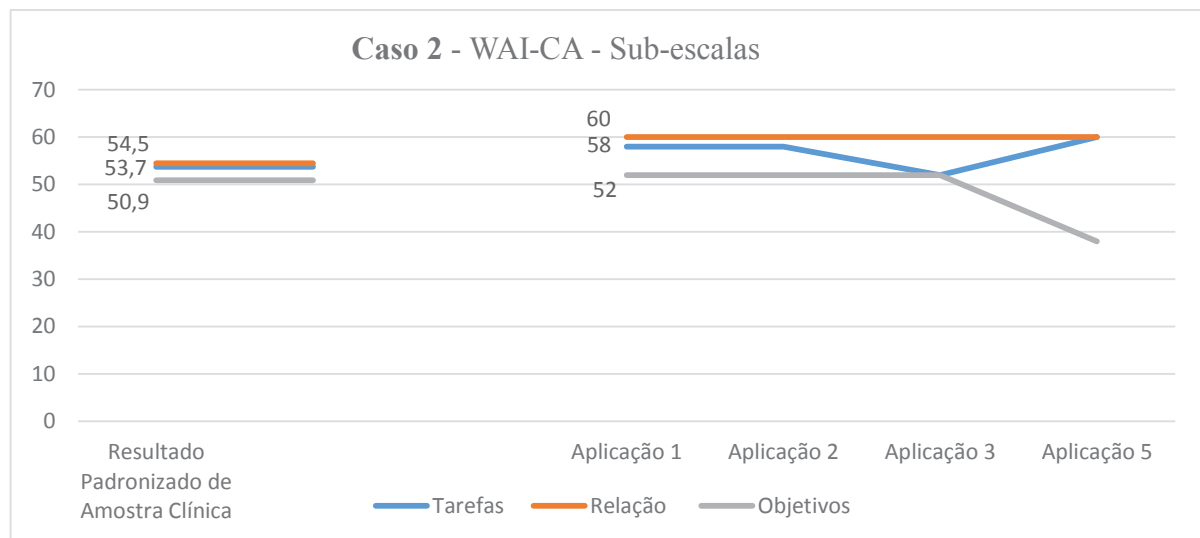
Quanto aos resultados da WAI-CA indicam a ocorrência de uma aliança terapêutica com valores acima da média em todas as sessões, tendo ocorrido um decréscimo dos valores na terceira aplicação que coincidiu com o pico de aumento da sintomatologia de internalização, do ponto de vista da mãe e da sintomatologia de atenção do ponto de vista do adolescente, o que aponta para uma relação entre aliança terapêutica e sintomatologia. Hawley e Weisz (2005) afirmaram que a aliança em jovens estava associada a mudanças nos sintomas.

Figura 7. Avaliação da aliança (adolescente) – Caso 02.



No desenvolvimento de cada subescala percebe-se que, neste caso, a subescala relação manteve-se sempre estável e com valores acima da média, enquanto os valores atribuídos para as subescalas objetivos e tarefas foram mais instáveis, o que pode estar, também, associado a limitações cognitivas da faixa de desenvolvimento cognitivo para perceber a relação entre os objetivos da terapia e as tarefas propostas pelo terapeuta (Shirk, 1988).

Figura 8. Avaliação das subescalas: relação, tarefas e objetivos – Caso 02.



Na resposta a questão aberta houve uma mudança da primeira para a segunda aplicação. Na primeira resposta o jovem parece não ter entendido bem a pergunta, possivelmente porque ainda não percebia o que era a relação terapêutica, sua resposta foi “porque eu preciso de ajuda para resolver os meus problemas”. Já na segunda aplicação o jovem percebe a pergunta e responde adequadamente “Eu acho que uma boa relação terapêutica é: eu e o meu psicólogo concordarmos com o mesmo” o que também pode ser considerado uma evolução da própria relação e da percepção do jovem sobre a mesma.

3.3. Caso 3

Informações clínicas fornecidas pelo terapeuta:

Este é um jovem de 15 anos que está num grupo semanal de psicodrama, que falta muito pouco. Já foi alvo muitas vezes de dramatização, é um bom aluno, muito inteligente, no entanto por ter uma cobrança muito grande de si mesmo, acaba por sentir muita ansiedade frente a

diversas situações. Ele tem muita dificuldade em lidar com isso e, depois, acaba por não ir tão bem na escola devido a faltas e episódios de depressão. É muito rígido, faz um bloqueio emocional muito grande e o processo psicoterapêutico dele baseia-se em contactar com as próprias emoções.

Tem muito medo de decepcionar o pai (que tem uma patologia diagnosticada: é bipolar) e a mãe, ambos são muito exigentes com ele. Então, para lidar com os pais ele faz um bloqueio dos sentimentos mais agressivos. Tem claramente uma estrutura obsessiva, o que faz com que tenha um vínculo forte com uma outra integrante do grupo que tem diagnóstico de Perturbação Obsessiva Compulsiva. Ele está muito vinculado a psicoterapia e cada vez mais está a perceber como esse processo tem contribuído para ele se sentir mais livre emocionalmente.

Resposta a questão aberta:

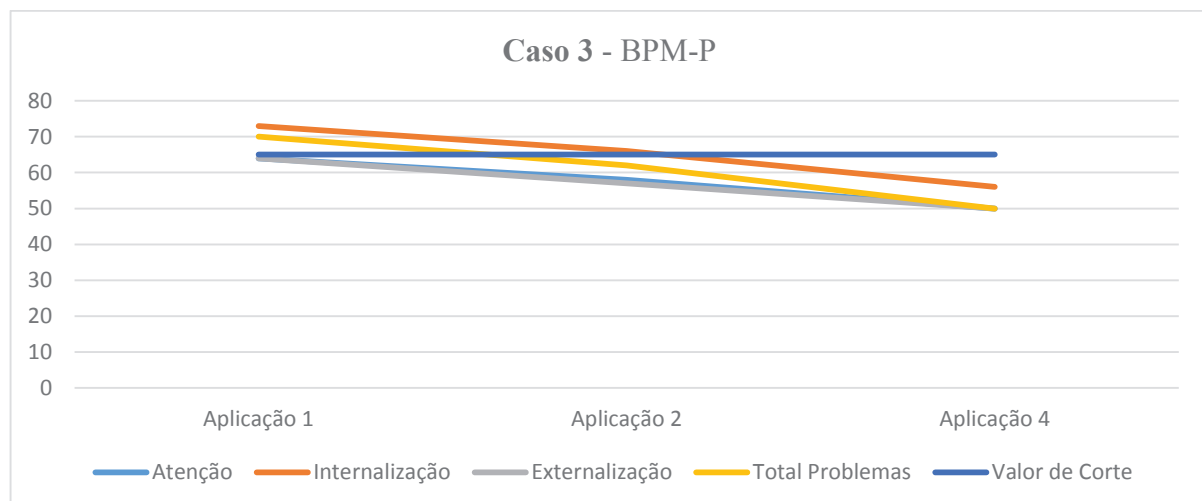
Confiança e estar disposto a falar sobre os problemas e a disponibilidade do outro para ouvir.

Tabela 4. *Dados sobre a adesão - Caso 03.*

Paciente	Sessões	Presenças	Ausências
Caso 3	26 Sessões	25 Presenças	1 Ausências

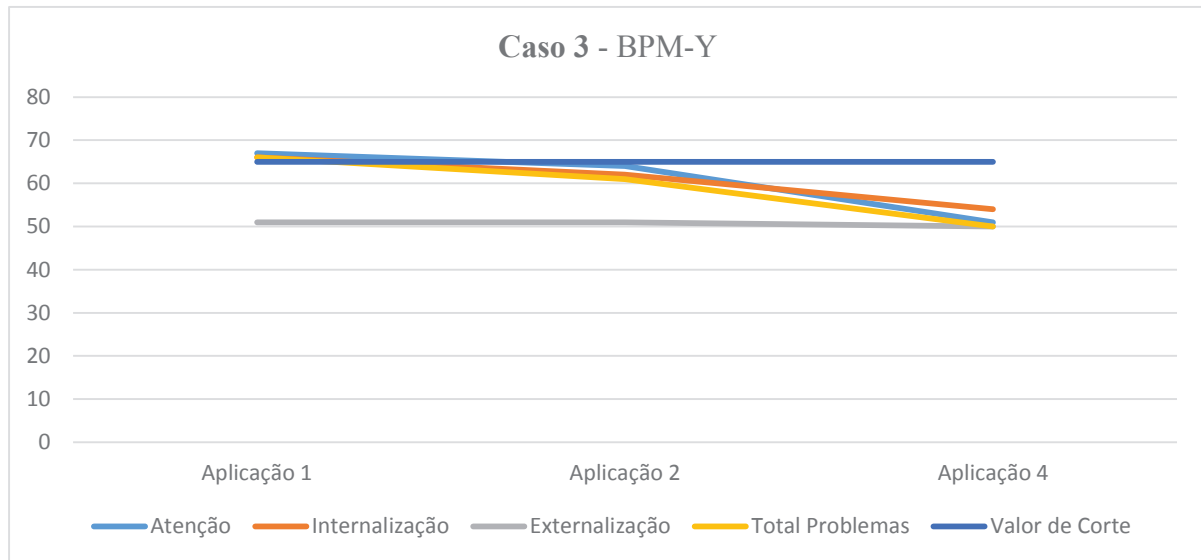
Neste caso o BPM-P foi preenchido pelo pai que perceciona o percurso terapêutico do jovem como tendo diminuído progressivamente a sintomatologia, inclusivamente para valores abaixo do valor de corte. A sintomatologia com valores mais altos é a dos problemas de internalização, o que está em concordância com o relato do terapeuta.

Figura 9. *Avaliação da sintomatologia (pai) – Caso 03.*



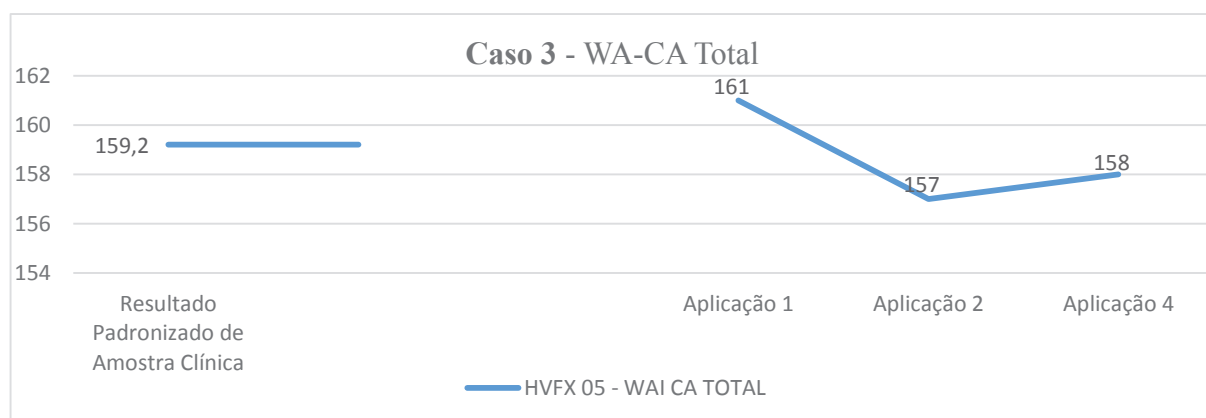
O BPM-Y mostra que a percepção do jovem sobre os seus próprios sintomas está de acordo com a percepção do pai e também do terapeuta, diminuindo a sintomatologia no decorrer do processo.

Figura 10. Avaliação da sintomatologia (adolescente) – Caso 03.



Através dos resultados obtidos com o WAI-CA, nota-se que houve um decréscimo da aliança, da primeira para a segunda aplicação, que voltou a subir na terceira. Nas perturbações de ansiedade o medo catastrófico interpessoal influencia a qualidade das interações pessoais em diversos contextos e tendem a manifestar-se também no contexto terapêutico (Mendlowicz & Stein, 2000; Stein & Kean, 2000).

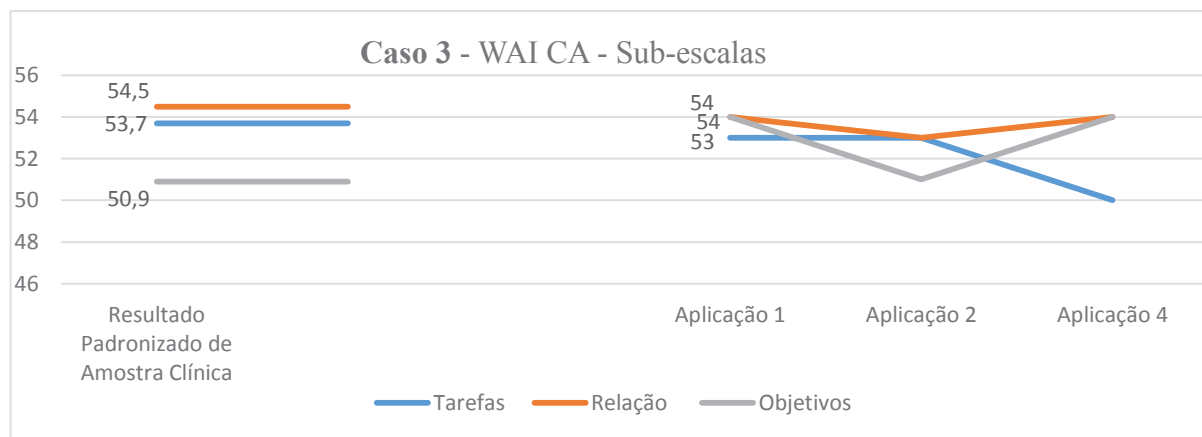
Figura 11. Avaliação da aliança (adolescente) – Caso 03.



A investigação tem mostrado que estes clientes tendem a ser mais exigentes na sua avaliação no início da terapia. Para explorar as possibilidades de enfrentar os medos e preocupações o cliente deve confiar no terapeuta e sentir a segurança necessária para correr

riscos (Hoffart et al., 2009). Na resposta a questão aberta, este cliente afirmou que uma boa relação terapêutica é: “Confiança e estar disposto a falar sobre problemas e a disponibilidade do outro para ouvir”. Este fato, a sua avaliação da aliança e a sua adesão à psicoterapia, apontam que, neste caso, essa confiança existe e faz diferença. Ao analisar as subescalas da aliança é possível perceber que a subescala relação foi a que se manteve mais estável e com os valores mais elevados.

Figura 12. Avaliação das subescalas: relação, tarefas e objetivos – Caso 03.



3.4. Caso 4

Informações clínicas fornecidas pelo terapeuta:

Esse é um rapaz de 14 anos, é um caso complicado. A mãe é psicótica, muito incapaz, tem internamentos frequentes. A avó é a pessoa que cuida dele, mas também já tem uma certa demência, às vezes, não o traz a consulta porque se esquece e ele também. Ele era a pessoa que tinha a expectativa mais alta do grupo. O mais comum é as pessoas começarem com uma expectativa mediana e depois vão aumentando gradualmente. Ele tinha uma expectativa muito alta, uma idealização da psicoterapia.

Ele é um jovem que vive preso a uma grande desorganização por causa da mãe e da avó. Ele tem uma timidez muito intensa, é muito fechado. Esse grupo a que ele pertence é de jovens mais perturbados, o grupo foi triado com essa intenção. Ele não consegue se vincular ao grupo e se desvincular dessa problemática familiar. Está na eminência de sair do grupo. Tem um núcleo depressivo e uma timidez acentuada, não tem, entretanto, nenhum diagnóstico definido, e está muito à mercê das patologias da mãe e da avó.

Resposta a questão aberta:

Falar com ele, dar as minhas opiniões. Ele tem que me ajudar e brincar.

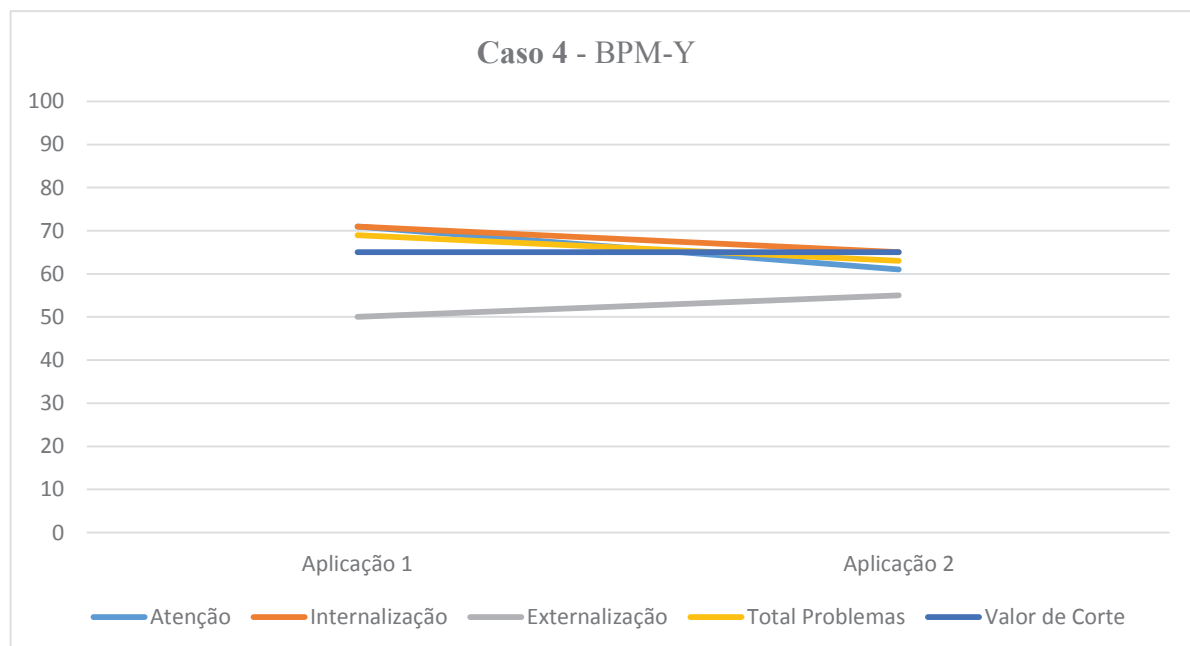
Tabela 5. *Dados sobre a adesão - Caso 04.*

Paciente	Sessões	Presenças	Ausências
Caso 4	14 Sessões	5 Presenças	9 Ausências

Os valores do BPM-P deste caso não serão apresentados em gráfico, visto que, foi entregue apenas uma aplicação preenchida pela avó, o que inviabiliza a exposição neste formato. Os valores mais altos referidos foram os de problemas de atenção (n=71) e de internalização (n=70), estando ambos acima do valor de corte (n=65), e os valores mais baixos foram de externalização (n=50).

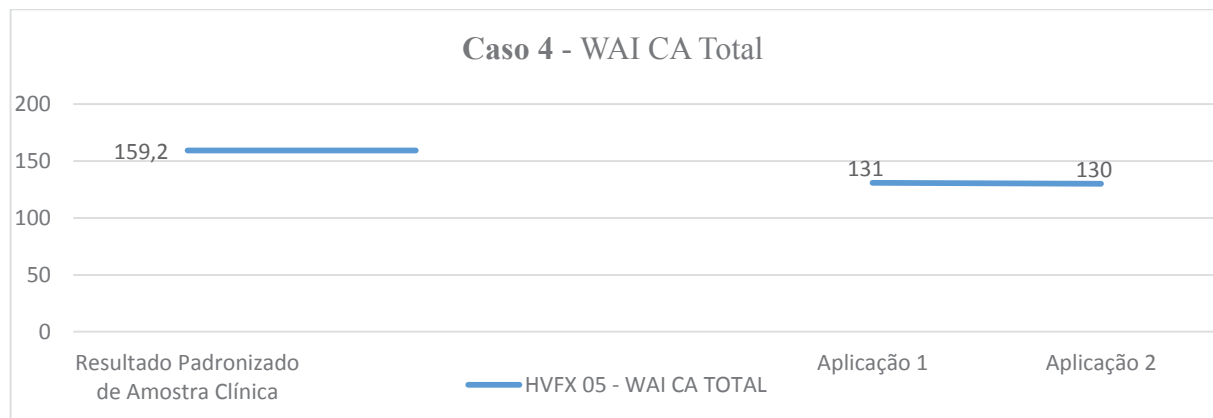
Os valores da primeira aplicação do BPM-Y também foram mais altos para os problemas de internalização e atenção, mas decresceram na segunda aplicação para baixo do valor de corte. Já o valor de externalização aumentou, mas ainda continuou baixo. Os resultados da investigação de Salavessa (2015) mostram quanto mais fraca a qualidade de vinculação aos pais, maiores tendem a ser os problemas de internalização e externalização e que os problemas de externalização tendem a aumentar com a idade, na adolescência.

Figura 13. *Avaliação da sintomatologia (adolescente) – Caso 04.*



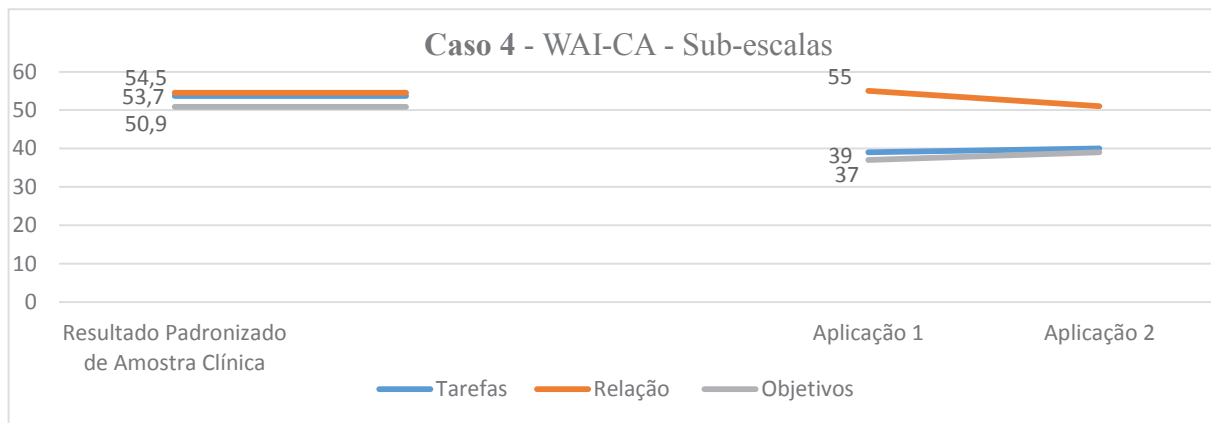
Os resultados do WAI-CA indicam uma aliança terapêutica abaixo da média e que apresentou um ligeiro decréscimo. Outras investigações mostram que uma diferença significativa entre a psicoterapia com adultos e com crianças e adolescentes prende-se com a necessidade de envolvimento de outros membros da família. O estudo de Hawley e Weisz (2005), afirma que a aliança terapêutica com pais permite uma participação constante na terapia, enquanto que, a aliança em jovens estava associada à mudança de sintomas. Este é um caso em que, através das informações clínicas é possível perceber que existe, claramente uma dificuldade do terapeuta de estabelecer uma aliança com os familiares, visto que a mãe tem uma psicopatologia grave e a avó, que é quem cuida do rapaz, tem uma demência não lembrando de o levar a psicoterapia.

Figura 14. Avaliação da aliança (adolescente) – Caso 04.



Ao analisarmos o valor de cada variável da aliança, o da relação foi o único que estava, no início, acima da média mas, decresceu na segunda aplicação, enquanto os valores das subescalas tarefas e objetivos aumentaram. Neste caso, temos baixos valores de aliança terapêutica e uma baixa adesão a psicoterapia, o que aponta para uma relação entre estas variáveis. Contudo, mesmo com a baixa adesão e uma aliança terapêutica enfraquecida houve uma evolução no sentido de diminuição da sintomatologia.

Figura 15. Avaliação das subescalas: relação, tarefas e objetivos – Caso 04.



Este é um caso que poderia ser beneficiado pelo uso de promotores de adesão pró-ativos, visto que o adolescente e a sua avó se esqueciam das datas das consultas. Os estudos de Schwalbe & Gearing (2012) sugerem a necessidade de testar a eficácia de promotores da adesão pró-ativos (e.g. enviar mensagem, fazer um telefonema antes da sessão para lembrar a mesma) ao invés de promotores de adesão reativos (e.g. enviar mensagem ou, telefonar após o absentismo do cliente à sessão de psicoterapia).

Na reposta a questão aberta deste adolescente quanto ao que seria uma boa relação terapêutica “falar com ele, dar as minhas opiniões, ele tem que me ajudar e brincar” nota-se que há uma certa falta por parte do cliente em perceber a necessidade de seu próprio empenho e comprometimento e não apenas o que deve haver por parte do terapeuta.

3.5. Caso 5

Informações fornecidas pelo terapeuta:

É uma rapariga de 15 anos, que tinha uma grande resistência e dificuldade de falar de si. Ela falou sobre isso abertamente na triagem e por essa razão a equipa chegou a conclusão de que o melhor para ela era estar integrada a um grupo, justamente devido a essa dificuldade de socialização. Ela não entrou logo ao início da psicoterapia, entrou depois. Sempre foi colocado para ela que não iríamos pressioná-la a se expor, esse era um aspeto que ela deveria trabalhar e, quando se sentisse à vontade, se colocaria. Faltou um período as consultas por justificativas escolares, mas penso que também foi por não se sentir muito confortável no grupo. Agora ela já está mais integrada e acabou por começar a trazer seus conflitos, como o medo que sente de que as pessoas não gostem dela. Depois das férias ela melhorou muito a adesão.

Reposta a questão aberta:

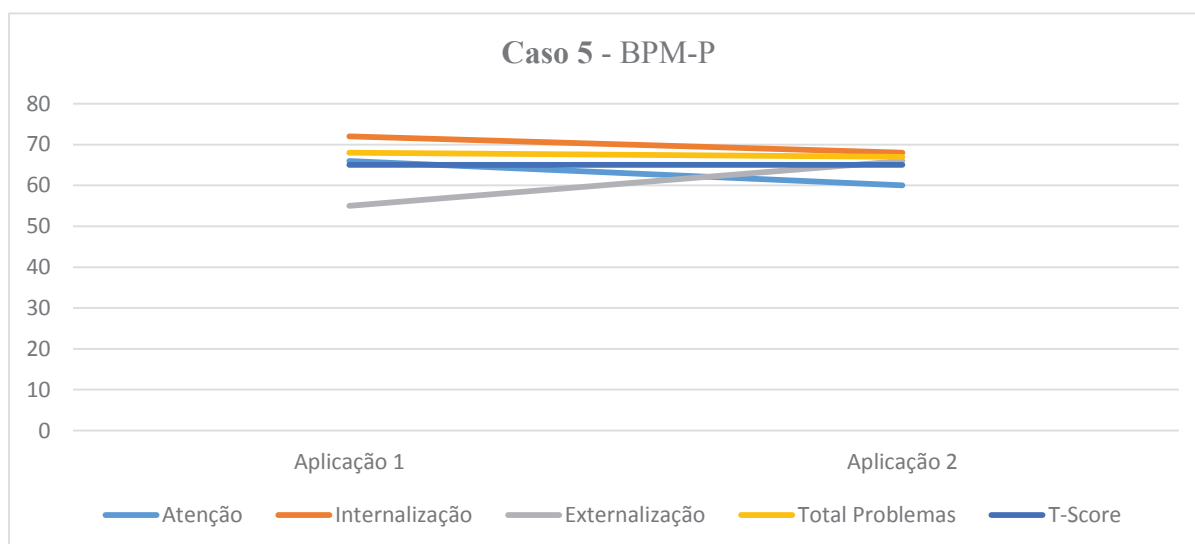
Não sei porque não a tenho.

Tabela 6. *Dados sobre a adesão - Caso 05.*

Paciente	Sessões	Presenças	Ausências
Caso 5	10 Sessões	8 Presenças	2 Ausências

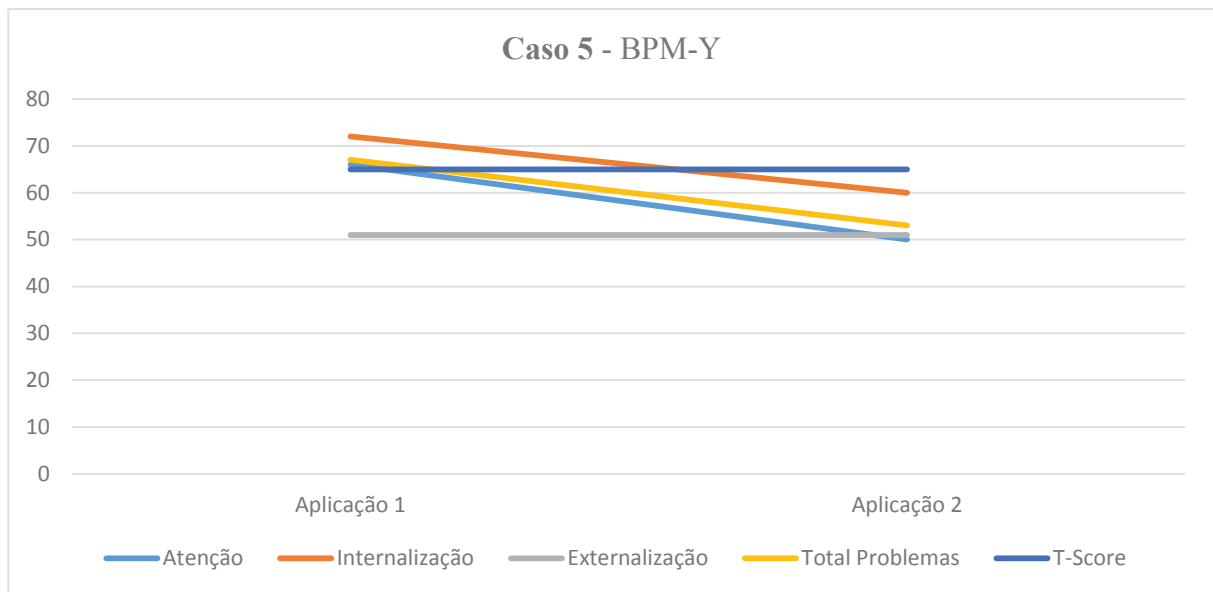
Neste caso o BPM-P preenchido pela mãe mostra que, os sintomas relativos a internalização e a atenção diminuíram e os relativos a externalização aumentaram.

Figura 16. *Avaliação da sintomatologia (mãe) – Caso 05.*



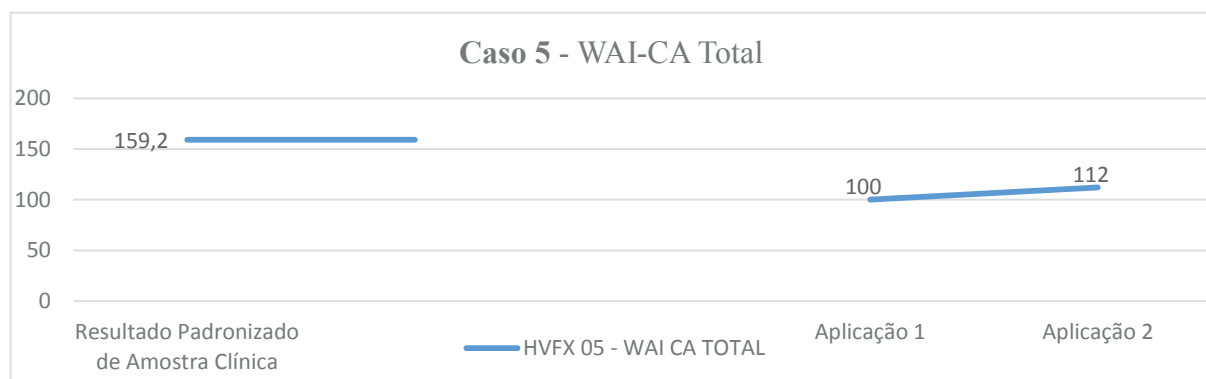
O BPM-Y mostra que na perspectiva da jovem também houve uma diminuição dos sintomas de atenção e internalização que foi ainda mais acentuada chegando a valores abaixo do valor de corte, já os sintomas de externalização mantiveram-se baixos desde o início.

Figura 17. Avaliação da sintomatologia (adolescente) – Caso 05.



Os resultados do WAI-CA mostraram valores baixos de aliança terapêutica, no entanto, houve um aumento da qualidade da aliança na perspectiva da jovem o que pode estar relacionado com uma maior adesão. A idade (16 anos) e as características de personalidade podem estar relacionadas com a exigência na avaliação. O estudo de Bickman e colaboradores (2004) mostrou que os jovens com menos de 17 anos percebem, geralmente, a aliança de forma menos positiva do que o terapeuta; enquanto os de 17 anos tendem a percebê-la de forma semelhante ao terapeuta; e os com mais de 17 anos, tendem a perceber mais positivamente a aliança em relação ao terapeuta.

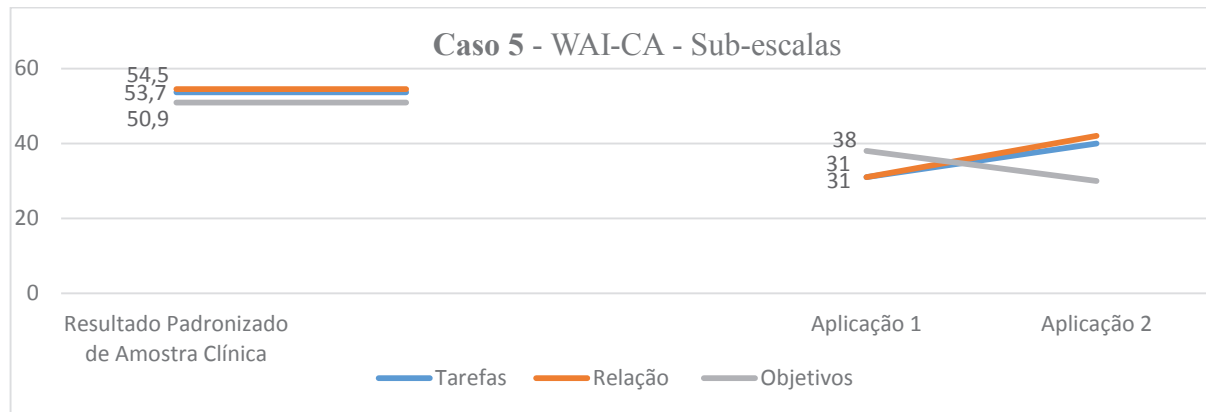
Figura 18. Avaliação da aliança (adolescente) – Caso 05.



Na discriminação do percurso de cada subescala da aliança é possível perceber que este aumento foi bastante significativo na subescala relação e tarefas, já que na subescala objetivos houve um decréscimo do valor atribuído. Diguseppe e colaboradores (1996) mostraram que

os jovens estão muito menos propensos em acordarem com o seu terapeuta sobre os objetivos da terapia. Outros estudos apontam que um as características do terapeuta também influenciam a aliança e a adesão a psicoterapia (Ribeiro, 2009).

Figura 19. Avaliação das subescalas: relação, tarefas e objetivos – Caso 05.



Neste caso, a resposta a questão aberta respondida logo no início da intervenção “não sei porque não a tenho” ilustra uma forma egocêntrica, típica dos adolescentes, de perceber o mundo ao redor (Papalia, Olds & Feldman, 2006), o que dificulta perceberem a generalidade de um aspeto abstrato para além da sua experiência individual. Este pode ser um desafio na comunicação com os adolescentes na psicoterapia para o estabelecimento de uma aliança terapêutica consistente.

4. Conclusão

4.1. Síntese dos Casos

No Caso 1, os resultados da avaliação global da aliança, apesar de terem diminuído ligeiramente durante o processo de avaliação, parecem apontar para uma possível interação entre a variável relação e a adesão terapêutica. Esta variável foi a que se manteve mais estável e a qual foram atribuídos os maiores valores durante a monitorização. A evolução da subescala relação no gráfico indica que houve uma mudança da mesma durante o processo (estava decrescente até o meio e passou a ser crescente) o que é coerente tanto com o relato do terapeuta quanto com as respostas do jovem a questão aberta. Adesão foi alta e, neste caso, o que influenciou para um decréscimo nos valores globais atribuídos a aliança está relacionado, principalmente, às subescalas: objetivos e tarefas.

O Caso 2 apresentou altos valores de aliança terapêutica associados a uma alta adesão. Com a coocorrência de uma queda na qualidade da aliança terapêutica com um aumento da sintomatologia de internalização, do ponto de vista da mãe, e da sintomatologia de atenção, do ponto de vista do jovem, estes resultados apontaram também para uma relação inversa entre aliança terapêutica e sintomatologia. Além disso, a variável relação teve os valores mais elevados entre todas as subescalas e manteve-se estável durante todo o processo. Assim como o caso anterior, este caso confirma a hipótese de que, tratando-se de adolescentes, a adesão terapêutica pode estar relacionada de forma mais direta com a subescala relação em comparação com as outras variáveis da aliança e que existe uma maior dificuldade dos adolescentes em perceber a relação entre os objetivos e as tarefas da psicoterapia.

No Caso 3, três aspectos se destacam como mais importantes. O primeiro é que há uma relação entre diminuição da sintomatologia e uma maior adesão terapêutica. O segundo é que a subescala que se manteve mais estável na aliança terapêutica foi a relação, o que está associada a uma alta adesão e é coerente com os resultados dos casos citados anteriormente. O terceiro é que quando ocorreu uma diminuição da qualidade da aliança percebida pelo jovem, ocorreu simultaneamente, uma menos acentuada diminuição da sintomatologia no BPM-Y e, quando a qualidade da aliança voltou a aumentar, houve uma diminuição maior da sintomatologia. Isso indica uma relação entre a aliança terapêutica e sintomatologia, o que está de acordo, também, com os resultados anteriores.

O Caso 4 mostra valores baixos de aliança terapêutica, um decréscimo nos valores da relação, associados a uma baixa adesão terapêutica. O que também está de acordo com os resultados dos outros casos. No entanto, mesmo com uma menor adesão houve uma diminuição da sintomatologia, o que pode indicar que mesmo com uma baixa adesão a psicoterapia é possível haver mudança da sintomatologia.

O Caso 5, apesar de ter apresentado valores baixos de aliança terapêutica, apresentou um movimento ascendente da mesma, o que se associou a uma maior adesão e a uma diminuição da sintomatologia. Para além disso, os resultados também apontam para a dificuldade no estabelecimento de um acordo entre terapeuta e cliente quanto aos objetivos da terapia.

Conclui-se que há uma relação entre aliança terapêutica e adesão a psicoterapia, mais precisamente no que se refere à subescala relação e que tanto a aliança terapêutica como a adesão contribuem para uma diminuição da sintomatologia, os estudos de Samstag e

colaboradores (1998), Valle, Viegas e Castro (2000), Hoffart e colaboradores (2009) e Constantino e colaboradores (2010) também suportam esta análise. Já as subescalas tarefas e objetivos foram avaliadas de forma mais inconstante, o que pode estar relacionado tanto com as limitações cognitivas de percepção dos adolescentes quanto com as dificuldades do terapeuta em chegar a um acordo sobre as mesmas através de uma comunicação mais adequada (Shirk, 1988; Diguseppe et al., 1996; Ribeiro, 2009). Em síntese, o relato dos adolescentes mostrou que uma boa relação terapêutica é uma relação de confiança e acordo, na qual há uma disposição do cliente para falar sobre si e uma disponibilidade do terapeuta para ouvir e ajudar.

4.2. Implicações para a Prática Clínica

As implicações para a prática clínica na intervenção psicoterapêutica com adolescentes apontam principalmente para um senso de responsabilidade e atenção sobre a construção da aliança, principalmente no que se refere a relação terapêutica, e no acordo entre os objetivos e as tarefas, visto serem estas, variáveis que podem influenciar tão fortemente a mudança na sintomatologia de nossos clientes. Estes resultados também apontam para a importância de uma avaliação contínua das reações dos clientes à intervenção, seja por observação, seja através de instrumentos para que haja o desenvolvimento e aprimoramento da mesma e para a importância da atitude compreensiva do terapeuta no sentido de conhecer os limites de seus clientes e adequar a sua comunicação.

4.3. Limitações e Sugestões para Investigações Futuras

Quanto às limitações deste estudo a que mais se destacam são: o número de participantes, que por ser pequeno não permite generalizações; a falta de diversidade de contextos clínicos e a falta de exposição de relações possíveis das variáveis investigadas com as características do terapeuta. O presente estudo, de cariz exploratório, representa um contributo preliminar para o estudo da relação entre a aliança terapêutica e a adesão à psicoterapia em adolescentes, integrado num esforço de monitorização terapêutica, tendo fornecido pistas relevantes para estudos futuros neste domínio.

Por tanto, a sugestão para investigações futuras é a utilização de um número maior de participantes e a análise da interação entre as características dos terapeutas, como tipos de comunicação, por exemplo, e tipos de características de diagnósticos dos clientes numa lógica de monitorização da aliança terapêutica e adesão. Sugere-se ainda o estudo mais aprofundado

da variável adesão, a partir, por exemplo, da recolha e análise de informação relacionada com tarefas terapêuticas prescritas.

Bibliografia

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., Ivanova, M. Y., & Rescorla, L. A. (2011). Manual for the ASEBA Brief Problem Monitor (BPM). Research Center for Children, Youth, and Families. University of Vermont.
- Almeida, L. S. (2008). *Metodologia da investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilibrio.
- 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, 842–852. doi:10.1037/0022-006X.75.6.842
- 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
- Benetti, S. P. C. & Cunha, T. R. S. (2008) Abandono de tratamento psicoterápico: implicações para a prática clínica. *Arquivos brasileiros de psicologia*, 60 (2), 48-59. Consultado em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180952672008000200007&script=sci_arttext.
- Bennett, D. S. & Gibbons, T. A. (2000). Efficacy of Child Cognitive-Behavioral Interventions for Antisocial Behavior: A Meta-Analysis. *Child and Family Behavior Therapy*, 22, 1-15. doi:10.1300/J019v22n01-01
- Bickman, L., Andrade, A. R., Lambert, E. W., Doucette, A., Sapyta, J., Boyd, A. S. Rumberger, D. T., Moore-Kurnot, J., McDonough, L.C. & Rauktis, M.B. (2004). Youth therapeutic alliance in intensive treatment settings. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(2), 134-148.
- Bradley, M. C. & Mandell, D. (2005). Oppositional defiant disorder: A systematic review of evidence of intervention effectiveness. *Journal of Experimental Criminology*, 1(3), 343-365. doi: 10.1007/s11292-005-0062-3
- Castro, P. F. (1999). Reflexões em Psicologia e Ciência: uma análise da pesquisa aplicada à psicologia clínica. *Psicologia: Teoria e Prática*, 1, 3-13.

- Constantino, M. J., Manber, R., Jason, O., Kuo, T. F., Huang, J. S. & Arnow, B. A. (2007). Patient Expectations and Therapeutic Alliance as Predictors of Outcome in Group Cognitive-Behavioral Therapy for Insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*. (5), 210-228. doi: 10.1080/15402000701263932
- Digiuseppe, R., Linscott, J., & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child adolescent psychotherapy. *Applied & Preventive Psychology*, 5, 85-100.
- Diamond, G.S., Liddle, H.A., Wintersteen, M.B., Dennis, M.L., Godley, S.H. & Tims, F. (2006), Early therapeutic alliance as a predictor of treatment outcome for adolescent cannabis users in outpatient treatment. *American Journal of Addictions*, 15, 26-33.
- Fabiano, G.A., Pelham, W.E., Coles, E.K., Gnagy E.M., Chronis-Tuscano, A., O'Connor, B.C. (2008). A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Clin Psychol Rev.*, 129-40. doi:10.1016/j.cpr
- Figueiredo, M. C. E. & Schvinger, A. A. (1981). Estratégias de atendimento psicológico-institucional a uma população carente. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 33 (1), 46-57.
- Figueiredo, B., Dias, P., Lima, V. S., Raposo, H., Lamela, D., Machado, P. & Horvath, A. (sd). Portuguese version of the *Working Alliance Inventory* for Children and Adolescents (WAI-CA): Development and psychometric properties (artigo não publicado), 1-15.
- Fleming, M. (2005). *Entre o Med e o Desejo de Crescer*. Psicologia da Adolescência. Porto: Edições Afrontamento.
- Freud, S. (1937). Analysis terminable and interminable. In J. Strachey (Ed.), *Standard Edition of complete psychological work of Sigmund Freud*, vol. 16, (pp. 431-447). London: Hogarth Press.
- 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, 425–435.
- 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
- Hoffart, A., Borges, F., Sexton, H., & Clark, D. (2009). The role of common factors in residential cognitive and interpersonal therapy for social phobia: a process out-come study. *Psychotherapy Research*, 19(1), 54-67.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O. & Greenberg, L. L. (1989). Development and validation of the *Working Alliance Inventory*. *Journal of Counseling Psychology*, 36, 223-233.
- Jung, S. I., Serralta, F. B., Nunes, M. L. T. & Eizirik, C. L. (2013). Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic psychotherapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35 (1), 181-190.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. & Bickman, L. (2006). 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.
- 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
- Lorentzen, S., Bakali, J. V., Hersoug, A. G., Hagtvet, K. A., Ruud, T., & Hoglend, P. (2012). Psychodynamic Group Psychotherapy: Impact of Group Length and Therapist Professional Characteristics on Development of Therapeutic Alliance. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 19, 420–433. doi: 10.1002/cpp.758
- Maia, M. (2012). A Adesão Terapêutica na Infecção por HIV. *Actas do 9º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 725-730). Lisboa: CRIA/ISCTE-IUL.

- Manfroi, E. C. (2012) *Percepção da qualidade do apego parental e da amizade entre pares como fatores preditores da autopercepção em pré-adolescentes* (Tese de doutoramento não publicada). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Matos, M. G., Pires, A. P., Souza, D. & Dias, S. A. (2012). A Técnica de Intervenção na Psicanálise. *Actas do 9º congresso nacional de psicologia da saúde*. 837-841. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Mendlowicz, M. V., & Stein, M. B. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.
- Moretto, C. C. (2013). *Experiências com um grupo de adolescentes: um estudo psicanalítico*. (Tese de doutoramento não publicada). Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil.
- Motta, I. F. (2012). A clínica psicanalítica de crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento. *Actas do 9º congresso nacional de psicologia da saúde*, (pp. 928-933). São Paulo: Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Motta, I. F. (2012). O Valor do Diagnóstico em Psicoterapia Psicanalítica na Perspectiva Winnicottiana. *Actas do 9º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 922-927). São Paulo: Departamento de Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.
- Oliveira, K. D., Almeida, K. L. & T. L. Barbosa. (2012). Amostras probabilísticas e não probabilísticas: técnicas e aplicações na determinação de amostras (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, Brasil.
- Paiva, P., Pires, A.P., Gonzalez, A. & Lopes, M. (2012). Análise da mudança estrutural em psicanálise usando o SPC. *Actas do 9º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 1055-1062). Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G., Steinberg, P. I. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 114-122.

- Porta, L. K. (2006). *Experiências de um grupo de adolescentes com sobrepeso e obesidade: um estudo psicanalítico*. (Dissertação de mestrado não publicada). Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil.
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança Terapêutica: Da Teoria a Prática Clínica*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Sachse, R., Leisch, M. & Urbaniak, B. (2000). Determinants of Success in Goal-Oriented Client-Centered Psychotherapy: There Are No Successful Clients But Only Successful Teams. Dortmund: Tales Institut.
- Salavessa, M. C. (2015). *Vinculação e problemas de comportamento em adolescentes*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, Portugal.
- Samstag, L. W., Batchelder, S. T. J., Muran, C., Safran, J. D., Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy. *Journal Psychotherapy Practice Research*, 7 (2), 126-143. Consultado em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330493/pdf/126.pdf>
- Schwalbe, C. & Gearing, R. (2012). The Moderating Effect of Adherence-Promoting Interventions With Clients on Evidence-Based Practices for Children and Adolescents With Mental Health Problems. *American Journal of Orthopsychiatry*, 82, 146-155. doi: 10.1111/j.1939-0025.2011.01133.x
- Shirk, S. R. (1988). *Cognitive development and child psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- 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 Clinical Psychology*, 71, 452-464.
- Srolorow, R., Brandchaft, B., & Atwood, G. (1983). Intersubjectivity in psychoanalytic treatment, with special reference to archaic states. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 47, 117-128.
- Stein, M.B., & Kean, Y.M. (2000). Disability and quality of life in Social Phobia: epidemiologic findings. *American Journal of Psychiatry* 157, 10.

- Valle, E. A., Viegas, E. C., Castro, C. A. C. & Toledo J. R. (2000). A adesão ao tratamento. *Revista Brasileira Clínica*, 26 (3), 83-86.
- Verzignasse, V. C. P. (2008). *O acting out em um grupo de adolescentes: um estudo psicanalítico*. (Dissertação de mestrado não publicada). Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil.
- Wallerstein, R. S., Milbrath, C. & DeWitt, K. N. (2003). *Scales of Psychological Capacities (SPC) as measures of structural change in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy*. São Francisco: Psychotherapy Research Project of The Menninger Foundation.