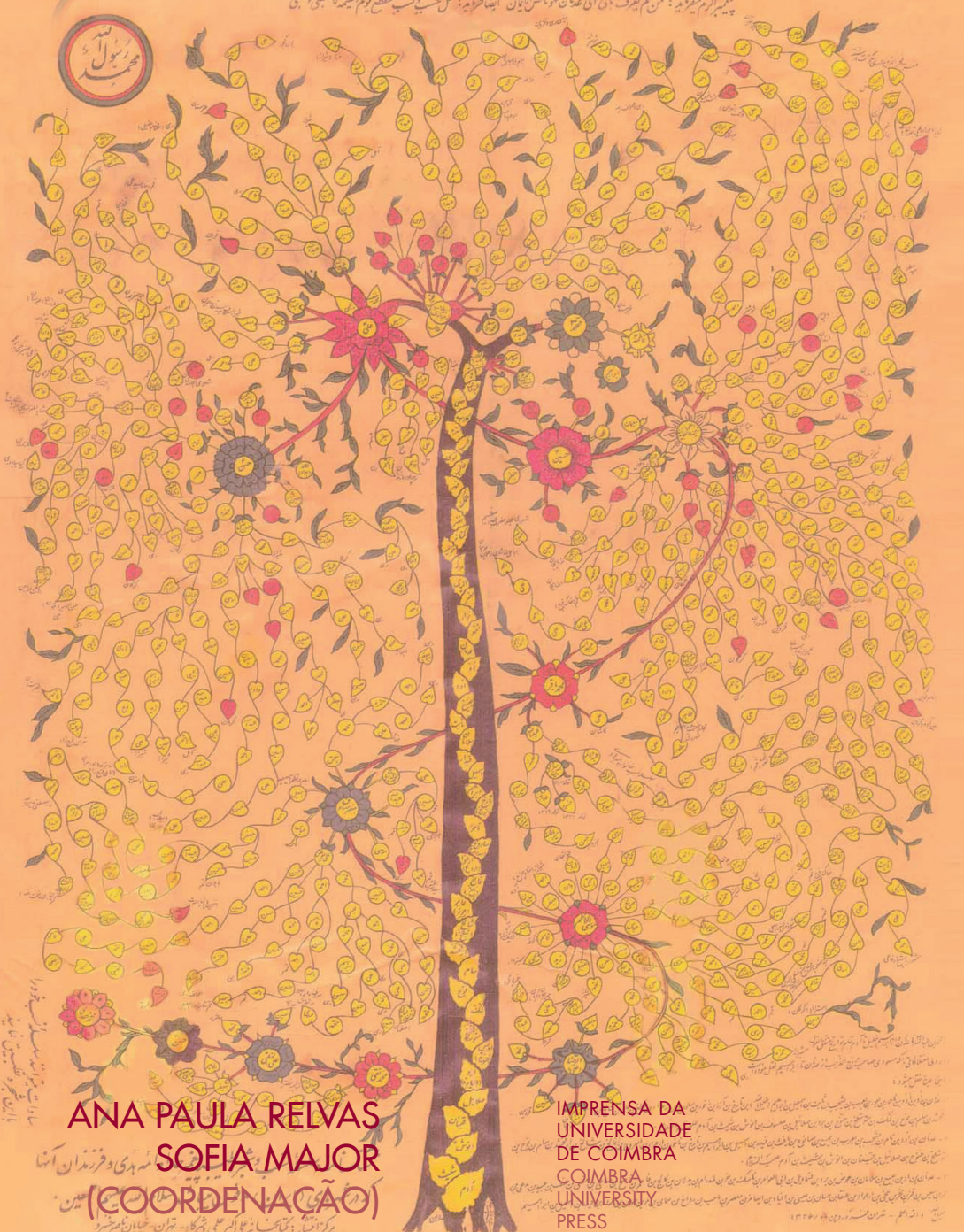


AVALIAÇÃO FAMILIAR

FUNCIONAMENTO E
INTERVENÇÃO
VOL. I

چهارم از مجموعه کتاب: فن نامه‌های آبی الی عدنان، قوام‌الایان، ابی‌طاهر، علی‌حسین و شمس‌الدین ابراهیم‌الکلبی و شمس‌الدین



ANA PAULA RELVAS
SOFIA MAJOR
(COORDENAÇÃO)

IMPRENSA DA
UNIVERSIDADE
DE COIMBRA
COIMBRA
UNIVERSITY
PRESS

این کتاب شامل مجموعه‌ای از مقالات است که به بررسی و تحلیل وضعیت خانواده‌ها در ایران می‌پردازد. این کتاب به زبان فارسی نوشته شده است و به عنوان یکی از منابع مهم در زمینه روانشناسی خانواده و مشاوره خانوادگی شناخته می‌شود. این کتاب به دلیل جامعیت و عمق مطالب، برای دانشجویان و محققان این رشته بسیار مفید خواهد بود.

این کتاب به زبان فارسی نوشته شده است و به عنوان یکی از منابع مهم در زمینه روانشناسی خانواده و مشاوره خانوادگی شناخته می‌شود. این کتاب به دلیل جامعیت و عمق مطالب، برای دانشجویان و محققان این رشته بسیار مفید خواهد بود.

**SISTEMA DE OBSERVAÇÃO DA ALIANÇA EM TERAPIA
FAMILIAR
VERSÃO AUTO-RESPOSTA
(SOFTA-S)**

Margarida Vilaça
Luciana Sotero
José Tomás da Silva
Ana Paula Relvas

“...it is the human therapist-client encounter that provides the best explanation as to how treatment works in most of psychotherapy...”

(Blow & Distelberg, 2006, citados por Blow, Sprenkle, & Davis, 2007, p. 299)

Resumo

Desenvolvido por Friedlander, Escudero e Heatherington (2006), o Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar – auto-resposta (SOFTA-s) é um questionário composto por 16 itens que avaliam a força da aliança terapêutica no contexto da terapia familiar, permitindo recolher a perspetiva de clientes e terapeutas. Os estudos de adaptação e validação para a população portuguesa realizaram-se com base numa amostra de 126 clientes e 93 terapeutas. Para ambas as versões, as análises exploratória e confirmatória não replicaram o modelo original de quatro fatores. Na versão para clientes, os resultados evidenciaram um modelo bifatorial (Forças e Dificuldades da aliança terapêutica), enquanto

que na versão para terapeutas, as análises apontaram para um modelo unidimensional. As soluções encontradas apresentaram uma consistência interna aceitável (clientes) e muito boa (terapeutas). Os resultados obtidos validam a utilização científica e clínica do SOFTA-s, apelando contudo à reflexão e prosseguimento da exploração da sua estrutura fatorial em futuras investigações.

Palavras-chave: aliança terapêutica, clientes, terapeutas, SOFTA-s.

Abstract

Developed by Friedlander, Escudero and Heatherington (2006), the System for Observing Family Therapy Alliances – self report (SOFTA-s) is a 16-item questionnaire used to evaluate the strength of the therapeutic alliance in the context of family therapy, allowing to collect both clients and therapists perspectives. The adaptation and validation studies to the Portuguese population are based on a clinical sample of 126 clients and 93 therapists. For both versions, exploratory and confirmatory factor analysis did not replicate the original four-factor model. In the clients version, results showed a bifactorial model (Strengths and Difficulties of the therapeutic alliance), whereas the therapists version pointed for a unidimensional model. The resulting solutions presented acceptable (clients) and very good (therapists) internal consistency values. These evidences validate the use of SOFTA-s in a scientific and clinical context, calling out to the reflection and prosecution of the exploration of its factor structure in future investigations.

Key-words: therapeutic alliance, clients, therapists, SOFTA-s.

1. Instrumento

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

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

Quadro 1.

Ficha técnica do SOFTA-s

O que é?	O <i>Sistema de Observação da Aliança em Terapia Familiar – versão auto-resposta</i> (SOFTA-s) é a versão portuguesa, para clientes e terapeutas do <i>System for Observing Family Therapy Alliances – self report</i> (SOFTA-s), publicado em 2006 por Friedlander, Escudero e Heatherington. Para além do questionário, o SOFTA é ainda constituído por um sistema de observação (SOFTA-o) e um programa informático (<i>e</i> -SOFTA) que facilita o treino de investigadores e clínicos na utilização do instrumento (Disponível em http://www.softa-soatif.com)		
O que avalia?	O SOFTA-s foi desenvolvido com o objetivo de avaliar a força da aliança terapêutica no contexto da terapia familiar conjunta, sob o ponto de vista dos clientes (versão para clientes) e dos terapeutas (versão para terapeutas). Cada uma das versões contém 16 itens negativos e positivos		
	Estrutura do SOFTA-s – versão para clientes		
	Subescala	Número Itens	Descrição
	<i>Forças da Aliança Terapêutica</i> (FA)	11	Avalia manifestações positivas da aliança terapêutica, representativas de uma forte aliança entre terapeuta e cliente(s) (e.g., “O terapeuta e eu trabalhamos juntos como uma equipa”)
	<i>Dificuldades da Aliança Terapêutica</i> (DA)	5	Retrata fragilidades da relação terapêutica, características de uma aliança terapêutica pobre (e.g., “Para mim é difícil discutir com o terapeuta o que devemos trabalhar na terapia”)

Estrutura do SOFTA-s – versão para terapeutas

			Reflete a qualidade global da aliança terapêutica, contemplando aspetos como o envolvimento na terapia, a ligação emocional entre terapeuta e cliente(s), a segurança no contexto terapêutico e a partilha de objetivos (e.g., “O que esta família e eu estamos a fazer na terapia faz-me sentido”)
	<i>Aliança terapêutica</i> (AT)	16	
A quem se aplica?	O SOFTA-s foi desenvolvido para ser administrado a todos os elementos da família (versão para clientes) com mais de 12 anos, e respetivos terapeutas (versão para terapeutas), no final das sessões de terapia familiar ou de casal		
Como ter acesso?	O acesso ao SOFTA-s (versão clientes e versão terapeutas) pode ser efetuado através da página http://www.fpce.uc.pt/avaliação familiar que contém todos os instrumentos de avaliação apresentados neste livro. Os utilizadores deverão facultar os contactos pessoais e institucionais, bem como dados acerca do propósito da utilização do SOFTA-s (e.g., investigação, prática clínica) e concordar com as condições de utilização e de partilha dos resultados com os autores da versão portuguesa		

Fundamentação e história

Ao longo dos anos, têm sido realizados estudos que identificam os fatores comuns associados à mudança nas diferentes abordagens psicoterapêuticas (Davis & Piercy, 2007; Drisco, 2004; Sexton, Ridley, & Kleiner, 2004). Neste sentido, tem sido defendida a existência de um conjunto de fatores ou mecanismos de mudança transversais a todas as terapias, os quais, de um modo geral, remetem para a relação terapêutica, as características do cliente, as características do terapeuta e as expectativas em relação ao processo terapêutico (Davis & Piercy, 2007; Hubble, Duncan, & Miller, 2006; Lambert, 1992; Sprenkle, Davis, & Lebow, 2009). Neste contexto (i.e. fatores comuns), a maioria dos autores frisa a relevância da relação terapêutica, considerando que o estabelecimento da relação entre terapeutas e clientes é o fator que mais contribui para o processo de mudança (Friedlander et al., 2006; Knobloch-Fedders, Pinosof, & Mann,

2004; Sexton et al., 2004), sendo esta evidência corroborada por vários estudos (Escudero, Friedlander, Varela, & Abascal, 2008; Friedlander, Escudero, et al., 2006; Johnson, Wright, & Ketring, 2002; Knobloch-Fedders et al., 2004; Quinn, Dotson, & Jordan, 1997).

No âmbito da terapia familiar sistêmica (TFS) é também este o fator comum mais investigado (Sprenkle & Blow, 2004). Os resultados acumulados, desde os anos 80, sobre a ligação entre terapeuta e cliente e o seu efeito nos resultados terapêuticos, permitem-nos hoje afirmar que a evidência mais sólida que relaciona o processo e o resultado em terapia sistêmica é a relação entre clientes e terapeuta, em particular a aliança terapêutica (Friedlander, Escudero, et al., 2006; Friedlander, Widman, Heatherington, & Skowron, 1994; Hubble et al., 2006). O papel do terapeuta no estabelecimento da aliança é também apontado como essencial para o sucesso da terapia (Norcross, 2002; Sprenkle et al., 2009).

A aliança terapêutica é assim entendida como uma componente específica da relação terapêutica, a par (e muito provavelmente em interação) com outros constructos interpessoais (e.g., empatia, congruência, autor-revelação) (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006). De um modo geral, a aliança refere-se à qualidade e à força da relação colaborativa entre cliente e terapeuta (Horvath, Del Re, Fluckiger, & Symods, 2011). Esta dimensão colaborativa da aliança é entendida como transversal a diferentes definições associadas a perspectivas teóricas distintas (Ribeiro, 2009). É relevante notar que a relação terapêutica é um constructo mais amplo e inclusivo do que aliança, embora os dois constructos sejam, por vezes, usados de forma indiferenciada na literatura (Norcross, 2010). Apesar das diferentes designações (e.g., *working alliance*, *helping alliance*) e de alguma diversidade conceptual, a aliança terapêutica, ou simplesmente aliança, é indiscutivelmente o elemento da relação terapêutica mais popular ao nível da investigação.

Quinn e colaboradores (1997) levaram a cabo um estudo que visou avaliar a associação entre o estabelecimento da aliança terapêutica e o sucesso da terapia. Este estudo demonstrou a complexidade inerente à criação da aliança terapêutica, quando se trata de terapia familiar e de casal, dadas as características específicas destas modalidades de intervenção. Tais

especificidades dizem respeito ao facto de os elementos da família ou do casal nem sempre estarem em consonância relativamente aos objetivos a alcançar com a terapia, podendo dificultar o estabelecimento da aliança terapêutica. Um outro estudo, realizado por Knobloch-Fedders e colaboradores (2004), teve por objetivo analisar de que forma a aliança terapêutica prediz a mudança no âmbito da terapia de casal, colocando o enfoque em variáveis individuais e relacionais. Os resultados indicaram que quando a aliança terapêutica era estabelecida nas primeiras sessões se mantinha relativamente estável ao longo das sessões seguintes, contribuindo para a diminuição dos problemas conjugais. Segundo Friedlander e colaboradores (2006), também os próprios clientes identificam a relação positiva com o terapeuta como o fator mais importante para o sucesso da terapia, reforçando assim a relevância da aliança terapêutica.

O crescente interesse clínico e empírico pelo estudo da aliança terapêutica teve como consequência o aparecimento de uma enorme variedade de medidas da aliança no contexto da terapia individual. Horvath e colaboradores (2011), numa revisão da literatura efetuada em 2009, em 201 estudos científicos publicados, contabilizaram cerca de 30 instrumentos distintos, sem contabilizar com as diferentes versões do mesmo instrumento.

Contrariamente, no contexto da terapia familiar e de casal, podemos afirmar que apenas foram desenvolvidas duas medidas de auto-resposta destinadas à avaliação da aliança terapêutica, quer na perspetiva dos clientes como na perspetiva dos terapeutas. Referimo-nos especificamente às *Integrative Psychotherapy Alliance Scales* (Pinsolf & Catherall, 1986), originalmente criadas para o contexto das terapias conjuntas, e o *Working Alliance Inventory – Couples* (WAI-C; Symonds, 1998; Symonds & Horvath, 2004), adaptado da versão original concebida para a terapia individual. Em ambos os instrumentos, a partir da conceptualização tripartida da aliança de Bordin (1979; *goals, tasks, and bonds*), os clientes avaliam a sua aliança com o terapeuta e a aliança do terapeuta com os outros elementos da família que participam na terapia.

Perante a escassez de instrumentos de avaliação da aliança terapêutica no contexto particular da terapia familiar, Friedlander e colaboradores (2006) desenvolveram o *System for Observing Family Therapy Alliances*

– SOFTA, o qual consiste num modelo conceptual da aliança e num conjunto de medidas que podem ser usadas para avaliar a força da aliança terapêutica na terapia familiar e de casal, nomeadamente, um instrumento observacional (SOFTA-o; descrito em detalhe no capítulo 5) e um questionário de auto-resposta (SOFTA-s; apresentado no presente capítulo). Ambos os instrumentos têm uma versão para clientes e outra para terapeutas. Estes instrumentos foram desenvolvidos com base num modelo transteórico, observacional, multidimensional e interpessoal da aliança que permite operacionalizar este constructo em quatro dimensões interdependentes: Envolvimento no Processo Terapêutico, Conexão Emocional com o Terapeuta, Segurança dentro do Sistema Terapêutico e Sentimento de Partilha de Objetivos na Família (Friedlander et al., 2006). Estas diferentes dimensões refletem quer as alianças inter-sistemas (i.e., do cliente com o terapeuta) como as alianças intra-sistema (i.e., dentro da família). Contrariamente aos questionários de Pinsof (Pinsof & Catherall, 1986) e de Symonds e Horvath (2004), os quais são extrapolações para as terapias conjuntas de medidas individuais derivadas da conceptualização transteórica (i.e., que transcende as abordagens e modelos teóricos) da aliança de Bordin (1979), o SOFTA é composto por duas subescalas que refletem o modelo de Bordin (Envolvimento no Processo Terapêutico e Conexão Emocional com o Terapeuta) e duas subescalas que refletem aspetos específicos e exclusivos da terapia familiar e de casal (Segurança dentro do Sistema Terapêutico e Sentimento de Partilha de Objetivos na Família).

Desenvolvido a partir do SOFTA-o, a construção do SOFTA-s tinha, segundo os autores, um duplo objetivo: por um lado, criar questionários breves que tornassem viável a sua aplicação no contexto das investigações sobre a aliança e, por outro, investigar até que ponto os pensamentos e sentimentos descritos pelos clientes e terapeutas se associam com os seus comportamentos observados (Friedlander et al., 2006). O SOFTA-s serve assim para avaliar a força da aliança terapêutica a partir das percepções individuais dos clientes (ou dos terapeutas) acerca da qualidade das interações entre os membros da família, bem como, das interações de cada indivíduo com o terapeuta, refletindo, deste modo, de que forma os clientes se sentem na terapia (Friedlander et al., 2006). O questionário

contém duas subescalas que podem ser consideradas comuns aos vários formatos de terapia (e.g., terapia individual, terapia grupal, terapia familiar, terapia de casal), designadamente o Envolvimento no Processo Terapêutico e a Conexão Emocional com o Terapeuta, e duas subescalas especificamente dirigidas para o trabalho terapêutico com casais e famílias, nomeadamente, a Segurança dentro do Sistema Terapêutico e o Sentimento de Partilha de Objetivos na Família. Através das definições conceptuais das quatro dimensões da aliança, os autores construíram quatro itens para cada dimensão. Deste modo, cada uma das versões do SOFTA-s (cliente e terapeuta) é constituída por 16 itens positivos e negativos que podem ser cotados numa escala de *Likert*. Ambos os instrumentos permitem obter uma pontuação global, que reflete a aliança em geral, e quatro pontuações parciais, que refletem as diferentes dimensões da aliança. Pontuações mais elevadas refletem perceções da aliança mais favoráveis.

A utilização do SOFTA na investigação, na prática clínica, no treino de novos terapeutas e também na supervisão tem vindo a ser explorada com entusiasmo (Friedlander et al., 2006). Concretamente na prática clínica, o SOFTA-s permite aos terapeutas obterem um *feedback* dos clientes acerca da aliança terapêutica, possibilitando-lhes perceber, por exemplo, quem é o elemento da família menos envolvido, ou quem é o menos conectado emocionalmente com o terapeuta. Neste sentido, uma pontuação mais baixa no SOFTA-s ou diferenças acentuadas na perceção da aliança por parte dos clientes (i.e. alianças cindidas) podem conduzir à adoção de estratégias de intervenção com o propósito de reparar essas alianças.

Os estudos psicométricos realizados com as versões inglesa e espanhola do SOFTA-s, nomeadamente ao nível da fiabilidade, quer com a versão para clientes, quer com a versão para terapeutas, têm revelado para a escala total valores de consistência interna elevados (entre .83 e .95) e para as subescalas valores um pouco inferiores (entre .62 e .80) (Friedlander et al., 2006; Muñiz, Escudero, Friedlander, Heatherington, & Varela, 2011). Apesar de os valores de consistência interna de algumas das subescalas não serem muito elevados, a fiabilidade é adequada para subescalas com apenas quatro itens (Friedlander et al., 2006). Em termos dos estudos de validade, foram encontradas associações significativas entre o SOFTA-s e

o SOFTA-o, bem como entre o SOFTA-s e o *Working Alliance Inventory – Couples* (validade concorrente) (Horvath, Friedlander, Symonds, & Gruter-Andrews, 2003). Um estudo recente (Muñiz et al., 2011), com a versão Espanhola do SOFTA-s, obteve ainda resultados interessantes do ponto de vista da validade convergente, evidenciando que autopercepções mais favoráveis acerca da aliança parecem estar associadas com as percepções acerca dos progressos na terapia, avaliadas com o *Penn Helping Alliance Questionnaire* (Luborsky, Crits-Cristoph, Alexander, Margolis, & Cohen, 1983). Finalmente, neste mesmo estudo, encontrou-se ainda evidência de validade preditiva, na medida em que uma autopercepção mais positiva da aliança, medida numa fase inicial da terapia, parece prever uma percepção de progresso numa fase final da terapia (Muñiz et al., 2011).

A conceptualização e avaliação da aliança no domínio da terapia familiar e de casal implicam atender às diversas alianças estabelecidas: a) entre cliente e terapeuta; b) entre família/casal e terapeuta, e c) dentro da família/casal. Com o desenvolvimento do SOFTA procurou-se assim criar um sistema de avaliação que permitisse capturar não apenas o envolvimento do cliente na terapia e a sua ligação emocional com o terapeuta, como também dois aspetos únicos e interrelacionados desta modalidade de intervenção: o grau em que os clientes se sentem seguros para trabalhar na terapia com outros elementos da família e o grau em que os membros da família estão de acordo entre si sobre a necessidade, propósito, objetivos e valor da terapia conjunta.

2. Estudos em Portugal

Como foi desenvolvido/ adaptado e validado?

Estudos de tradução e adaptação

Os estudos de adaptação e validação do SOFTA-s (versão para clientes e versão para terapeutas) para o contexto português, decorridos entre outubro de 2010 e maio de 2013, poderão ser apresentados em duas

etapas complementares: (a) tradução e adaptação cultural e (b) estudos de evidência de validade e precisão das escalas.

O estudo de tradução e adaptação do SOFTA-s foi realizado com base na técnica da tradução invertida (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010), tendo sido utilizados os mesmos procedimentos para ambas as versões. Assim, num primeiro momento, dois tradutores fluentes em português e inglês, independentes e qualificados, que conheciam os objetivos do estudo e os conceitos envolvidos, realizaram a tradução das escalas da língua inglesa para a língua portuguesa, resultando daí duas traduções independentes. Procedeu-se ao processo de retroversão das duas versões portuguesas por outros dois tradutores, igualmente independentes e qualificados, que não tiveram acesso à versão original. Obtiveram-se, assim, quatro versões, duas na língua portuguesa e duas na língua inglesa. A seguir, os quatro tradutores reuniram-se, juntamente com os elementos da equipa de investigação, com o objetivo de comparar a versão original e as versões traduzidas e realizar as modificações das versões preliminares. Nesta fase, recorreu-se também à versão espanhola da escala com o objetivo de clarificar termos potencialmente ambíguos. Por último, os elementos da equipa de investigação efetuaram uma revisão da versão portuguesa do SOFTA-s resultante das etapas anteriores. As poucas mudanças efetuadas restringiram-se à substituição de palavras pouco usadas por sinónimos mais frequentes, resultando na versão final do SOFTA-s (Tradução portuguesa: Sotero, Relvas, Portugal, Cunha, & Vilaça, 2010). A versão portuguesa do SOFTA-s foi ainda sujeita a um estudo piloto, tendo sido administrada a um pequeno grupo de clientes e terapeutas com o objetivo de avaliar a sua compreensão e clareza, não tendo sido registadas quaisquer alterações.

Após a conclusão do estudo de tradução e adaptação do SOFTA-s (versão para clientes e versão para terapeutas) para a população portuguesa, procedemos à sua administração, em contexto de terapia familiar sistémica. A amostra utilizada para o estudo de ambas as versões é, assim, uma amostra clínica e de conveniência, recolhida em Centros de Terapia Familiar da zona centro do país (Aveiro e Coimbra) e regiões autónomas (Ponta Delgada e Funchal), cuja intervenção se baseia nas linhas gerais

da abordagem sistêmica no trabalho com famílias, casais ou outros grupos relacionais (e.g., o envolvimento na terapia de mais do que uma pessoa, o foco na relação) (European Family Therapy Association, 2009), entre novembro de 2010 e fevereiro de 2013.

No estudo da versão para clientes do SOFTA-s, a escala foi administrada no final da primeira sessão de terapia a 129 clientes participantes, 70 (54.3%) do sexo feminino e 59 (45.7%) do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 12 e os 65 anos ($M = 34.45$, $DP = 14.60$). Em termos das faixas etárias, predominam as idades entre 12-24 (27.9%) e 40-49 (24.8%). Quanto ao estado civil, a maioria dos participantes é casada/em união de facto (49.6%), seguindo-se os solteiros (38.0%) e, por fim, os divorciados/separados ou viúvos (11.6%). A escolaridade dos participantes varia entre os sujeitos sem escolaridade (1.6%) e os doutorados (2.3%), prevalecendo os sujeitos com o 3º ciclo básico completo (32.6%). Relativamente ao local de residência, os participantes provêm de áreas predominantemente urbanas (APU) (65.9%) e moderadamente urbanas (AMU) (34.1%) (INE, 2002). Quanto ao nível socioeconómico (NSE) dos participantes profissionalmente ativos, calculado com base na categorização proposta por Simões (2000), a qual cruza os dados relativos às profissões com as habilitações literárias dos sujeitos, verificamos que a categoria mais representativa é o NSE médio (79.4%), seguindo-se o NSE elevado (19.1%) e o NSE baixo (1.6%). Por fim, em termos das características familiares dos participantes, na sua maioria o agregado familiar é composto por três a quatro elementos (73.6%), sendo a maior parte dos respondentes mães (39.5%) e filhos (31.8%). Recorrendo à tipologia do ciclo vital familiar proposta por Relvas (1996), verificamos que o maior número de sujeitos se encontra na etapa família com filhos adolescentes (43.4%, $n = 56$).

A amostra utilizada para o estudo da versão para terapeutas do SOFTA-s é constituída por 93 aplicações ($N = 93$) administradas a um total de 35 terapeutas, do sexo feminino (88.6%) e masculino (11.4%), com idades entre os 22 e os 48 anos ($M = 29.43$, $DP = 6.62$). Procedeu-se à organização das idades dos terapeutas através da constituição de faixas etárias, tendo como referência as idades representadas na amostra,

verificando-se a prevalência das faixas etárias de 22-26 (40%) e 27-33 anos (40%). Em termos do grau de formação, a maioria dos terapeutas tem uma licenciatura pré-Bolonha (34.3%), seguindo-se os terapeutas com mestrado (31.4%), os estagiários finalistas do curso de Mestrado Integrado em Psicologia (25.7%) e, por fim, os doutorados (8.6%). A área de formação (licenciatura) predominante é a área de Psicologia (80.0%), enquanto os restantes terapeutas são licenciados em Serviço Social (20.0%). No início do processo terapêutico, momento da recolha dos dados sociodemográficos, a maioria dos terapeutas tinha a formação completa em Terapia Familiar e Intervenção Sistémica da Sociedade Portuguesa de Terapia Familiar (51.4%), 5 a 8 anos de formação clínica (40%) e 1 a 4 anos de experiência clínica (45.7%). Especificamente em termos dos anos de experiência clínica em TFS, a maioria dos terapeutas apresentava 1 a 4 anos de experiência (45.7%).

Note-se que, dadas as dificuldades inerentes à recolha da amostra clínica considerando apenas a primeira sessão de terapia, a constituição de ambas as amostras teve em conta o critério de um rácio mínimo de 5 sujeitos por item (Pasquali, 1999). Desta forma, estabelecemos um limite mínimo de 80 participantes (5 x 16) para a amostra composta por clientes ($N = 129$) e por terapeutas ($N = 93$).

Estudos de validade interna: Análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC)

Validade interna do SOFTA-s (versão para clientes)

Num primeiro momento, procedeu-se à análise dos critérios de adequabilidade da amostra, tendo-se verificado a normalidade da distribuição ($K-S = .074$; $p = .081$). O teste de esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 607.056$; $gl = 120$, $p < .001$) e o índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (.828) indicam que a correlação entre os 16 itens que compõem a escala é significativa e adequada para a realização de uma análise de componentes principais (Pestana

& Gageiro, 2008). O critério de Kaiser (Kaiser, 1960), referente ao número de fatores a extrair (retenção de fatores com valores próprios superiores a 1, Pestana & Gageiro, 2008), apontou para uma solução de quatro fatores que explicavam 58.38% da variância total. Analisando a solução obtida, esta não se revelou satisfatória pois, apesar de emergir uma estrutura fatorial semelhante à versão original do SOFTA-s, não existia uma correspondência estatística e teórica com a escala original. A estrutura obtida revelou-se de difícil interpretação, verificando-se uma maior saturação dos itens nos dois primeiros fatores (Fator 1 e Fator 2), enquanto os outros dois (Fator 3 e Fator 4), individualmente, explicam menos de 9% da variância. De seguida, recorremos à análise do teste *scree* de Cattell (Cattell, 1966), a qual revela uma inflexão após o segundo componente, apontando para a retenção de dois fatores (cf. Figura 1). Esta última análise foi complementada com a Análise Paralela (AP) (Horn, 1965), cujos resultados indicam, com base na matriz de dados com a mesma dimensão gerada aleatoriamente (16 variáveis x 129 respondentes), que apenas os primeiros 2 fatores apresentam *eigenvalues* superiores aos valores de critério correspondentes.

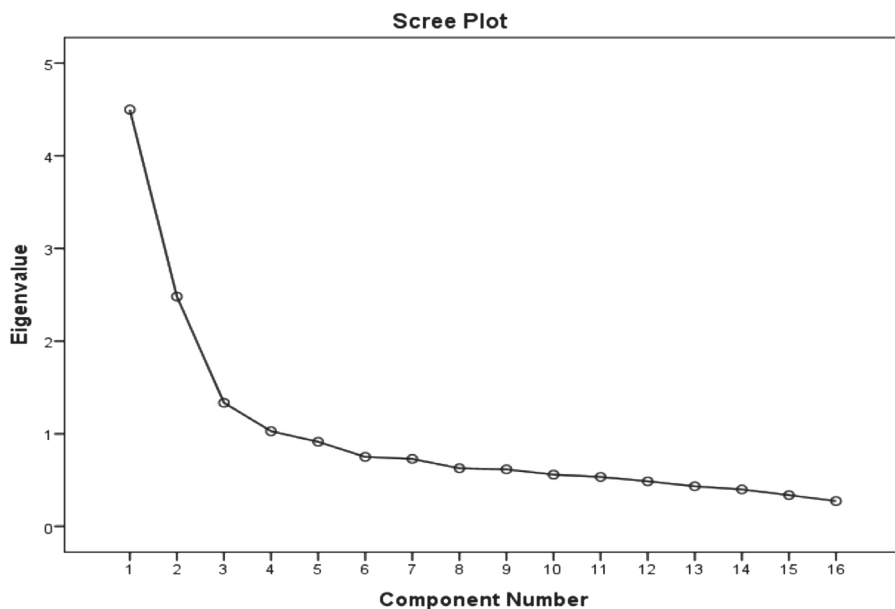


Figura 1. Gráfico de variâncias de *scree plot* – SOFTA-s (clientes)

Atendendo à convergência dos resultados do *scree plot* e da AP, que apontam para a extração de dois fatores, divergindo do critério de Kaiser que apontava para quatro, decidiu-se repetir a AFE, forçando a extração de dois fatores (cf. Quadro 2). Os dois fatores sujeitos ao método de rotação ortogonal *Varimax* explicam 43.619% da variância total, com retenção dos itens com saturações superiores a .30 (Almeida & Freire, 2003). Assim, o primeiro fator (F1) inclui 11 itens (explicando 27.347% da variância) e o segundo fator (F2) é composto por cinco itens (que explicam 16.272% da variância). Atendendo ao conteúdo dos itens que compõem cada fator, teoricamente o F1 corresponde às Forças da Aliança Terapêutica (e.g., “O terapeuta compreende-me”, “O terapeuta e eu trabalhamos juntos como uma equipa”), enquanto o F2 diz respeito às Dificuldades da Aliança (e.g., “Há alguns temas que receio abordar na terapia”, “Por vezes sinto-me à defesa nas sessões”). De notar que o item 7 apresenta a uma carga fatorial semelhante em ambas as subescalas tendo, no entanto, sido incluído no F1 por uma questão de coerência teórica, ou seja, por corresponder a uma potencialidade da aliança terapêutica.

Quadro 2.

Matriz rodada, comunalidades e variância explicada (Rotação Varimax) – SOFTA-s (clientes)

Itens	Fatores		
	1	2	h^2
1. O que acontece na terapia pode...	.734		.589
13. Eu entendo o que está a ser...	.712		.515
10. O terapeuta tornou-se numa...	.712		.507
9. O terapeuta e eu trabalhamos...	.699	.364	.621
3. As sessões de terapia ajudam...	.692		.482
8. Todos nós que vimos à terapia...	.633	.314	.499
2. O terapeuta compreende..	.580		.343
4. Todos os membros da família...	.568		.329
16. Na família cada um...	.567		.329
6. O terapeuta está a fazer...	.532		.288
15. Por vezes, sinto-me...		.737	.549
5. Para mim é difícil conversar...		.697	.511
11. Há alguns temas que...		.635	.431
14. Faltam conhecimentos...		.634	.416

12. Alguns membros da família...		.576	.333
7. Sinto-me cómodo/a...	.345	.345	.239
% variância explicada	27.347	16.272	

Nota. Cargas fatoriais (*loadings*) \geq .35 assinaladas a negrito.

Para averiguar a adequabilidade do modelo resultante da AFE, realizámos uma AFC do modelo bifatorial: F1 (Forças da Aliança – itens 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13 e 16) e F2 (Dificuldades da Aliança - itens 5, 11, 12, 14 e 15). Como indica o Quadro 3, a estrutura bifatorial apresenta índices de ajustamento adequados para o modelo re-especificado – $\chi^2 = 124.817$ ($p = .026$), $\chi^2/gl = 1.300$, $CFI = .944$, $GFI = .895$, $RMSEA: .048$ (Limite inferior: $p < .05$; Limite superior: $p < .10$) – uma vez que χ^2/gl é inferior a 5, o CFI é superior a .90, o GFI está próximo de .90 e o $RMSEA$ é inferior a .10 (Maroco, 2010) (cf. Quadro 3). Para o ajustamento do modelo, foram acrescentadas correlações entre os itens, sugeridas pelos índices de modificação, sempre que o índice de modificação era significativo e fazia sentido teoricamente. Um exemplo disso é a correlação estabelecida entre os erros do item 1 “O que acontece na terapia pode solucionar os nossos problemas” e item 9 “O terapeuta e eu trabalhamos juntos como uma equipa”, pois ambos os itens remetem para o envolvimento na terapia.

Quadro 3.

Índices de adequação dos modelos testados – SOFTA-s (clientes)

Índice				
Modelo	χ^2	GFI	CFI	$RMSEA$
Inicial	192.654 ($gl = 104$)	.839	.829	.082
Re-especificado	124.817 ($gl = 96$)	.895	.944	.048

GFI – Goodness-of-Fit Index; CFI – Comparative Fit Index; RMSEA – Root Mean Square Error of Approximation

Validade interna do SOFTA-s (versão para terapeutas)

A adequação da amostra para a realização da AFE na versão para terapeutas do SOFTA-s foi confirmada através dos índices de KMO (.820)

e do Teste de Esfericidade de Bartlett ($\chi^2 = 566.984$; $gl = 120$, $p < .001$), sendo igualmente verificada a normalidade da distribuição dos dados ($K-S = .083$, $p = .127$) (Pestana & Gageiro, 2008). A este propósito, note-se que a dimensão da amostra ($N = 93$) cumpre o critério de rácio mínimo de cinco sujeitos por item para a realização de análises fatoriais (Pasquali, 1999).

Nesta análise foram replicados, com os necessários ajustamentos, os procedimentos atrás descritos para o estudo da versão clientes. O critério de Kaiser (valores de *eigenvalues* superiores a 1) apontou para a extração de três fatores na análise de componentes principais que explicavam 54.950% da variância total. Esta solução não se revelou satisfatória pois, para além de a estrutura fatorial não ser semelhante à da escala original (emergência de três fatores em vez de quatro), revelou-se também de difícil interpretação, verificando-se, ainda, uma grande concentração dos itens (13 itens) no primeiro fator, com os restantes dois a explicar menos de 11% da variância total. Uma vez que não era possível utilizar o critério da AP, dado o tamanho da amostra ser inferior a 100 sujeitos, decidiu-se repetir a AFE, forçando, primeiro, à extração de quatro fatores (tal como a versão original) e, depois, de dois fatores (conforme os resultados encontrados neste estudo para a versão para clientes). Quer a estrutura quadrifatorial, quer a bifatorial, mostraram não ser razoáveis, na medida em que a distribuição dos itens pelos fatores não se enquadrava na definição desses componentes. Seguidamente, e uma vez que não era possível utilizar o critério da AP dado o tamanho da amostra ser inferior a 100 sujeitos, a partir do gráfico *scree plot* decidiu-se considerar, a título provisório, a existência de um único componente principal. Conforme se pode observar na Figura 2, o primeiro fator é nitidamente preponderante.

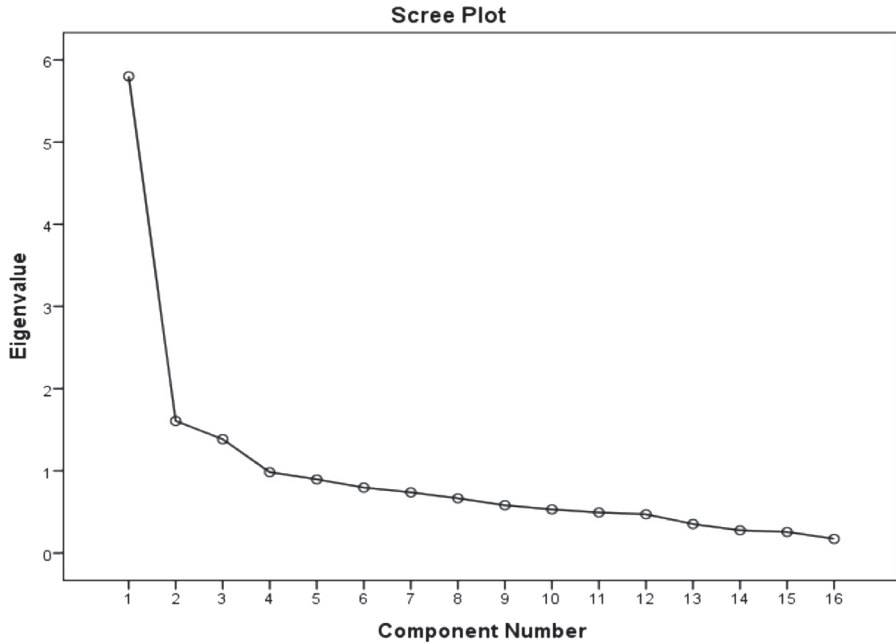


Figura 2. Gráfico de variâncias de *scree plot* – SOFTA-s (terapeutas)

Complementarmente, como se pode verificar no Quadro 4, o primeiro fator explica 36.257% da variância total e integra 15 dos 16 itens (só o item 14 não satura no fator 1) com saturações maioritariamente elevadas, com exceção para o item 6 que satura com um valor mais baixo (.309). Concluindo, uma estrutura unifatorial aparenta ser a que melhor representa, em termos gerais, o constructo em análise: a qualidade da aliança terapêutica.

Quadro 4.

Matriz não rodada, comunalidades e variância explicada – SOFTA-s (terapeutas)

Itens	Fatores			
	1	2	3	<i>b</i> ²
8. Todos os que vêm à terapia...	.766		-.394	.766
12. Alguns membros da família...	.716		.375	.653
5. Para mim e para a família é...	.709			.574
16. Cada pessoa na família707			.517
9. A família e eu estamos...	.697		-.413	.665
7. Os membros da família sentem-se...	.657	-.417		.622
15. Por vezes alguns membros...	.655	-.367	.366	.697
13. O que esta família e eu...	.646			.482
4. Todos os membros da família...	.636		-.420	.597
3. As sessões têm ajudado...	.590			.392
1. O que acontece na terapia...	.563	.343		.440
2. Eu compreendo esta...	.531	.492		.557
10. Tornei-me numa pessoa...	.492			.266
14. Faltam-me conhecimentos...		.650		.485
6. Eu estou a fazer tudo o que...	.309	-.538		.414
11. Há alguns temas que...	.484		.603	.664
% variância explicada	36.257	10.043	8.650	

Nota. Cargas fatoriais (*loadings*) $\geq .35$ assinaladas a negro.

Realizámos, de seguida, uma AFC de modo a testar a plausibilidade do modelo unidimensional. Os resultados de ajustamento global do modelo mostram um rácio de χ^2/gl de 1.385, $\chi^2 = 132.944$ ($p < .001$), $CFI = .924$, $GFI = .849$ e $RMSEA: .065$ (Limite inferior = $p < .05$; Limite superior: $p < .10$), indicando a adequabilidade do modelo, de acordo com os valores de referência (Maroco, 2010) (cf. Quadro 5). Mais uma vez, procedemos ao ajustamento do modelo, através de correlações entre os itens, de acordo com os índices de modificação sugeridos. Neste sentido, apenas foram consideradas alterações com sentido teórico e quando os índices de modificação eram elevados, como é o caso, por exemplo, da correlação entre os erros do item 11 “Há alguns temas que receio abordar na terapia” e o item 15 “Por vezes, sinto-me à defesa nas sessões”, uma vez que, teoricamente, ambos se referem à abertura do cliente no contexto da terapia.

Quadro 5.

Índices de adequação dos modelos testados – SOFTA-s (terapeutas)

Modelo	χ^2	Índice		
		GFI	CFI	RMSEA
Inicial	205.742 (gl = 104)	.774	.791	.103
Re-especificado	132.944 (gl = 96)	.849	.924	.065

GFI – Goodness-of-Fit Index; CFI – Comparative Fit Index; RMSEA – Root Mean Square Error of Aproximation

Estudos descritivos

As características descritivas dos 16 itens do SOFTA-s, versão para clientes e versão para terapeutas, encontram-se no Quadro 6 e 7 respectivamente, onde estão apresentados os valores da média, desvio-padrão, moda, assimetria, assimetria e curtose. Nestes mesmos quadros são também apresentadas as primeiras análises de consistência interna dos itens, especificamente os valores das correlações item-total corrigida e os valores do coeficiente alfa de Cronbach quando o item é excluído.

Quadro 6.

Estatísticas descritivas dos itens do SOFTA-s (versão para clientes) e consistência interna

Item	M	DP	Moda	Amplitude	Assimetria	Curtose	Correlação item-total corrigida	Alfa com item excluído
1	3.87	0.78	4	1-5	-0.65	1.42	.37	.77
2	4.07	0.72	4	2-5	-0.37	-0.21	.41	.77
3	3.88	0.98	4	1-5	-0.90	0.71	.48	.76
4	4.38	0.79	5	1-5	-1.28	1.78	.43	.77
5	3.70	1.16	4	1-5	-0.64	-0.35	.41	.77
6	4.27	0.79	4	1-5	-1.40	3.39	.37	.77
7	3.78	1.01	4	1-5	-0.85	0.58	.37	.77
8	4.21	0.75	4	1-5	-1.06	2.22	.58	.76
9	3.99	0.86	4	1-5	-0.88	1.16	.67	.75
10	3.45	0.88	4	1-5	-0.69	0.82	.44	.77
11	3.70	1.13	3 ^a	1-5	-0.44	-0.59	.14	.79
12	3.67	1.17	5	1-5	-0.37	-0.80	.26	.78
13	4.00	0.83	4	1-5	-1.09	2.40	.43	.77
14	4.23	1.16	5	1-5	-1.45	0.96	.35	.77
15	3.77	1.15	5	1-5	-0.44	-0.88	.25	.78
16	3.49	1.00	3	1-5	-0.57	0.50	.33	.77

Nota. Os valores assinalados a itálico correspondem a itens com valores inferiores ao desejável (.30).

^aItem plurimodal (valor 3 e 5). É apresentado o valor mais baixo.

Relativamente aos itens que constituem a versão para clientes do SOFTA-s (Quadro 6), o item que apresenta a média mais elevada ($M = 4.38$; $DP = 0.79$) é o item 4 “Todos os membros da família que vêm à terapia querem o melhor para a nossa família e querem resolver os nossos problemas”, enquanto a média mais baixa ($M = 3.45$; $DP = 0.88$) surge no item 10 “O terapeuta tornou-se numa pessoa importante na minha vida”. Os sujeitos utilizaram as cinco possibilidades de resposta para todos os itens, com exceção do item 2, e o valor mais frequentemente registado foi 4 (“Bastante”). Em relação à assimetria, os itens apresentam-se assimétricos negativos, com destaque para um maior afastamento do item 14 (assimetria = -1.45). Em termos do achatamento, os itens denotam uma ligeira tendência leptocúrtica (Pestana & Gageiro, 2008), apresentando um maior afastamento nos itens 1, 4, 6, 8, 9 e 13.

Quadro 7.

Estatísticas descritivas dos itens do SOFTA-s (versão para terapeutas) e consistência interna

Item	M	DP	Moda	Amplitude	Assimetria	Curtose	Correlação item-total corrigida	Alfa com item excluído
1	3.74	0.67	4	2-5	-0.07	-0.14	.50	.87
2	3.99	0.72	4	2-5	-0.17	-0.49	.47	.87
3	3.51	0.69	3	2-5	0.18	-0.18	.51	.86
4	4.11	0.80	4	2-5	-0.33	-1.00	.53	.86
5	3.85	0.92	4	1-5	0.81	0.39	.65	.86
6	4.17	0.60	4	3-5	-0.08	-0.33	.27	.87
7	3.24	0.84	3	1-5	-0.02	-0.27	.57	.86
8	3.59	0.73	4	2-5	-0.24	-0.12	.67	.86
9	3.52	0.69	4	2-5	-0.47	-0.12	.59	.86
10	2.72	0.60	3	1-4	-0.13	-0.05	.42	.87
11	3.87	0.86	3	1-5	0.34	-0.02	.42	.87
12	3.66	1.00	4	1-5	0.48	-0.23	.67	.86
13	4.04	0.62	4	3-5	-0.03	-0.37	.57	.86
14	3.63	0.76	4	1-5	-0.47	0.80	.11	.88
15	3.12	0.93	3	1-5	-0.57	-0.17	.59	.86
16	3.24	0.70	3	1-5	-0.36	0.28	.62	.86

Nota. Os valores assinalados a itálico correspondem a itens com valores inferiores ao desejável (.30).

Como se pode ver pelo Quadro 7, relativo aos itens da versão SOFTA-s para terapeutas, a média mais elevada ($M = 4.17$; $DP = 0.60$) corresponde ao item 6 “Eu estou a fazer tudo o que é possível para ajudar

esta família”, enquanto o item 10 “Tornei-me numa pessoa importante na vida desta família” apresenta a média mais baixa ($M = 2.72$; $DP = 0.60$). Quanto à moda, os valores variam entre 3 e 4, predominando o 4 (“Bastante”). Em termos da amplitude de resposta, os terapeutas responderam maioritariamente com cinco (1-5) ou quatro (2-5) possibilidades de resposta. Relativamente à assimetria, os itens apresentam-se, em geral, assimétricos negativos, sendo o item 5 (assimetria = -0.81) o que mais se afasta do valor zero. Os valores da curtose situam-se maioritariamente no intervalo desejável de -0.5 a 0.5 , denotando uma distribuição platicúrtica (Pestana & Gageiro, 2008), com um maior afastamento nos itens 4 e 14.

Estudos de precisão

Os estudos de precisão realizaram-se através do cálculo da medida de consistência interna do coeficiente alfa de Cronbach, para a escala total e para os fatores que a compõem. Na versão para clientes do SOFTA-s, o valor obtido para a consistência da escala é de $.78$, constituindo um nível de fidelidade razoável (Pestana & Gageiro, 2008), embora ligeiramente inferior às versões originais (versão espanhola = $.83$; versão inglesa = $.87$). Em relação aos fatores, este valor é bom no caso da Fator 1 ($\alpha = .84$) e razoável para o Fator 2 ($\alpha = .70$) (Pestana & Gageiro, 2008). A versão para terapeutas, por sua vez, apresenta um nível de fidelidade bom ($\alpha = .87$) para a escala total (Pestana & Gageiro, 2008), com um valor intermédio entre as duas versões originais (versão espanhola = $.84$; versão inglesa = $.95$).

As correlações item-total corrigidas excedem o valor recomendado de $.30$, à exceção do item 11, 12 e 15 na versão para clientes (cf. Quadro 6) e do item 6 e 14 na versão para terapeutas (cf. Quadro 7), demonstrando assim a homogeneidade da escala (Almeida & Freire, 2003). Contudo, em ambas as versões do SOFTA-s, os valores do alfa de Cronbach da escala total não aumentam de forma expressiva com a exclusão dos referidos itens (cf. Quadros 6 e 7).

3. Como se aplica, cota e interpreta?

Desenvolvido com o objetivo de avaliar o que clientes e terapeutas pensam e sentem acerca da aliança estabelecida entre ambos, o SOFTA-s é aplicado, obviamente, em amostras clínicas, tendo sido especificamente desenvolvido para a terapia conjunta familiar e de casal. Deve ser administrado, imediatamente após a sessão, a terapeutas (versão para terapeutas) ou a indivíduos, casais e famílias (versão para clientes) desde que os seus elementos tenham idade igual ou superior a 12 anos. Apesar de ter sido originalmente desenvolvido para efeitos de investigação do processo terapêutico em terapia familiar e de casal, o SOFTA-s é também uma ferramenta útil para a própria prática clínica, bem como para a formação e supervisão de terapeutas (Friedlander et al., 2006), como inicialmente explicámos. O tempo médio de preenchimento do SOFTA-s varia entre 5 a 10 minutos.

Cada uma das versões é composta por 16 itens positivos e negativos e a resposta a cada um dos itens é dada numa escala de tipo *Likert*, de 1 (*Nada*) a 5 (*Muito*). Para ambas as versões, poderá ser calculado um resultado global (representativo da aliança em geral), que varia entre 16 e 80. O cálculo da pontuação global do SOFTA-s (versão para clientes e terapeutas) obtém-se, primeiro, invertendo os itens 5, 11, 12, 14 e 15 e depois somando os valores obtidos para todos os itens [SOFTA-s = (5R¹ + 11R + 12R + 14R + 15R) + 1 + 2 + 3 + 4 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 13 + 16]. Desta forma, pontuações totais mais elevadas correspondem a percepções da aliança mais favoráveis. Uma vez que a versão para terapeutas é unidimensional, apenas se calcula o resultado global da escala. Já para a versão clientes do SOFTA-s, para além do resultado global, poderão ser calculados os resultados das duas subescalas, que podem variar entre 11 e 55 para a subescala FA e entre 5 e 25 para a subescala DA. Os resultados para a subescala FA obtém-se somando os 11 itens correspondentes à dimensão (FA = 1 + 2 + 3 + 4 + 6 + 7 + 8 + 9 + 10 + 13 + 16), pelo que resultados mais elevados correspondam a percepções de alianças mais fortes. A pontuação para a subescala DA

¹ Os itens invertidos estão identificados com R.

obtém-se somando os cinco itens que compõem a dimensão (DA = 5 + 11 + 12 + 14 + 15), sendo que resultados mais elevados correspondem a mais dificuldades sentidas no estabelecimento da aliança.

4. Vantagens, limitações e estudos futuros

O presente estudo procurou evidenciar as características psicométricas do SOFTA-s, designadamente a sua estrutura fatorial, numa amostra clínica de clientes e terapeutas, testando assim a sua validade e utilidade, tanto para fins de investigação como para a prática clínica. De uma forma geral, os estudos realizados permitem-nos afirmar que as características psicométricas do SOFTA-s validam a sua utilização científica e clínica, representando um contributo para o crescente, mas ainda débil, conjunto de instrumentos de avaliação disponíveis para o contexto da terapia familiar sistémica. Além disso, a principal vantagem na utilização do SOFTA-s consiste na sua brevidade e facilidade de aplicação, colocando ao dispor uma medida de um constructo tão relevante para o estudo do processo terapêutico, como é a aliança terapêutica, sem o recurso a técnicas demasiado exigentes ou dispendiosas como acontece com as medidas observacionais.

Os resultados obtidos mostram-nos que os dados da amostra portuguesa podem ser melhor representados por um modelo bifatorial na versão para clientes, enquanto na versão para terapeutas, o modelo unifatorial é a solução estatística que melhor se adequa aos dados analisados. Quando consideramos as possibilidades de utilização destas medidas na investigação do processo terapêutico em terapia familiar, este facto representa uma limitação, na medida em que estudos comparativos entre a aliança percebido por clientes e respetivos terapeutas só podem ser realizados utilizando os valores globais da aliança.

A versão portuguesa do SOFTA-s não inclui, assim, as subescalas contempladas na versão original, uma vez que as análises fatoriais (exploratória e confirmatória) dos itens não reproduziram a estrutura da escala original. Apesar da relevância das dimensões contempladas na versão original (Envolvimento no Processo, Conexão Emocional, Segurança e Partilha de

Objetivos), os próprios autores do SOFTA-s referem que estas quatro dimensões são produto do modelo teórico que nasce da versão observacional do instrumento (SOFTA-o), não sendo dimensões testadas empiricamente (Friedlander et al., 2006). Neste sentido, parece-nos compreensível que, analisando os itens do SOFTA-s segundo uma perspectiva empírica e não teórica, os dados não confirmem o modelo teórico. Por outro lado, apesar de as subescalas da versão clientes não representarem o modelo teórico do SOFTA, avaliam dois aspetos relevantes e transversais aos diversos modelos da aliança, concretamente os sentimentos, pensamentos, posicionamentos dos clientes face aos terapeutas e aos outros membros da família que, na relação terapêutica, facilitam (FA) ou dificultam (DA) o estabelecimento e desenvolvimento da aliança. cremos, ainda, que a composição numerosa da amostra de terapeutas pode ser vista como um ponto forte deste estudo.

Em investigações futuras sobre o SOFTA-s, parece-nos importante realizar estudos de validade externa para ambas as versões (clientes e terapeutas), por exemplo, através de análises correlacionais com critérios externos (e.g, os resultados da terapia) e também com a versão observacional do SOFTA (SOFTA-o). Por fim, e apesar da restrição atrás apontada, seria ainda interessante realizar estudos de comparação dos resultados globais obtidos para os clientes e para os terapeutas, pois acreditamos que estes dados poderão ser importantes, tanto em termos da investigação, como em termos clínicos.

Bibliografia

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2003). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (3ª ed.). Braga: Psiquilibrios.
- Blow, A. J., Sprenkle, D. H., & Davis, S. D. (2007). Is who delivers the treatment more important than the treatment itself? The role of the therapist in common factors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 298-317. doi:10.1111/j.1752-0606.2007.00029.x
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16(3), 252-260. doi:10.1037/h0085885
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 43, 271-279. doi:10.1037/0033-3204.43.3.271

- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research*, 1(2), 245-276.
- Davis, S, & Piercy, F. (2007). What clients of couple therapy model developers and their former students say about change, part I: Model-dependent common factors across three models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 33(3), 318-343. doi:10.1111/j.1752-0606.2007.00030.x.
- Drisco, J. (2004). Common factors in psychotherapy outcome: Meta-analytic finding and their implications for practice and research. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services. Alliance for Children and Families*, 85(1), 81-90. doi:10.1606/1044-3894.239.
- Escudero, V., Friedlander, M. L., Varela, N., & Abascal, A. (2008). Observing the therapeutic alliance in family therapy: associations with participants's perceptions and therapeutic outcomes. *Journal of Family Therapy*, 30, 194-214. doi:10.1111/j.1467-6427.2008.00425.x.
- European Family Therapy Association (2009). *EFTA Research SCORE Project Full Administration Protocol*. Documento não publicado.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., & Heatherington, L. (2006). *Therapeutic alliances in couple and family: An empirically informed guide to practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Horvath, A.O., Heatherington, L., Cabero, A., & Martens, M. P. (2006). System for Observing Family Therapy Alliances: A tool for research and practice. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 214-224. doi:10.1037/0022-0167.53.2.214
- Friedlander, M., Wildman, J., Heatherington, L., & Skowron, E. A. (1994). What we do and don't know about the process of family therapy. *Journal of Family Psychology*, 8, 390-416.
- Gjersing, L., Caplehorn, J., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: Language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10(13), 101-110. doi:10.1186/1471-2288-10-13
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 30(2), 179-185.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual Psychotherapy. *Psychotherapy*, 48, 9-16. doi:10.1037/a0022186
- Horvath, A. O., Friedlander, M. L., Symonds, D., & Gruter-Andrews, J. (2003, November). *Perspectives of alliance in couples therapy: Contrasting the "lived" and the "observed" relationships*. Paper presented at the bi-annual conference of the North American Society for Psychotherapy Research, Newport, RI.
- Hubble, M., Duncan, B., & Miller, S. (2006). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *Censos 2001: Resultados definitivos*. Disponível em: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=71467&DESTAQUESmodo=2
- Johnson, L., Wright, D., & Ketring (2002). The therapeutic alliance in home-based family therapy: is it predictive of outcome? *Journal of Marital and Family Therapy*, 28(1), 93-102. doi:10.1111/j.1752-0606.2002.tb01177.x.
- Kaiser, H. F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 141-151.
- Knobloch-Fedders, L., Pinsof, W., & Mann, B. (2004). The formation of the therapeutic alliance in couple therapy. *Family Process*, 43(4), 425-442. doi:10.1111/j.1545-5300.2004.00032.x.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. In J. C. Norcross, & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.

- Luborsky, L., Crits-Cristoph, P., Alexander, L., Margolis, M., & Cohen, M. (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes of psychotherapy: A counting signs vs. global rating method. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 480-491.
- Maroco, J. (2010). Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações. Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Muñiz, C., Escudero, V., Friedlander, M.L., Heatherington, L. & Varela, N. (2011, June). *The Self-Report version of the SOFTA (System for Observing Family Therapy Alliances): Reliability and validity*. Poster session presented at the 42nd International Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Bern, Switzerland.
- Norcross, J. C. (2002). Empirically supported therapy relationship. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness of patients* (pp. 3–16). New York: Oxford University.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *The heart & soul of change of change: Delivering what works in therapy* (2nd ed., pp. 113-141). Washington: American Psychological Association.
- Pasquali, L. (1999). Testes referentes a constructo: Teoria e modelo de construção. In L. Pasquali (Org.), *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração* (pp. 37-71). Brasília: LabPAM.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (5^a ed.). Lisboa: Sílabo.
- Pinsof, W. B., & Catherall, D. (1986). The integrative psychotherapy alliance: Family, couple, and individual therapy scales. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 137-151.
- Quinn, W., Dotson, D., & Jordan, K. (1997). Dimensions of therapeutic alliance and their associations with outcome in family therapy. *Psychotherapy Research*, 7(4), 429-438. doi:10.1080/10503309712331332123
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica*. Porto: Afrontamento.
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilibrios.
- Sexton, T., Ridley, C., & Kleiner, A. (2004). Beyond common factors: Multilevel-process model of therapeutic change in marriage and – family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 131-149. doi:10.1111/j.1752-0606.2004.tb01229.x
- Simões, M. (2000). *Investigação no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian/Fundação para a Ciência e Tecnologia.
- Sprenkle, D., & Blow, A. J. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(2), 113-129. doi:10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x
- Sprenkle, D., Davis, S., & Lebow J. (2009). *Common factors in couple and family therapy: The overlooked foundation for effective practice*. New York: Guilford.
- Symonds, B. D. (1998, June). *A measure of the alliance in couple therapy*. Paper presented at the annual conference of the International Society for Psychotherapy Research, Snowbird, Utah.
- Symonds, B. D., & Horvath, A. O. (2004). Optimizing the alliance in couple therapy. *Family Process*, 43(4), 443-455. doi:10.1111/j.1545-5300.2004.00033.x