

## Caracterização dos estudos sobre medidas de aliança terapêutica: revisão da literatura

Studies characterization on therapeutic alliance measures: literature review

**Nathália Soares Ribeiro, Ana Paula Fernandes Torres, Camila Alves Pedrosa,  
Júlia Dandara Fernandes da Silveira, Laisa Marcorela Andreoli Sartes**  
Universidade Federal de Juiz de Fora. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Rua José Lourenço  
Kelmer, s/n, São Pedro, 36036-900, Juiz de Fora, MG, Brasil. nathalyasoaresribeiro@hotmail.com

---

**Resumo:** A aliança terapêutica tem sido apontada como um importante mecanismo do processo psicoterapêutico, sendo constatadas diversas medidas para avaliá-la. Este estudo objetiva caracterizar tais medidas a partir de uma revisão da literatura. Foram incluídos estudos indexados nas bases de dados PubMed, PsycArticles e BVS, que abordavam as análises psicométricas, construção e/ou adaptação de medidas de aliança. Realizaram-se análises dos dados bibliométricos bem como a análise de conteúdo categorial temática, quantitativa e qualitativa. Os resultados apontam instrumentos para mensuração da aliança em variadas versões, avaliados por clientes, terapeutas e observadores, e fundamentados em diferentes modelos teóricos. De modo geral, eles apresentaram boas propriedades psicométricas, embora tenham sido identificadas importantes questões quanto à estrutura fatorial. Para estudos futuros, sugere-se o aprofundamento da discussão da relação entre aliança terapêutica, abordagens psicoterapêuticas e quadro clínico dos clientes. A compreensão do modo como a aliança se comporta no processo psicoterapêutico ainda necessita de esclarecimentos que só serão possíveis à medida que forem reunidas evidências de validade dos instrumentos para sua mensuração. Os pesquisadores devem se atentar à proposta e ao objetivo da avaliação a fim de definir o instrumento mais congruente.

**Palavras-chave:** aliança terapêutica; processo psicoterapêutico; psicometria.

**Abstract:** Therapeutic alliance has been considered an important mechanism in the psychotherapeutic process, with several measures to evaluate it. The objective of this study was to characterize these measures through a literature review. Indexed studies in PubMed, PsycArticles, and BVS databases were selected if they addressed psychometric analysis, the construction and /or adaptation of alliance measures. Bibliometric and quantitative and qualitative content analysis were conducted. Results pointed alliance measures ranged in various ways, as by clients, therapists and observers, and based on different theoretical models. Overall, they presented adequate psychometric properties. Nonetheless, important factorial structure problems were found. For future studies, we suggest further discussion on the relationship between therapeutic alliance, psychotherapeutic approaches, and client clinical condition. Understanding of the alliance dynamics in the psychotherapeutic process is still unclear and depends on the study of validity evidences of alliance measures. Researchers should pay attention on the proposal and the aims of the alliance evaluation in order to define the most congruent instrument.

**Keywords:** therapeutic alliance; psychotherapeutic processes; psychometric.

---

## Introdução

Há um consenso a respeito dos efeitos benéficos da psicoterapia, considerando que os estudos de efetividade e eficácia têm reunido evidências a seu favor (Kazdin, 2007; Roth e Fonagy, 2005). Porém, os resultados de ensaios clínicos têm constatado pouco ou moderado tamanho de efeito quando intervenções específicas e inovadoras são comparadas aos tratamentos padrão adotados nos ambulatórios e internações (Briker, 2015; Kazdin e Nock, 2003; Longabaugh e Magill, 2012). Logo, os pesquisadores têm buscado identificar e compreender os aspectos que influenciam nos resultados psicoterapêuticos, isto é, os ingredientes ativos do tratamento ou mecanismos que geram mudanças e fazem com que ele funcione. Essa perspectiva de investigação é denominada avaliação do processo psicoterapêutico (Kazdin, 2007; Magill e Longabaugh, 2013; Peuker *et al.*, 2009).

A Aliança Terapêutica (AT) tem sido apontada como um desses ingredientes, sendo considerada uma importante preditora de resultados em psicoterapia (Horvath e Bedi, 2002; Horvath *et al.*, 2011; Horvath e Symonds, 1991; Luborsky, 1994; Machado e Eizirik, 2008; Oliveira *et al.*, 2006; Orlinsky *et al.*, 2004; Ribeiro *et al.*, no prelo; Serralta *et al.*, 2007). Ao longo do tempo, foram formuladas várias conceitualizações sobre AT. Em seu artigo "*The role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy*", Horvath e Luborsky (1993) discutem a evolução do conceito de AT, abordando sua origem em Freud, a partir da noção de transferência e mencionando a diferenciação que Zetzel faz entre transferência e aliança. Além disso, citam Greenson, responsável pela formulação do conceito de *working alliance* (aliança de trabalho), caracterizada pelo trabalho de colaboração real entre terapeuta e cliente. Esta discussão sobre os conceitos de AT também perpassou a Terapia Centrada no Cliente, especialmente no tocante às chamadas Condições Oferecidas pelo Terapeuta Rogeriano (*Rogarian Therapist-Offered Conditions* - TOC). Luborsky, em 1976, foi o primeiro a propor um modelo transteórico de AT. Para ele, a AT poderia ser dividida em dois tipos: 1) O terapeuta ser visto pelo cliente como um suporte; 2) Trabalho colaborativo entre cliente e terapeuta em relação

aos objetivos da terapia. Bordin (1979) elaborou um modelo transteórico de AT mais amplo, no qual esta é composta por um acordo mútuo entre cliente e terapeuta sobre os objetivos e tarefas da terapia, além do desenvolvimento de um vínculo. O conceito de Bordin tem sido o mais comumente utilizado no que diz respeito às discussões sobre AT e para embasar suas medidas (Horvath e Luborsky, 1993).

A relevância da AT nos resultados de psicoterapias aponta a necessidade de instrumentos de qualidade que possam avaliá-la, de modo a esclarecer o seu papel no processo psicoterapêutico (Kazdin e Nock, 2003). No entanto, alguns estudos apontam deficiências significativas no conceito e na mensuração da AT. Elvins e Green (2008) ressaltam que as principais medidas de aliança foram desenvolvidas baseadas em conceituações específicas e muitas vezes utilizadas para sintetizar ou até mesmo testar novas construções teóricas. Neste sentido, verifica-se um grande número de medidas de AT, baseado em diferentes construções teóricas. Este fato impacta nos resultados das análises fatoriais dos instrumentos, considerando que as subescalas conceituais não têm refletido os fatores dos itens. Além disso, observa-se uma falta de consenso nos resultados de análise de convergência entre medidas de AT baseadas em diferentes conceitos (Green, 2006; Horvath *et al.*, 2011; McCabe e Priebe, 2004; Martin *et al.*, 2000; Orlinsky e Howard, 1986; Shirk e Karver, 2003). Destarte, o presente estudo objetiva apresentar uma revisão da literatura englobando artigos que realizaram a adaptação, construção e/ou análise das propriedades psicométricas de instrumentos para mensuração da AT em contexto psicoterapêutico, a fim de caracterizar tais medidas e discutir as referidas questões frente à literatura da área.

## **Método**

### ***Coleta de dados e amostra***

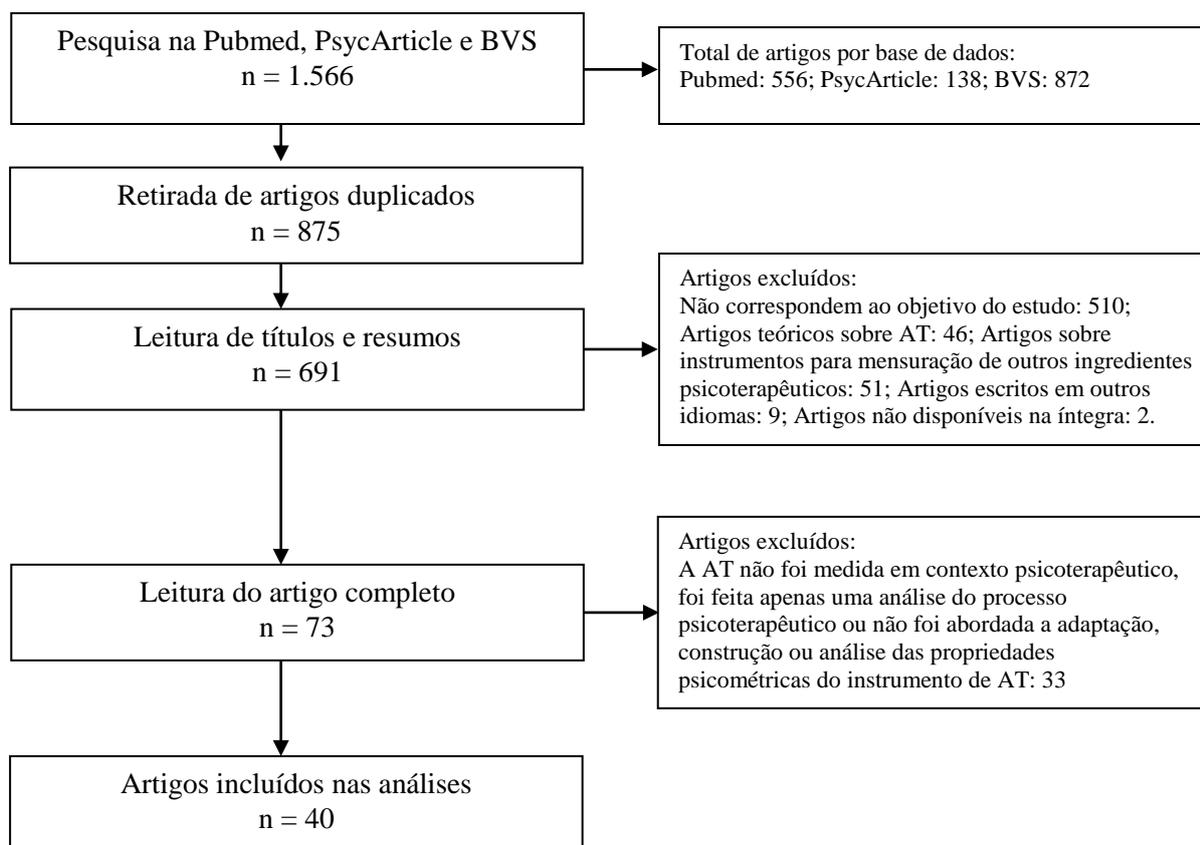
Foram realizadas buscas nas bases de dados PubMed, PsycArticle e Biblioteca Virtual em Saúde - BVS, a partir dos descritores “*therapeutic alliance*”, “*working alliance*”, “

*helping alliance*” e *“psychotherapeutic process”* para se referir à AT e *“assessment”*, *“measurement”*, *“validation”*, *“evaluation”*, *“psychometric”* e *“instrument”* para se referir à avaliação. Os descritores foram cruzados entre si utilizando-se o operador booleano *“AND”*. Vale ressaltar que os termos foram consultados nos dicionários das referidas bases de dados.

Todos os 1.566 artigos encontrados foram encaminhados para o *software* livre *My Endnote Web*, sendo 556 decorrentes da PubMed, 138 da PsycArticles e 872 da BVS. Foram excluídos 875 artigos, a partir da ferramenta do próprio *Endnote* para encontrar duplicações. Os 691 artigos restantes foram submetidos à leitura, por pares, dos títulos e resumos.

Os critérios de inclusão contemplaram estudos, disponíveis na íntegra, em português, inglês ou espanhol que realizaram adaptação, construção e/ou análise das propriedades psicométricas de instrumentos de medida da AT em contexto de psicoterapia, publicados até junho de 2017. Foram excluídos 618 artigos, categorizados em: não correspondem ao objetivo do presente estudo, abarcando artigos referentes à análise do processo psicoterapêutico e não sobre o instrumento de AT em si, análise de instrumentos diagnósticos e análise da mensuração da AT fora do contexto psicoterapêutico (n = 510), artigos teóricos sobre AT (n = 46), artigos sobre instrumentos para mensuração de outros ingredientes psicoterapêuticos (n = 51) e artigos escritos em outros idiomas (n = 9). Dois estudos foram excluídos, pois estavam indisponíveis em versão completa.

Uma segunda etapa envolveu a leitura integral dos 73 estudos restantes, a fim de averiguar se, de fato, eles cumpriam os critérios de inclusão. Ao todo, 33 estudos não puderam ser incluídos haja vista que a AT não foi medida em contexto psicoterapêutico ou foi feita apenas uma análise do processo psicoterapêutico e não foi abordada a adaptação, construção ou análise das propriedades psicométricas do instrumento de AT. A amostra final contou com 40 artigos. Os procedimentos metodológicos referentes à coleta de dados estão apresentados na Figura 1.



**Figura 1.** Procedimentos metodológicos utilizados na coleta de dados  
**Figure 1.** Methodological procedures used in data collection

### *Procedimentos de análise dos dados*

Primeiramente, foram coletadas as informações bibliométricas dos artigos, com ênfase nos seguintes dados: ano de publicação, idioma e periódico. Em seguida, os estudos foram submetidos à análise de conteúdo categorial temática (Bardin, 2004). Nesse sentido, foi realizada uma leitura flutuante para identificação dos temas centrais dos 40 artigos. A fim de caracterizar os estudos, foi desenvolvida análise de conteúdo quantitativa em relação às categorias *Abordagens psicoterapêuticas*, *Descrição da amostra: participantes e quadros clínicos*, *Instrumentos de AT e suas bases teóricas* e *Momento de avaliação da AT*. Para aprofundar a discussão dos artigos, foi feita análise qualitativa das categorias *Objetivos dos estudos*, *análise dos dados e principais resultados* e *Principais*

*limitações*. Os principais dados da análise de conteúdo estão apresentados na Tabela 1 e na Tabela 2.

## **Resultados**

### *Análise dos dados bibliométricos*

Os artigos foram publicados entre os anos de 1989 e 2017. Foi possível observar um aumento importante no número de publicações em 2009 ( $n = 4$ ), considerando que nos anos anteriores foram publicados um ou dois artigos por ano. O maior número de publicações se concentrou no ano de 2015 ( $n = 9$ ). Em 2017, foram encontradas três publicações. No total, 37 artigos foram publicados em inglês e três estudos foram publicados em espanhol. O periódico com maior número de publicações foi o *Psychotherapy Research* ( $n = 6$ ), seguido do *Psychological Assessment* ( $n = 5$ ).

### *Análise de conteúdo*

#### *Abordagens psicoterapêuticas*

Dezoito estudos incluíram diversas abordagens psicoterapêuticas. Quatro estudos englobaram apenas tratamentos de base psicodinâmica e oito estudos somente a Terapia cognitivo-comportamental (TCC). Outros quatro artigos abarcaram a terapia de aconselhamento, terapia de melhoria motivacional, terapia familiar multidimensional e terapia centrada no cliente/experiencial.

#### *Descrição da amostra: participantes e quadros clínicos*

A maior parte dos estudos foi realizada com adultos (Andrade-González e Fernández-Liria, 2015a; Andrade-González e Fernández-Liria, 2015b; Burkard *et al.*, 2009; Cecero *et al.*, 2001; Colli e Lingiard, 2009; Corbella e Botella, 2004; Corbella *et al.*, 2011; Delsignore *et al.*, 2014; Doran *et al.*, 2016; Dillon, 2013; Doran *et al.*, 2015; Doran *et al.*, 2012; Falkenström *et al.*, 2014; Falkenström *et al.*, 2015; Fuertes *et al.*, 2017; Hatcher & Barends, 1996; Hatcher *et al.*, 1995; Hendriksen *et al.*, 2010; Horvath e Greenberg, 1989;

Mallinckrodt *et al.*, 1995; Mallinckrodt e Tekie; 2015; Miragall *et al.*, 2015; Munder *et al.*, 2009; Oene *et al.*, 1999; Tanzilli *et al.*, 2017; Soygüt e Isikli, 2008; Soygut e Uluç, 2009; Smits *et al.*, 2015; Vöhringer *et al.*, 2013; Waizmann e Roussos, 2011). Entre os quadros clínicos apresentados por este público, estão: transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos por uso de substâncias, transtornos de personalidade, transtorno obsessivo-compulsivo, dificuldades interpessoais/ relacionais, transtornos alimentares, transtorno de ajustamento e transtorno do déficit de atenção e hiperatividade.

Seis estudos (Accurso *et al.*, 2012; Bickman *et al.*, 2012; Hukkelberg e Ogden, 2016; Lamers *et al.*, 2015; Mamodhoussen *et al.*, 2005; Shelef e Diamond, 2008) tiveram como público-alvo famílias, incluindo crianças/jovens e seus cuidadores, com exceção do estudo de Mamodhoussen *et al.* (2005) que incluiu casais. Os quadros clínicos apresentados incluíram comportamentos disruptivos, transtorno do espectro autista, transtornos de ansiedade, transtornos do humor, distúrbios cognitivos e hostilidade e transtornos por uso de substâncias.

Quatro estudos (Fjermestad *et al.*, 2012; Kermarrec *et al.*, 2006; Lamers e Vermeiren, 2015; McLeod *et al.*, 2017) foram desenvolvidos apenas com crianças e jovens, que apresentaram os seguintes quadros clínicos: transtornos de ansiedade, transtornos do humor, comportamentos disruptivos, transtornos do espectro autista, transtornos alimentares, transtornos do sono, transtornos de personalidade, transtornos de aprendizagem, transtorno de hiperatividade com déficit de atenção, transtorno de eliminação e problemas relacionais.

### ***Instrumentos de aliança terapêutica e suas bases teóricas***

A maior parte dos instrumentos tem como base o conceito transteórico de AT formulado por Bordin. Os instrumentos com base nessa concepção de aliança são: *Therapeutic Alliance Scale for Caregivers and Parents (TASCP)*, *Working Alliance Inventory (WAI)*, *Working Alliance Inventory Observer (WAI-O)*, *Working Alliance Inventory-Short*

*Version (WAV-12), Brief Alliance Inventory (BAI), Therapeutic Alliance Quality Scale (TAQS), Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI), Family Engagement Questionnaire (FEQ), Working Alliance Inventory Short (WAI-S) adaptation to Virtual Reality (VR) and Augmented Reality (AR) therapies (WAI-VAR), Physician-Patient Working Alliance Inventory: Provider Form (PPWAI).*

Cinco instrumentos são baseados em teorias integrativas sobre a AT. A *Lesbian, Gay, and Bisexual Working Alliance Self-Efficacy Scales (LGB-WASES)* é baseada na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, no Aconselhamento Afirmativo LGB de McClanahan, definido como uma abordagem que celebra e defende a validade LGB e no conceito de AT postulado por Bordin. A *California Psychotherapy Alliance Scales (CALPAS)* é fundamentada em Freud, com foco no vínculo afetivo do cliente com o terapeuta; na capacidade do ego do cliente para uma aliança de trabalho, segundo Greenson e Sterba; no acordo mútuo sobre tarefas e objetivos de Bordin; além de considerar o papel do terapeuta como ouvinte empático, com base em Bowlby e Rogers. A *Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale (VTAS)* atribui uma AT bem-sucedida à presença ou ausência de fatores como: clima positivo, resistência do cliente ou ansiedade, com base em Langs; motivação do cliente, segundo Greenson; e responsabilidade do cliente, de acordo com Bordin. A *Psychotherapy Relationship Questionnaire (PRQ)* é derivada da literatura clínica, teórica e empírica referente à transferência, AT e construtos relacionados, a fim de que clínicos de diferentes orientações possam usar essa ferramenta igualmente, sem vieses. A escala *Revised Helping Alliance Questionnaire (HAQ-II)* inclui o conceito de AT formulado por Luborsky, elucidado a seguir, e aspectos do modelo transteórico de AT de Bordin.

Quatro instrumentos foram baseados no conceito de AT formulado por Luborsky, no qual a AT é entendida como a experiência do cliente no tratamento ou no relacionamento potencialmente cooperativo com o terapeuta. Os instrumentos baseados nessa concepção são: *Helping Alliance Questionnaire (HAQ)*, *Helping Alliance*

*Questionnaires for Child and Parents (HAQ-CP)*, Revised Penn Helping Alliance Questionnaire (HAQ-R) e a *Penn Helping Alliance Questionnaire (Penn)*.

Duas escalas foram fundamentadas em conceitos de ruptura/reparação da AT, elaborados por Safran. A *Collaborative Interactions Scale (CIS)* baseia-se no conceito de "ruptura da aliança", caracterizada como uma flutuação na qualidade da AT entre o terapeuta e o cliente e a *Alliance Negotiation Scale (ANS)* é baseada no conceito de negociação construtiva em cima de desentendimentos (ruptura e reparo em terapia) sobre tarefas e objetivos.

A *Client Attachment to Therapist Scale (CATS)* é baseada na Teoria do Apego de Bowlby e a *Couple Therapy Alliance Scale– revised (CTAS-r)* é fundamentada na definição de AT de Pinsof e Catherall, caracterizada pelo vínculo colaborativo que existe na terapia entre o sistema do terapeuta e o sistema do cliente, compreendendo duas dimensões: 1) a dimensão do conteúdo, que engloba o vínculo afetivo entre o(s) cliente(s) e terapeuta, acordo sobre os objetivos a serem realizados em terapia e acordo entre cliente(s) e terapeuta sobre tarefas e métodos usados para atingir os objetivos acordados; 2) a dimensão interpessoal, que abrange a AT entre um cônjuge e o terapeuta, a AT entre o outro cônjuge e o terapeuta, e a AT entre o casal e o terapeuta.

As abordagens teóricas da AT adotadas nos instrumentos *Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy–Alliance scale (TPOCS-A)* e *Therapeutic Alliance Scale for Children (TASC)* não foram mencionadas. Estes resultados bem como outras informações sobre os instrumentos, número de itens e os domínios/subescalas, estão sumarizados na Tabela 1.

**Tabela 1.** Síntese do número de itens, subescalas/domínios e bases teóricas dos instrumentos de AT**Table 1.** Synthesis of the number of items, subscales/domains and theoretical bases of TA instruments

Instrumentos/Estudos	Número/itens	Subescalas/Domínios	Bases teóricas	
WAI (Andrade-González e Fernández-Liria, 2015b; Cecero <i>et al.</i> , 2001; Hatcher <i>et al.</i> , 1995; Hatcher e Barends, 1996; Horvath e Greenberg, 1989; Mallinckrodt e Tekie, 2015; Soygüt e Isikli, 2008)	36	Objetivos, Tarefas e Vínculo	Conceito transteórico de AT formulado por Bordin: A AT é caracterizada por uma relação de colaboração mútua entre terapeuta e cliente no que concerne aos objetivos e tarefas da terapia e a formação de um vínculo entre eles.	
WAI-S (Corbella <i>et al.</i> , 2011; Hukkelberg e Ogden, 2016; Smits <i>et al.</i> , 2015)	12	Objetivos, Tarefas e Vínculo		
WAI-SR (Falkenström <i>et al.</i> , 2014; Falkenström <i>et al.</i> , 2015; (Mallinckrodt e Tekie, 2015; Munder <i>et al.</i> , 2009)	12	Objetivos, Tarefas e Vínculo		
WAI-O (Cecero <i>et al.</i> , 2001; Soygüt e Uluç, 2009; Vöhringer <i>et al.</i> , 2013; Waizmann e Roussos, 2011)	12	Objetivos, Tarefas e Vínculo		
WATOI (Corbella e Botella, 2004)	17	Objetivos, Tarefas, Vínculo e Teoria da Mudança ( <i>Theory of Change</i> )		
WAI-VAR (Miragall <i>et al.</i> , 2015)	12	Objetivos, Tarefas e Vínculo		
WAV-12R (Lamers <i>et al.</i> , 2015)	12	Objetivos, Tarefas e Vínculo		
PPWAI (Fuertes <i>et al.</i> , 2017)	12	Objetivos, Tarefas e Vínculo		
TASCP (Accurso <i>et al.</i> , 2012)	12	Aliança positiva e Aliança negativa		
BAI (Mallinckrodt e Tekie, 2015)	16	Objetivos/Tarefas e Vínculo		
TAQS (Bickman <i>et al.</i> , 2012)	5	Objetivos, Tarefas e Vínculo		
FEQ (Lamers e Vermeiren, 2015)	18	Aliança dos Pais ( <i>Parent Alliance</i> ), Aliança de Tarefa Juvenil ( <i>Youth Task Alliance</i> ), Aliança Pessoal Juvenil ( <i>Youth Personal Alliance</i> ) e Hostilidade Juvenil ( <i>Youth Hostility</i> )		
LGB-WASES (Burkard <i>et al.</i> , 2009)	32	Vínculo emocional, Estabelecimento de Tarefas e Definição de Objetivos		Teorias integrativas: Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura, Aconselhamento Afirmativo LGB de McClanahan e conceito transteórico de AT de Bordin.
CALPAS (Cecero <i>et al.</i> , 2001;	24	Habilidade do paciente em trabalhar ativamente na terapia		Teorias integrativas: Foco no vínculo afetivo do

Delsignore <i>et al.</i> , 2014; Hatcher <i>et al.</i> , 1995; Hatcher e Barends, 1996)		( <i>Patient Working Capacity</i> ), Interesse do paciente em completar a terapia ( <i>Patient Commitment</i> ), Acordo entre paciente e terapeuta sobre os objetivos e estratégias ( <i>Working Strategy Consensus</i> ) e Responsividade e engajamento do terapeuta na perspectiva do paciente ( <i>Therapist understanding and involvement</i> )	cliente com o terapeuta com base em Freud, capacidade do ego do cliente para uma aliança de trabalho, segundo Greenson e Sterba, no acordo mútuo sobre tarefas e objetivos de Bordin e considera o papel do terapeuta como ouvinte empático com base em Bowlby e Rogers.
VTAS (Cecero <i>et al.</i> , 2001)	44	Contribuições do terapeuta para a aliança ( <i>Therapist Contribution</i> ), Contribuições do cliente para aliança ( <i>Patient Contribution</i> ) e Interações entre cliente e terapeuta ou Reciprocidade ( <i>Therapist_Patient Interaction</i> )	Teorias integrativas: Uma AT bem sucedida é atribuída à presença ou ausência de clima positivo, resistência do cliente ou ansiedade, com base em Langs; motivação do cliente, segundo Greenson; e responsabilidade do cliente, de acordo com Bordin.
VTAS-R-SF (Shelef e Diamond, 2008; McLeod <i>et al.</i> 2017)	5	Priorizou o conceito transteórico de AT formulado por Bordin e a interação entre cliente e terapeuta. Desta forma, cada item abarcou: 1) Compreensão e suporte ( <i>Understanding and Supporting</i> ); 2) Identificação com o método ( <i>Identify with method</i> ); 3) Desconfiança ou defesa ( <i>Mistrustful or defensive</i> ); 4) Ponto de vista comum ( <i>Common viewpoint</i> ); 5) Objetivos e/ou Tarefas ( <i>Goals and/or Tasks</i> )	
PRQ (Tanzilli <i>et al.</i> , 2017)	90	Irritado/Autorizado ( <i>Angry/entitled</i> ), Ansioso/Preocupado ( <i>Anxious/preoccupied</i> ), Seguro/Engajado ( <i>Secure/engaged</i> ), Evitador/Contradependente ( <i>Avoidant/counterdependent</i> ) e Sexualizado ( <i>Sexualized</i> )	Teorias integrativas: Derivada da literatura clínica, teórica e empírica referente à transferência, AT e construtos relacionados.
HAQ-II (Andrade-González e Fernández-Liria, 2015a; Dillon, 2013)	19	Aliança positiva e Aliança negativa	Teorias integrativas: A versão II da HAQ englobou o conceito de AT formulado por Luborsky e aspectos do modelo transteórico de AT de Bordin.
HAQ-I (Oene <i>et al.</i> , 1999; Hendriksen <i>et al.</i> , 2010)	11	Colaboração ou Vínculo ( <i>Collaboration or Bonding</i> ) e Utilidade percebida ( <i>Perceived Helpfulness</i> )	Conceito de AT formulado por Luborsky, no qual ela é entendida como a experiência do cliente no tratamento ou no relacionamento potencialmente cooperativo com o terapeuta.
HAQ-CP (Kermarrec <i>et al.</i> , 2006)	15	Questionário da Criança: unidimensional (Aliança); Questionário dos Pais: bidimensional (Aliança e Nível de compreensão entre terapeuta e criança)	
HAQ-R (Hatcher <i>et al.</i> , 1995; Hatcher e Barends, 1996)	7	Colaboração ou Vínculo ( <i>Collaboration or Bonding</i> ) e Utilidade percebida ( <i>Perceived Helpfulness</i> )	
Penn (Cecero <i>et al.</i> , 2001)	10	Tipo 1 de AT: Foco na experiência do cliente sobre o terapeuta, no que diz respeito a acolhimento, suporte e auxílio; Tipo 2 de	

Caracterização dos estudos sobre medidas de aliança terapêutica: revisão da literatura

		AT: Avalia o senso do cliente sobre trabalhar em conjunto com o terapeuta em direção aos objetivos	
CIS (Colli e Lingiard, 2009)	41	Marcadores de Ruptura Direta ( <i>Direct rupture markers</i> ), Marcadores de Ruptura Indireta ( <i>Indirect rupture markers</i> ), Processo colaborativo ( <i>Collaborative processes</i> ), Intervenções Positivas ( <i>Positive interventions</i> ) e Intervenções Negativas ( <i>Negative interventions</i> )	Conceito de ruptura e reparação da AT, elaborado por Safran: Ênfase na ruptura da AT, caracterizada como uma flutuação na qualidade da AT entre o terapeuta e o cliente.
ANS (Doran <i>et al.</i> , 2012; Doran <i>et al.</i> , 2015; Doran <i>et al.</i> , 2016)	12	Conforto com sentimentos negativos ( <i>Comfort with negative feelings</i> ) e Postura flexível e negociável ( <i>Flexible and negotiable stance</i> )	Conceito de ruptura e reparação da AT, elaborado por Safran: Ênfase no conceito de negociação construtiva sobre desentendimentos em relação a tarefas e objetivos.
CATS (Mallinckrodt <i>et al.</i> , 1995)	36	Seguro ( <i>Secure</i> ), Evitativo-Temeroso ( <i>Avoidant-Fearful</i> ) e Preocupado-Integrado ( <i>Preoccupied-Merger</i> )	Teoria do Apego de Bowlby.
CTAS-r (Mamodhousen <i>et al.</i> , 2005)	40	Tarefas, Objetivos e Vínculo	Conceito de AT elaborado por Pinsof e Catherall, no qual ela é caracterizada pelo vínculo colaborativo que existe na terapia entre o sistema do terapeuta e o sistema do cliente, compreendendo duas dimensões: 1) a dimensão do conteúdo, que engloba o vínculo afetivo entre o(s) cliente(s) e terapeuta, acordo sobre os objetivos a serem realizados em terapia e acordo entre cliente(s) e terapeuta sobre tarefas e métodos usados para atingir os objetivos acordados; 2) a dimensão interpessoal, que abrange a AT entre um cônjuge e o terapeuta, a AT entre o outro cônjuge e o terapeuta, e a AT entre o casal e o terapeuta.
TPOCS-A (Fjermestad <i>et al.</i> , 2012)	9	Relacionamento entre terapeuta e cliente (Vínculo) e Participação do cliente nas atividades terapêuticas	Abordagens teóricas não mencionadas.
TASC (McLeod <i>et al.</i> , 2017)	12	Vínculo emocional e Colaboração nas atividades terapêuticas	

### ***Objetivos dos estudos, análise dos dados e principais resultados***

Todos os estudos tiveram como objetivo avaliar as propriedades psicométricas de instrumentos de AT. Oito estudos visaram apresentar a construção de instrumentos para avaliação da AT (Burkard *et al.*, 2009; Colli e Lingiardi, 2009; Doran *et al.*, 2012; Falkenström *et al.*, 2015; Horvath e Greenberg, 1989; Lamers *et al.*, 2015; Mallinckrodt *et al.*, 1995; Mallinckrodt e Tekie, 2015; Shelef e Diamond, 2008) e nove realizaram o processo de adaptação transcultural (Andrade-González e Fernández-Liria, 2015a; Andrade-González e Fernández-Liria, 2015b; Corbella *et al.*, 2011; Delsignore *et al.*, 2014; Kermarrec *et al.*, 2006; Soygüt e Isikli, 2008; Soygüt e Uluç, 2009; Vöhringer *et al.*, 2013; Waizmann e Roussos, 2011).

Foi observado um padrão metodológico no desenvolvimento das adaptações transculturais, composto pela tradução, retrotradução, comparação com o instrumento original e comitê de juízes. Apenas Corbella *et al.* (2011) e Delsignore *et al.* (2014) não mencionaram ter realizado comitê de juízes. Delsignore *et al.* (2014), Soygüt e Isikli (2008), Soygüt e Uluç (2009), Vöhringer *et al.* (2013) e Waizmann e Roussos (2011) fizeram a aplicação piloto da versão pré-final do instrumento a fim de ajustá-lo a seu público-alvo. O número de traduções variou de uma a três e o número de juízes foi de, no mínimo, três. Kermarrec *et al.* (2006) foram os únicos a citarem as orientações base para o desenvolvimento da adaptação (Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. *Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines*).

De modo geral, as análises das propriedades psicométricas dos estudos envolveram a apresentação de estatísticas descritivas (média das pontuações dos instrumentos), coeficiente de consistência interna (*alpha*; alfa de Cronbach), análise da estrutura fatorial (AF), teste t, análises correlacionais indicativas de validades preditiva, convergente e discriminante, além de análises de variância. Mallinckrodt e Tekie (2015) foram os únicos a usarem a Teoria de Resposta ao Item (TRI). Os principais resultados das análises psicométricas serão apresentados conforme a perspectiva de avaliação da AT, a fim de facilitar sua compreensão.

*Avaliação da AT pela perspectiva do cliente.* O WAI foi o instrumento mais utilizado, sendo adotado em sete estudos, em diferentes versões: WAI-Cliente (WAI-C), WAI-Short (WAI-S), WAI-Short Revised (WAI-SR), WAI-VAR e o WATOCCI. O WAI-SR (Munder *et al.*, 2009), aplicado em clientes internados ( $\alpha = 0,93$ ), e o WATOCCI (Corbella e Botella, 2004) ( $\alpha = 0,93$ ) apresentaram o melhor *alpha*, seguidos do WAI-SR (Munder *et al.*, 2009) aplicado em clientes ambulatoriais ( $\alpha = 0,90$ ). A subescala de Tarefas apresentou o maior *alpha* na maioria dos estudos que utilizaram o WAI, variando de 0,88 a 0,92 (Corbella e Botella, 2004; Corbella *et al.*, 2011; Mallinckrodt e Tekie, 2015; Miragall *et al.*, 2015; Munder *et al.*, 2009). Com relação aos demais instrumentos, verificou-se que a CTAS-r (Mamodhousen *et al.*, 2005) apresentou o melhor *alpha* ( $\alpha = 0,95$ ).

Alguns estudos apresentaram problemas na AF (Corbella e Botella, 2004; Corbella *et al.*, 2011; Delsignore *et al.*, 2014; Doran *et al.*, 2012; Doran *et al.*, 2015; Falkenström *et al.*, 2014; Falkenström *et al.*, 2015; Mallinckrodt e Tekie, 2015; Miragall *et al.*, 2015; Munder *et al.*, 2009; Tanzilli *et al.*, 2017). A grande maioria dos estudos encontrou menos fatores do que o esperado, especialmente entre aqueles que adotaram o WAI. Era esperada a solução de quatro fatores no WATOCCI (Corbella e Botella, 2004), sendo encontrados três representando 65% da variância total. Nos estudos de Corbella *et al.* (2011), Falkenström *et al.* (2014), Falkenström *et al.* (2015), Mallinckrodt e Tekie (2015), Miragall *et al.* (2015) e Munder *et al.* (2009), que também utilizaram versões do WAI, esperava-se a solução de três fatores, quando foram encontrados dois que representavam entre 50,04% a 86% da variância. Mallinckrodt e Tekie (2015) forçaram uma solução de três fatores para o WAI-C, porém encontraram resultados pobres, indicando que a solução de dois fatores poderia ser mais adequada. Apenas o estudo de Tanzilli *et al.* (2017) encontrou mais fatores do que o esperado para o PRQ. Ao invés de cinco fatores, foram encontrados seis que representaram 51% da variância.

Quanto às evidências de validade discriminante, apenas o estudo de Oene *et al.* (1999) encontrou resultados contrários aos esperados, tendo em vista que a subescala Utilidade do HAQ se correlacionou com a gravidade de problemas físicos. Além disso, a

subescala de Colaboração do HAQ teve uma correlação negativa moderadamente forte com o número de substâncias utilizadas e a subescala de Utilidade foi negativamente correlacionada com a idade do início do consumo de drogas.

Todas as escalas de AT avaliadas pelo cliente apresentaram correlações moderadas ou altas com escalas que avaliavam construtos semelhantes, demonstrando evidências de validade convergente. Falkenström *et al.* (2015) encontraram uma correlação moderada entre AT avaliada pelo WAI-SR e sintomas menos graves na sessão seguinte, demonstrando evidências de validade preditiva. Também foram encontradas evidências de validade preditiva para a ANS, haja vista que ela se correlacionou significativamente com os resultados da *Symptom Checklist 90-Revised* (Doran *et al.*, 2016). Hendriksen *et al.* (2010) encontraram uma correlação moderada entre a HAQ-I na semana 10 e a *Hamilton Rating Scale for Depression* na semana 24. A partir de uma análise de regressão, Oene *et al.* (1999) concluíram que há um poder preditivo da escala de Utilidade da HAQ para Duração da Estadia na Desintoxicação (DED), considerando que um maior índice de Utilidade prediz uma DED mais curta. Ressalta-se que Doran *et al.* (2015, 2016) não encontraram variações decorrentes das modalidades de tratamento. Hendriksen *et al.* (2010) constataram que os indivíduos com baixo nível educacional tiveram uma média maior na subescala de Relacionamento da HAQ-I.

Os principais resultados de Mallinckrodt e Tekie (2015), através da TRI, demonstraram que os clientes não distinguem o significado entre os quatro pontos de escala de resposta mais baixos do WAI-C para a subescala Vínculo. As subescalas Tarefas e Objetivos apresentam grandes problemas com a capacidade dos clientes de distinguir entre o segundo, terceiro e quarto pontos de resposta. Um problema relacionado é que poucos clientes usam qualquer um dos três pontos de resposta mais baixos. Além disso, os achados sugerem que uma alternativa ao WAI-S e WAI-SR é necessária para pesquisadores que desejam preservar mais a sensibilidade do WAI original em uma escala reduzida.

*Avaliação da AT pelas perspectivas do cliente e do terapeuta.* Igualmente ao que foi encontrado em relação aos estudos que avaliaram a AT pela perspectiva do cliente, o WAI foi o instrumento mais utilizado. Os estudos de Andrade-González e Fernández-Liria (2015a, 2015b) encontraram que tanto para o WAI quanto para a HAq-II a média de pontuação dos clientes foi maior que a dos terapeutas. Quanto aos estudos que compararam os *alphas* das versões cliente e terapeuta (Andrade-González e Fernández-Liria, 2015a; Soygüt e Isikli, 2008), observou-se que o *alpha* foi maior para a versão do terapeuta, ficando entre 0,93 e 0,96. Somente o estudo de Horvath e Greenberg (1989) relatou um *alpha* maior para o cliente ( $\alpha = 0,93$ ). Horvath e Greenberg (1989) e Soygüt e Isikli (2008), que adotaram o WAI, encontraram um maior *alpha* na subescala de Tarefas, tanto para os clientes quanto para os terapeutas, com variação entre 0,81 a 0,94.

Smits *et al.* (2015) relataram problemas na estrutura fatorial do WAI-S-Cliente (WAI-S-C) e WAI-S-Terapeuta (WAI-S-T), encontrando uma solução de dois fatores ao invés de três, haja vista que os itens de Objetivos e Tarefas estavam altamente correlacionados. Hatcher *et al.* (1995), ao comparar as escalas HAQ-R-Cliente (HAQ-R-C) e HAQ-R-Terapeuta (HAQ-R-T), WAI-C e WAI-Terapeuta (WAI-T), CALPAS-Cliente (CALPAS-C) e CALPAS-Terapeuta (CALPAS-T), concluíram que o WAI teve a maior correlação entre clientes e terapeutas ( $r = 0,47$  versus 0,28 para o HAQ-R).

Verificou-se que existem evidências de validade convergente para o WAI (Andrade-González e Fernández-Liria, 2015b; Horvath e Greenberg, 1989) e também para o HAq-II (Andrade-González e Fernández-Liria, 2015a). Andrade-González e Fernández-Liria (2015a) observaram que somente o HAq-II-T apresentou correlação significativa com o ganho residual do paciente na *Beck Depression Index*. Horvath e Greenberg (1989), ao comparar as escalas WAI, *Counselor Rating Form* e a *RI Empathy Scale*, constataram que o escore composto do WAI e as subescalas de Tarefas e Objetivos foram as únicas significativamente correlacionadas com os resultados relatados pelo cliente na *Client Posttherapy Questionnaire*. Observou-se que entre as escalas investigadas, a subescala de Tarefas do WAI foi a melhor preditora dos resultados dos clientes.

*Avaliação da AT pela perspectiva do terapeuta.* Burkard *et al.* (2009) desenvolveram o LGB-WASES com base em uma teoria integrativa que abarca o conceito de Bordin e Fuertes *et al.* (2017) desenvolveram o PPWAI tendo como base o próprio WAI. O LGB-WASES (Burkard *et al.*, 2009) apresentou o maior *alpha* ( $\alpha = 0,98$ ). Ambos os estudos apresentaram uma solução fatorial menor do que a esperada. Burkard *et al.* (2009) encontrou uma solução de três fatores, representando 73% da variância, quando se esperava uma solução de quatro fatores, ao passo que Fuertes *et al.* (2017) encontraram uma solução de dois fatores, ao invés de três.

O estudo de Fuertes *et al.* (2017) abordou resultados interessantes para a PPWAI. Foram verificadas correlações significativas entre a AT avaliada pelo médico e adesão do paciente ao tratamento, desfecho do tratamento e satisfação do médico. Os resultados da avaliação da AT não se correlacionaram significativamente com a abordagem teórica de atendimento. A partir de análises de regressão, esses autores concluíram que a AT foi um preditor significativo de satisfação e resultado, mas não de adesão.

Burkard *et al.* (2009) constataram correlações inversas moderadas para fortes com as subescalas da *Attitudes Toward Lesbians and Gays - Short Form*, indicando que menos atitudes negativas em relação a lésbicas e homens homossexuais foram associadas com maiores habilidades percebidas entre os alunos conselheiros no desenvolvimento de um vínculo emocional, desenvolvimento de objetivos de orientação e identificação de tarefas apropriadas de aconselhamento.

*Avaliação da AT pela perspectiva do observador.* Novamente o WAI foi o instrumento mais utilizado. O WAI-Observador (WAI-O) apresentou o melhor *alpha* (Geral:  $\alpha = 0,97$ ; Subescalas:  $\alpha = 0,93$  - Vínculo;  $\alpha = 0,94$  - Tarefas;  $\alpha = 0,95$  - Objetivos) (Vöhringer *et al.*, 2013). Poucos estudos realizados a partir de medidas observacionais de AT efetuaram AF. No estudo de Fjermestad *et al.* (2012), a TPOCS-A seria melhor caracterizada pela solução de um fator, representando 64,86% da variância. Soygüt e Uluç (2009) encontraram a solução de dois fatores, representando 89,19% da variância, como a mais

adequada para o WAI-O, quando se esperava uma solução de três fatores. Entretanto, as subescalas Objetivos e Tarefas se concentravam em apenas um fator.

O estudo de Fjermestad *et al.* (2012) encontrou correlações altas e significantes entre a TPOCS-A e medidas de AT autoaplicadas (TASC-C, TASC-T). Shelef e Diamond (2008) encontraram correlações altas e significativas para VTAS-R (versão reduzida) e a VTAS de 18 itens. Vöhringer *et al.* (2013) compararam o WAI-O, WAI-C e WAI-T e concluíram que há uma alta correlação entre as diferentes subescalas. Na medida observacional, as correlações entre as subescalas oscilam entre 0,64 a 0,92. Fjermestad *et al.* (2012), Shelef e Diamond (2008) e Soygüt e Uluç (2009) realizaram análise da confiabilidade interavaliadores, alcançando índices bons e excelentes (mínimo 0,54 e máximo 0,93).

*Avaliação da AT sob outras perspectivas.* De modo geral, os estudos dessa categoria analisaram os instrumentos que avaliam a AT sob diversas perspectivas, tal como observadores, clientes e terapeutas (Cecero *et al.*, 2001; McLeod *et al.*, 2017), crianças, seus cuidadores e terapeutas (Accurso *et al.*, 2013; Kermarrec *et al.*, 2006), com os clientes (jovens) e seus cuidadores (Bickman *et al.*, 2012), dos membros da equipe em relação a AT dos jovens com seus pais (Lamers e Vermeiren, 2015), pelos pais e equipe (Lamers *et al.*, 2015) e pela perspectiva dos pais dos clientes (Hukkelberg e Ogden, 2016).

O WAI também foi o instrumento mais utilizado nessa categoria, em diferentes versões: WAI-O, WAI-C, WAI-T, WAV-12R e WAI-S (Cecero *et al.*, 2001; Lamers *et al.*, 2015; Hukkelberg e Ogden, 2016). Os estudos de Cecero *et al.* (2001), McLeod *et al.* (2017) e Bickman *et al.* (2012) encontram uma maior média do escore da AT avaliado pelo(s) cliente(s) do que pelo terapeuta. O maior *alpha* foi do WAI-O ( $\alpha = 0,98$ ), no estudo de Cecero *et al.* (2001). Quanto às subescalas do WAI, foi possível observar que o Vínculo teve o maior *alpha* na maioria das avaliações desse instrumento. Cecero *et al.* (2001), apontaram os valores de 0,97 e 0,89 para WAI-O e WAI-C, respectivamente, e Hukkelberg e Ogden (2016) encontraram o valor de 0,84 para o WAI-S avaliado na

terceira sessão. Vale pontuar que na avaliação da sessão 12 esses autores encontraram o maior valor de *alpha* na subescala de tarefas ( $\alpha = 0,82$ ).

O estudo de Lamers e Vermeiren (2015) encontrou diferentes soluções fatoriais para as versões do gestor de casos e para os conselheiros. Assim, foram revelados quatro fatores na versão avaliada pelos gestores, representando 62% da variância, enquanto a versão dos conselheiros indicou três fatores, representando 48% da variância. Hukkelberg e Ogden (2016) e Lamers *et al.* (2015) encontraram soluções adequadas de três fatores para o WAI, conforme o esperado.

Ao comparar diferentes instrumentos, Cecero *et al.* (2001) encontraram correlações significativas entre a VTAS e WAI-O. O WAI-C não foi correlacionado significativamente com nenhuma medida de AT avaliada por observador. O WAI-T apresentou uma correlação significativa, mas baixa com a Penn, VTAS e CALPAS. Não foi verificada uma correlação significativa entre o WAI-T e o WAI-O. McLeod *et al.* (2017) também encontraram uma baixa correlação entre TASC-C e os instrumentos avaliados pelo observador (TPOCS-A e VTAS-R-SF). Cecero *et al.* (2001) avaliaram as classificações médias da AT em relação às diferentes modalidades de tratamento, identificando a menor média de AT no grupo de Gestão Clínica. Os dados foram sumarizados na Tabela 2.

**Tabela 2.** Principais dados metodológicos e resultados**Table 2.** Main methodological data and results

Autores	Instrumen- tos	País	Abordagens psicoterapêuticas	Descrição da amostra	Momento da avaliação	Alpha de Cronbach ( $\alpha$ )
<b>AT avaliada sob a perspectiva do cliente</b>						
Corbella e Botella (2004)	WATOI	Espanha	Não mencionada	N = 102 (Clientes - adultos) Transtornos do humor, transtornos de ansiedade, dificuldades interpessoais/relacionais	3ª sessão	Total: $\alpha = 0,93$ ; Tarefas: $\alpha = 0,91$ ; Vínculo: $\alpha = 0,85$ ; Objetivo: $\alpha = 0,86$ ; Teoria de mudança: $\alpha = 0,82$
Corbella <i>et al.</i> (2011)	WAI-S	Espanha	Não mencionada	N = 229 (Clientes - adultos) Transtornos do humor, transtornos de ansiedade, dificuldades interpessoais/relacionais	3ª sessão	Total: $\alpha = 0,91$ ; Tarefas: $\alpha = 0,88$ ; Vínculo: $\alpha = 0,86$ ; Objetivos: $\alpha = 0,85$
Falkenström <i>et al.</i> (2014)	WAI-SR	Suécia e EUA	TCC, Psicodinâmica	N = 1103 (Clientes - adultos) Quadro clínico não especificado	3ª sessão	-
Falkenström <i>et al.</i> (2015)		Suécia e EUA	TCC, Psicodinâmica	N = 1530 (Clientes - adultos) Quadro clínico não especificado	Uma amostra foi avaliada na 1ª sessão e a outra na 3ª	-
Munder <i>et al.</i> (2009)		Alemanha	Psicodinâmica	N = 88 (Clientes - adultos) Transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade, transtornos alimentares, transtorno de ajustamento	Amostra ambulatorial: 10ª e 20ª sessões. Amostras de internação: após 4 e 8 semanas do tratamento hospitalar.	Clientes internados: Total: $\alpha = 0,93$ ; Vínculo: $\alpha = 0,83$ ; Tarefas: $\alpha = 0,86$ ; Objetivos: $\alpha = 0,91$ . Clientes ambulatoriais: Total: $\alpha = 0,90$ ; Vínculo: $\alpha = 0,82$ ; Tarefas: $\alpha = 0,85$ ; Objetivos: $\alpha = 0,81$
Mallinckrodt e Tekie (2015)	WAI-C, WAI-SR, WAI-S e BAI	EUA	Não mencionada	N = 1786 (Clientes - adultos) Quadro clínico não especificado	Não especificado	WAI-C Vínculo: $\alpha = 0,87$ ; WAI-C Tarefas: $\alpha = 0,91$ ; WAI-C Objetivos: $\alpha = 0,90$ ; WAI-C 5/4pts Vínculo: $\alpha = 0,91$ ; WAI-C 5/4pts Tarefas: $\alpha = 0,92$ ; WAI-C 5/4pts Objetivos: $\alpha = 0,91$
Miragall <i>et al.</i> (2015)	WAI-VAR	Espanha	TCC	N = 75 (Clientes - adultos) Transtornos de ansiedade, transtorno de ajustamento	Terapia <i>Virtual Reality</i> : 3ª sessão. T terapia	Total: $\alpha = 0,906$ ; Objetivos: $\alpha = 0,70$ ; Tarefas: $\alpha = 0,92$ ; Vínculo: $\alpha = 0,86$

					<i>Augmented Reality</i> : após uma sessão terapêutica intensiva de 3h.	
Delsignore <i>et al.</i> (2014)	CALPAS	Alemanha	TCC	N = 203 (Clientes - adultos) Transtornos de ansiedade, transtornos alimentares	Estudo piloto: após cada uma das 10 sessões grupais. Grupo de ansiedade social: após a 1ª, 3ª e 5ª sessões grupo. Terapia individual: os clientes estavam em diferentes estágios terapêuticos no momento da avaliação.	Total: $\alpha = 0,89$ ; Subescalas: foi verificada uma variação entre $\alpha = 0,61$ e $\alpha = 0,77$
Doran <i>et al.</i> (2012)	ANS	EUA	TCC, Psicodinâmica, Humanista, Eclética/integrativa	N = 254 (Clientes - adultos) Quadro clínico não especificado	Os clientes estavam em diferentes estágios terapêuticos no momento da avaliação.	Total: $\alpha = 0,84$ ; Subescalas: $\alpha = 0,86$ (Fator 1); $\alpha = 0,81$ (Fator 2)
Doran <i>et al.</i> (2015)		EUA	TCC, Psicodinâmica, Eclética/integrativa	N = 212 (Clientes - adultos) Transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade, transtornos alimentares, transtorno de ajustamento, transtorno do déficit de atenção e hiperatividade	Os clientes estavam em diferentes estágios terapêuticos no momento da avaliação.	Total: $\alpha = 0,89$ ; Subescalas: $\alpha = 0,87$ (Fator 1); $\alpha = 0,88$ (Fator 2)

Caracterização dos estudos sobre medidas de aliança terapêutica: revisão da literatura

Doran <i>et al.</i> (2016)		EUA	TCC	N = 47 (Clientes - adultos) Quadro clínico não especificado	A aplicação ocorreu antes de iniciar o tratamento, no final de cada sessão e no final do tratamento (após 30 sessões de terapia).	-
Oene <i>et al.</i> (1999)	HAQ-I	Holanda	Não mencionada	N = 340 (Clientes - adultos) Transtornos por uso de substâncias	Não especificado	-
Hendriksen <i>et al.</i> (2010)		Holanda	Psicodinâmica	N = 352 (Clientes - adultos) Transtornos do humor	Aproximadamente nas 10 <sup>a</sup> e 24 <sup>a</sup> semanas.	$\alpha = 0,92$ (Relacionamento - no início e final do tratamento); $\alpha = 0,89$ (Mudança interna - semana 10); $\alpha = 0,91$ (Mudança interna - final do tratamento)
Mallinckrodt <i>et al.</i> (1995)	CATS	EUA	Psicodinâmica, Teoria do apego	N = 138 (Clientes - adultos) Quadro clínico não especificado	5 <sup>a</sup> sessão	$\alpha > 0,63$
Mamodhouss <i>en et al.</i> (2005)	CTAS-r	França	TCC	N = 79 (Casais) Transtornos de ansiedade, transtornos do humor, distúrbios cognitivos e hostilidade	3 <sup>a</sup> sessão	Total: $\alpha = 0,95$ ; Subescalas: variaram de 0,73 a 0,95 para homens e de 0,79 para 0,95 para mulheres
Tanzilli <i>et al.</i> (2017)	PRQ	Itália	TCC, Psicodinâmica	N = 314 (Clientes adultos e terapeutas) Transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos por uso de substâncias, transtornos de personalidade, transtornos alimentares	Nas fases iniciais da terapia (não foram especificadas as sessões).	Subescalas: <i>Hostile</i> : $\alpha = 0,91$ ; <i>Positive/working alliance</i> : $\alpha = 0,86$ ; <i>Special/entitled</i> : $\alpha = 0,81$ ; <i>Anxious/preoccupied</i> : $\alpha = 0,80$ ; <i>Avoidant/dismissing</i> : $\alpha = 0,82$ , <i>Sexualized</i> : $\alpha = 0,90$
<b>AT avaliada sob as perspectivas do cliente e do terapeuta</b>						
Andrade-González e Fernández-Liria (2015a)	HAq-II-C e HAq-II-T	Espanha	TCC, Humanista, Psicoterapia interpessoal para depressão, Eclética/integrativa	N = 36 (Clientes - adultos); N = 21 (Terapeutas) Transtornos do humor	3 <sup>a</sup> sessão	HAq-II-P: $\alpha = 0,88$ ; HAq-II-T: $\alpha = 0,93$
Dillon (2013)		EUA	Terapia de melhoria	N = 271 (Clientes - adultos) Transtornos por uso de substâncias	Não especificado	-

			motivacional			
Andrade-González e Fernández-Liria (2015b)	WAI-C e WAI-T	Espanha	TCC, Humanista, Psicoterapia interpessoal para depressão, Eclética/integrativa	N = 36 (Clientes - adultos); N = 21 (Terapeutas) Transtornos do humor	3ª e 10ª sessões	WAI-T e WAI-C: $\alpha = 0,86$
Horvath e Greenberg (1989)		Canadá	Psicodinâmica, Humanista	N (1): 29 díades conselheiros- clientes (adultos); N (2) = 31 clientes adultos; N (3) = 25 díades terapeutas-clientes (adultos) Quadro clínico não especificado	Estudo 1: após 3ª sessão de aconselhamento. Estudo 2: após a 2ª entrevista. Estudo 3: após a 3ª entrevista de aconselhamento.	Total: $\alpha = 0,93$ ; Objetivos: $\alpha = 0,89$ ; Tarefas e vínculo: $\alpha = 0,92$ para as escalas Tarefa e Bond.
Soygüt e Isikli (2008)		Turquia	Psicodinâmica, Humanista, Behaviorista, Gestalt, Eclética/integrativa	N = 63 (Clientes - adultos); N = 21 (Terapeutas) Quadro clínico não especificado	3ª sessão	WAI-C Total: $\alpha = 0,90$ ; WAI-C Objetivos: $\alpha = 0,78$ WAI-C Tarefas: $\alpha = 0,81$ ; WAI-C Vínculo: $\alpha = 0,74$ . WAI-T Total: $\alpha = 0,96$ ; WAI-T Objetivos: $\alpha = 0,83$ ; WAI-T Tarefas: $\alpha = 0,94$ ; WAI-T Vínculo: $\alpha = 0,87$
Smits <i>et al.</i> (2015)	WAI-S-C e WAI-S-P	Holanda	Terapia centrada no cliente/experencial	N = 557 (Clientes - adultos); N = 94 (Terapeutas) Quadro clínico não especificado	3ª sessão	Subescalas: Contrato: $\alpha = 0,90$ ; Contato: $\alpha = 0,81$
Hatcher <i>et al.</i> (1995)	HAQ-R-C, HAQ-R-T, WAI-C, WAI-T,	EUA	Psicodinâmica	N = 144 (Clientes - adultos); N = 38 (Terapeutas) Transtornos do humor, transtornos de ansiedade, transtornos de personalidade, dificuldades interpessoais/relacionais	Não especificado	-
Hatcher e Barends (1996)	CALPAS-C e CALPAS-P	EUA	Psicodinâmica	N = 231 (Clientes - Adultos); N = 65 (Terapeutas) Transtornos do humor, transtornos de	Não especificado	-

Caracterização dos estudos sobre medidas de aliança terapêutica: revisão da literatura

				ansiedade, transtornos de personalidade, dificuldades interpessoais/relacionais		
<b>AT avaliada sob a perspectiva do observador</b>						
Colli e Lingiardi (2009)	CIS	Itália	Não mencionada	N = 32 transcrições de sessões de 16 clientes adultos Transtornos do humor, transtornos de personalidade, transtorno obsessivo compulsivo	As sessões foram escolhidas aleatoriamente.	-
Fjermestad <i>et al.</i> (2012)	TPOCS-A	Noruega	TCC	N = 52 gravações de 52 crianças e 13 terapeutas Transtornos de ansiedade	A 3ª sessão foi avaliada, exceto em dois casos nos quais ela estava indisponível. Nesses casos, a 2ª sessão foi utilizada.	-
Shelef e Diamond (2008)	VTAS-R-SF	EUA	Terapia familiar multidimensional	N = 433 gravações de 86 adolescentes Transtornos por uso de substâncias	A 1ª, 11ª e 12ª sessões foram excluídas, devido ao conteúdo restrito para análise. As demais foram analisadas (o tratamento contou com 12 sessões).	$\alpha = 0,90$ para adolescentes; $\alpha = 0,91$ para pais
Soygüt e Uluç (2009)	WAI-O	Turca	TCC	N = 18 gravações de 10 clientes adultos e 6 terapeutas Transtornos do humor, transtornos de ansiedade	3ª, 7ª e 15ª sessões	-
Vöhringer <i>et al.</i> (2013)		Chile	Não mencionada	N = 60 gravações de 14 díades cliente (adulto)-terapeuta Transtornos de humor, transtornos de ansiedade, transtornos por uso de substâncias	30% das sessões ficaram entre as sessões 3 e 9, 31,6% entre 10 e 19 e 21% entre as	-

					sessões 20 e 39 e 16,7% acima da sessão 40.	
Waizmann e Roussos (2011)		Argentina	TCC, Psicodinâmica	N = 65 gravações de 8 díades cliente (adulto)-terapeuta Quadro clínico não especificado	Não especificado	-
<b>AT avaliada somente pelo terapeuta</b>						
Burkard <i>et al.</i> (2009)	LGB-WASES	EUA	Terapia de aconselhamento,	N = 303 estudantes matriculados em curso ou pós-graduação em aconselhamento	Não especificado	Total: $\alpha = 0,98$ ; Vínculo emocional: $\alpha = 0,97$ ; Tarefa: $\alpha = 0,96$ ; Objetivo: $\alpha = 0,94$ .
Fuertes <i>et al.</i> (2017)	PPWAI	EUA	TCC, Psicodinâmica, Humanista	N = 106 psiquiatras	As avaliações ocorreram pelo menos 3 vezes nos últimos 12 meses.	$\alpha = 0,85$
<b>Avaliação da AT sob outras perspectivas</b>						
Accurso <i>et al.</i> (2012)	TASCP	Espanha	<i>Family Systems</i> , TCC, Psicodinâmica, Humanista, Behaviorista	N = 209 (Crianças); N = 209 (Cuidadores); N = 94 (Terapeutas) Comportamentos disruptivos	4°, 8°, 12° e 16° meses	Avaliação pelo cuidador (relação cuidador-terapeuta): $\alpha$ variando de 0,85 a 0,88.
Cecero <i>et al.</i> (2001)	CALPAS, Penn, VTAS, WAI-O, WAI-C e WAI-T	EUA	TCC, Terapia de facilitação dos doze passos, Gestão clínica	N = 60 (Clientes adultos); N = 11 (Terapeutas); N = 12 gravações Transtornos por uso de substâncias	2ª e 8ª semanas	WAI-O Total: $\alpha = 0,98$ ; WAI-O Objetivos: $\alpha = 0,93$ ; WAI-O Vínculo: $\alpha = 0,97$ ; WAI-O Tarefas: $\alpha = 0,96$ ; WAI-C Total: $\alpha = 0,94$ ; WAI-C Objetivos: $\alpha = 0,77$ ; Vínculo: $\alpha = 0,89$ ; Tarefas: $\alpha = 0,82$ ; WAI-T Total: $\alpha = 0,95$ ; WAI-T Objetivos: $\alpha = 0,91$ ; WAI-T Vínculo: $\alpha = 0,83$ ; WAI-T Tarefas: $\alpha = 0,87$ ; VTAS Total: $\alpha = 0,96$ ; VTAS Paciente: $\alpha = 0,93$ ; VTAS Terapeuta: $\alpha = 0,84$ ; VTAS Ambos: $\alpha = 0,93$ ; Penn Total: $\alpha = 0,93$ ; Penn

Caracterização dos estudos sobre medidas de aliança terapêutica: revisão da literatura

						Tipo 1: $\alpha = 0,89$ ; Penn Tipo 2: $\alpha = 0,87$ ; CALPAS Total: $\alpha = 0,92$ ; CALPAS PWC*: $\alpha = 0,92$ ; CALPAS PC*: $\alpha = 0,88$ ; CALPAS PTA*: $\alpha = 0,83$ ; CALPAS TU*: $\alpha = 0,85$ .
McLeod <i>et al.</i> (2017)	TPOCS-A, VTAS-R-SF, TASC-T e TASC-C	EUA	TCC	N = 50 (Jovens) Transtornos de ansiedade	A TASC foi preenchida no final de cada sessão. A TPOCS-A e a VTAS-R-SF foram codificadas na 3ª e 12ª sessões. Se uma sessão não estava disponível, foi substituída por uma sessão da mesma fase: cedo (Sessão 2-8) ou atrasada (Sessão 9-16).	TPOCS-A Total: $\alpha = 0,84$ ; Amostra crianças: $\alpha = 0,80$ ; Amostra adolescentes: $\alpha = 0,89$ ; VTAS-R-SF Total: $\alpha = 0,91$ ; Amostra crianças: $\alpha = 0,90$ ; Amostra adolescentes: $\alpha = 0,92$ ; TASC-C Total: $\alpha = 0,94$ ; Amostra crianças: $\alpha = 0,95$ ; Amostra adolescentes: $\alpha = 0,91$ ; TASC-T Total: $\alpha = 0,97$ ; Amostra crianças: $\alpha = 0,96$ ; Amostra adolescentes: $\alpha = 0,98$ .
Kermarrec <i>et al.</i> (2006)	HAQ-CP	França	Psicodinâmica, Terapia de suporte, Terapia familiar	N = 148 (Crianças e adolescentes) Transtornos do humor e comportamentos disruptivos, transtornos alimentares, transtornos do sono, transtornos de personalidade, transtornos de aprendizagem, transtorno de hiperatividade com déficit de atenção, transtorno de eliminação e problemas relacionais	Imediatamente após a sessão de psicoterapia e nas 48h seguintes à consulta de psicoterapia.	$\alpha = 0,80$
Bickman <i>et al.</i> (2012)	TAQS	EUA	<i>Family Systems</i> , TCC, Behaviorista, <i>Play Therapy</i> , Eclética/integrativa	N = 679 (Jovens); N = 561 (Cuidadores); N = 713 classificações individuais dos clínicos Quadro clínico não especificado	A AT foi avaliada em várias sessões ao longo do tempo (as sessões não foram	Jovens: $\alpha = 0,85$ ; Cuidadores: $\alpha = 0,86$

					especificadas).	
Lamers e Vermeiren (2015)	FEQ	Holanda	Aconselhamento de pais, Gerenciamento de casos	N = 93 (Jovens); N = 11 (Terapeutas) Transtornos de ansiedade, transtornos do humor e comportamentos disruptivos, transtornos do espectro autista	Com 46 dos 93 jovens, a AT foi avaliada no 4º mês de tratamento. Para os outros 47 jovens, a AT foi avaliada em um tempo aleatório no tratamento.	FEQ CM** <i>Parent Alliance</i> : $\alpha = 0,69$ ; FEQ CM <i>Youth Task Alliance</i> : $\alpha = 0,84$ ; FEQ CM <i>Youth Personal Alliance</i> : $\alpha = 0,88$ ; FEQ CM <i>Youth Hostility</i> : $\alpha = 0,51$ ; FEQ PC** <i>Parent Alliance</i> : $\alpha = 0,57$ ; FEQ PC <i>Youth Task Alliance</i> : $\alpha = 0,84$ ; FEQ PC <i>Youth Personal Alliance</i> : $\alpha = 0,75$
Lamers et al. (2015)	WAV-12	Holanda	Aconselhamento de pais, Gerenciamento de casos	N = 93 (Jovens); N = 5 (Terapeutas) Comportamentos disruptivos, transtorno do espectro autista, transtornos de ansiedade, transtornos do humor	Com 46 dos 93 jovens, a AT foi avaliada no 4º mês de tratamento. Para os outros 47 jovens, a AT foi avaliada em um tempo aleatório no tratamento.	$\alpha$ das subescalas variou de 0,78 a 0,97
Hukkelberg e Ogden (2016)	WAI-S	Noruega	TCC	N = 331 (Crianças); N = 259 (Pais) Comportamentos disruptivos	3ª e 12ª sessões	Sessão 3: $\alpha = 0,59$ (Objetivos); $\alpha = 0,79$ (Tarefas); $\alpha = 0,84$ (Vínculo). Sessão 12: $\alpha = 0,52$ (Objetivos); $\alpha = 0,82$ (Tarefas); $\alpha = 0,80$ (Vínculo).

\*PWC: *Patient Working Capacity*; PC: *Patient Commitment*; PTA: *Patient Therapist Agreement*; TU: *Therapist Understanding*.

\*\* CM: *Case Managers*; PC: *Parent Counsellors*.

### **Principais limitações**

A maioria dos autores relatou o baixo poder de generalização dos seus achados devido à homogeneidade da amostra (Andrade-González e Fernández-Liria, 2015a, 2015b; Dillon, 2013; Doran *et al.*, 2012; Doran *et al.*, 2015, 2016; Fjermestad *et al.*, 2012; Hatcher *et al.*, 1995; Hatcher e Barends, 1996; Hukkelberg e Ogden, 2016; Lamers *et al.*, 2015; Mallinckrodt *et al.*, 1995; Mallinckrodt e Tekie, 2015; McLeod *et al.*, 2017; Shelef e Diamond, 2008; Smits *et al.*, 2015). Apenas Kermarrec *et al.* (2006) e Miragall *et al.* (2015) abordaram a heterogeneidade da amostra dos seus estudos como um problema, haja vista que não foi possível analisar características específicas do tratamento e até mesmo do quadro clínico dos indivíduos.

Além disso, muitos estudos discutiram o pequeno número amostral e como isso poderia afetar as análises, especialmente as AF (Andrade-González e Fernández-Liria, 2015a, 2015b; Cecero *et al.*, 2001; Dillon, 2013; Doran *et al.*, 2016; Fjermestad *et al.*, 2012; Lamers *et al.*, 2015; Mallinckrodt *et al.*, 1995; McLeod *et al.*, 2017; Miragall *et al.*, 2015; Munder *et al.*, 2009; Soygüt e Isikli, 2008; Tanzilli *et al.*, 2017). Os estudos de Accurso *et al.* (2012), Cecero *et al.* (2001), Colli e Lingardi (2009), Doran *et al.* (2016), Mamodhousen *et al.* (2005), Miragall *et al.* (2015) e Munder *et al.* (2009) abordaram a necessidade de que futuros estudos deem atenção ao modo como as características dos clientes, terapeutas e/ou do tratamento podem influenciar nos resultados associados à AT. Botella *et al.* (2011), Corbella e Botella (2004), Doran *et al.* (2012) e Horvath e Greenberg (1989) problematizaram as divergências encontradas nas soluções da AF, que, de modo geral, indicaram pouco suporte empírico para as diversas teorias de AT. Por fim, Bickman *et al.* (2012), Cecero *et al.* (2001), Doran *et al.* (2015), Hukkelberg e Ogden (2016), McLeod *et al.* (2017) e Oene *et al.* (1999) ressaltam que a AT deve ser avaliada em vários momentos durante o processo psicoterapêutico.

### **Discussão**

A maior parte das medidas de AT surge entre as décadas de 80 e 90, como consequência do interesse na mesma enquanto preditora de resultados psicoterapêuticos (Greenberg, 1986; Horvath e Greenberg, 1989; Horvath e Luborsky, 1993). Os resultados bibliométricos corroboram este dado, considerando que foram encontradas publicações a partir de 1989. A partir de 2009 foi possível observar um importante aumento no número de publicações. No ano de 2017 já foram publicados três estudos com essa temática. Tais dados apontam para o crescente interesse pela discussão das propriedades psicométricas dos diversos instrumentos de AT e até mesmo o intuito de se propor novos instrumentos que busquem contemplar a complexidade desse construto.

Chama a atenção o fato de não ter sido encontrado nenhum estudo em língua portuguesa, realizado no Brasil, que cumprisse os critérios de inclusão. Uma busca simples através do Google Acadêmico gerou dois resultados de estudos que realizaram análises de instrumentos de AT, em contexto psicoterapêutico, no Brasil. Marcolino e Iaconi (2001) realizaram a adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão do paciente da CALPAS e Araújo e Lopes (2015) construíram o *Inventário Cognitivo-Comportamental para Avaliação da Aliança Terapêutica* e realizaram o estudo piloto de suas propriedades psicométricas. O WAI-C e o WAI-T possuem tradução para o português de Portugal, mas não são verificados estudos que analisaram suas propriedades psicométricas em contexto psicoterapêutico no Brasil. Pesquisadores da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) estão desenvolvendo a adaptação transcultural e análise inicial das propriedades psicométricas do *Working Alliance Inventory - Short Revised Observer - WAI-SR-O* (Ribeiro e Sartes, 2017). Conclui-se que o estudo das medidas de AT no Brasil ainda é incipiente.

Observa-se uma grande variabilidade de abordagens psicoterapêuticas, com especial destaque para a TCC, e de quadros clínicos contemplados nos estudos de AT. O considerável número de estudos que incluíram a TCC justifica-se pelo fato de esta ser

uma abordagem estruturada, que se propõe a ser testada cientificamente, tendo evidências de sua efetividade para o tratamento de diversos transtornos (Beck, 1997; Galsworthy-Francis e Allan, 2014; Hutton e Taylor, 2014; Marchand *et al.*, 2007; Riper *et al.*, 2013; Serra, 2013; Wright *et al.*, 2008). Nota-se que os estudos não têm se restringido ao público adulto, contemplando amostras diversificadas, fato também constatado na revisão de Ribeiro *et al.* (no prelo). Esses dados demonstram a heterogeneidade dos estudos de AT, que torna possível a discussão da generalização de alguns achados, a despeito de esta ter sido uma das principais limitações relatadas na maioria dos artigos quando considerados individualmente.

Poucos estudos exploraram os resultados da AT entre as diferentes abordagens psicoterapêuticas. Doran *et al.* (2015, 2016) não encontraram variações decorrentes das modalidades de tratamento, enquanto Cecero *et al.* (2001) identificaram a menor média de AT no grupo de gestão clínica. A relação entre AT e modalidade de tratamento merece maiores esclarecimentos tendo em vista que não há um consenso na literatura sobre essa associação (Ardito e Rabellino, 2011; Marmar *et al.*, 1989; Raue, Goldfried e Barkham, 1997; Spinhoven *et al.*, 2007). Além disso, foi possível verificar que alguns estudos, especialmente aqueles que realizaram a avaliação da AT por um observador clínico, abordaram poucos dados quanto às propriedades psicométricas dos instrumentos, tal como validades convergente, divergente e de critério.

A maioria dos estudos realizou a avaliação da AT, no mínimo, na terceira sessão de psicoterapia, como é possível verificar na Tabela 2. A avaliação da AT por meio de questionários aplicados na terceira ou quarta sessão se justifica, pois se acredita que é nesse período que ela está estabelecida e esses questionários estão altamente associados às predições de resultados (Garfield, 1995; Horvarth, 1994; Luborsky, 1994). Observou-se uma variabilidade considerável quanto ao número de sessões nas quais os instrumentos foram aplicados. Neste sentido, destaca-se que a importância de medir a AT em diversos momentos do tratamento se dá devido à natureza dinâmica deste

construto. A AT apresenta diferentes níveis e até mesmo rupturas durante o seu curso (Safran e Muran, 2006; Safran e Segal, 1990; Samstag *et al.*, 2004).

A maior parte das medidas apresentou problemas em suas AF, demonstrando que a diferenciação entre os fatores não está bem estabelecida. Este pode ser um reflexo das várias construções teóricas sobre AT (Elvins e Green, 2008). Neste sentido, percebe-se que os instrumentos, nas mais diversificadas versões e conceitualizações, não têm sido capazes de abarcar as várias dimensões do construto AT (Burkard *et al.*, 2009; Corbella e Botella, 2004; Corbella *et al.*, 2011; Delsignore *et al.*, 2014; Doran *et al.*, 2012; Doran *et al.*, 2015; Falkenström *et al.*, 2014; Falkenström *et al.*, 2015; Fjermestad *et al.*, 2012; Fuertes *et al.*, 2017; Lamers e Vermeiren, 2015; Mallinckrodt e Tekie, 2015; Miragall *et al.*, 2015; Munder *et al.*, 2009; Smits *et al.*, 2015; Soygüt e Uluç, 2009; Tanzilli *et al.*, 2017). Horvath *et al.* (2011) ressaltam que a falta de uma definição precisa da AT leva a um problema de desenvolvimento de pesquisas, a julgar que os estudos, na prática, definem a AT a partir dos instrumentos que adotam para medi-la. Dessa forma, a comparação entre estudos que utilizaram diferentes medidas de AT torna-se perigosa, já que nem sempre elas correspondem ao mesmo conceito. Em contrapartida, Martin *et al.* (2000), baseados no modelo transteórico de Bordin (1979), defendem que esta comparação é possível tendo em vista que as diversas conceitualizações de AT possuem pontos em comum, tais como a natureza colaborativa do relacionamento, o vínculo afetivo entre paciente e terapeuta, e a capacidade de terapeuta e paciente concordarem com os objetivos e tarefas do tratamento.

Nessa direção, os resultados dessa revisão mostram que diferentes medidas de AT, com diferentes fundamentações teóricas e/ou em diferentes versões, alcançaram índices satisfatórios de correlação (Andrade-González e Fernández-Liria, 2015b; Cecero *et al.*, 2001; Fjermestad *et al.*, 2012; Horvath e Greenberg, 1989; Shelef e Diamond, 2008). Assim, maiores investigações se fazem necessárias a fim de verificar as relações entre diferentes modelos teóricos de AT e de que forma eles afetam sua avaliação.

O WAI foi o instrumento mais utilizado nos estudos, informação já destacada na literatura (Ardito e Rabellino, 2011; Hanson *et al.*, 2002; Horvath *et al.*, 2011; Ribeiro *et al.*, no prelo; McCabe e Priebe, 2004). Embora ele também tenha sido indicado nesse estudo com boas propriedades psicométricas, apresentando adequados *alphas* e evidências de validade convergente, há diversos estudos demonstrando problemas fatoriais, dado que os itens de Objetivos e Tarefas têm sido concentrados em um mesmo fator (Burkard *et al.*, 2009; Corbella e Botella, 2004; Corbella *et al.*, 2011; Falkenström *et al.*, 2014; Falkenström *et al.*, 2015; Fuertes *et al.*, 2017; Hatcher e Barends, 1996; Mallinckrodt e Tekie, 2015; Miragall *et al.*, 2015; Munder *et al.*, 2009; Smits *et al.*, 2015; Soygüt e Uluç, 2009).

Os estudos que realizaram as avaliações por meio das perspectivas do(s) cliente(s) e do terapeuta tiveram como um dos seus objetivos comparar tais avaliações. É interessante notar que embora as versões do cliente tenham obtido as médias mais altas nos escores de AT, a versão do terapeuta esteve mais associada aos resultados. Tal dado vai de encontro aos achados de Horvath e Symonds (1991), que apontaram que as avaliações do cliente são as melhores preditoras de resultados em psicoterapia. É fundamental compreender que há diferenças entre as avaliações realizadas pelos clientes, terapeutas e observadores clínicos. Esse fenômeno é denominado de *Rashomon Effect* e traz questões quanto à objetividade da mensuração da AT (Ardito e Rabellino, 2011).

Entre as limitações do presente estudo, está o fato de alguns termos utilizados não constarem nos dicionários das bases de dados pesquisadas. No dicionário *Medical Subject Heading Terms* (MeSH *Terms*), da base PubMed, não foram encontrados termos como *therapeutic alliance*, *working alliance* ou *helping alliance*. O termo *helping alliance* não foi encontrado em nenhuma das bases. Além disso, a grande quantidade de artigos incluídos nessa revisão atribuiu à mesma um caráter exploratório, dificultando o aprofundamento de alguns pontos. Sugere-se que estudos futuros deem maior atenção

as especificidades da AT quanto às abordagens teóricas do tratamento e do quadro clínico dos clientes.

### **Considerações finais**

A compreensão do modo como a AT se comporta no processo psicoterapêutico ainda necessita de esclarecimentos que só serão possíveis à medida que forem reunidas evidências de validade dos instrumentos para sua mensuração. Embora ainda existam questões quanto às soluções das AF dos instrumentos de AT, as demais medidas psicométricas analisadas nesse estudo se mostraram adequadas. Conforme apontam McCabe e Priebe (2004), talvez não exista uma escala ideal para medir a AT. Os pesquisadores devem se atentar à proposta e objetivo da avaliação a fim de definir o instrumento mais congruente.

### **Referências**

- ANDRADE- ACCURSO, E.C.; HAWLEY, K.M.; GARLAND, A.F. 2013. Psychometric properties of the Therapeutic Alliance Scale for Caregivers and Parents. *Psychological Assessment*, **25**(1):244-252.
- ANDRADE-GONZÁLEZ, N.; Fernández-Liria, A. 2015a. Spanish adaptation of the Revised Helping Alliance Questionnaire (HAq-II). *Journal of Mental Health*, **24**(3):155-161.
- GONZÁLEZ, N.; FERNÁNDEZ-LIRIA, A. 2015b. Spanish adaptation of the Working Alliance Inventory (WAI). Psychometric properties of the patient and therapist forms (WAI-P and WAI-T). *Anales de Psicología*, **31**(2):524-533.
- ARAÚJO, M.L.; LOPES, R.F.F. 2015. Desenvolvimento de um inventário cognitivo-comportamental para avaliação da aliança terapêutica. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, **11**(2):85-95.
- ARDITO, R.B.; RABELLINO, D. 2011. Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in Psychology - Psychology for Clinical Settings*, **2**:1-11.
- BARDIN, L. 2004. *Análise de Conteúdo*. São Paulo, Edições 70, 280 p.
- BECK, J. 1997. *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre, Artmed, 350 p.
- BICKMAN, L.; ANDRADE, A. R. V.; ATHAY, M.M.; CHEN, J.I.; NADAI, A.S.D.; JORDAN-ARTHUR, B.L.; KARVER, M.S. 2012. The relationship between change in

- therapeutic alliance ratings and improvement in youth symptom severity: Whose ratings matter the most? *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, **39**(1-2):78-89.
- BORDIN, E.S. 1979. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, **16**(3):25-260.
- BRICKER, J.B. 2014. Climbing above the forest and the trees: three future directions in addiction treatment research. *Addiction*, **110**(3):414-415.
- BURKARD, A.W.; PRUITT, N.T.; MEDLER, B.R.; STARK-BOOTH, A.M. 2009. Validity and reliability of the Lesbian, Gay, Bisexual Working Alliance Self-Efficacy Scales. *Training and Education in Professional Psychology*, **3**(1):37-46.
- CECERO, J.J.; FENTON, L.R.; FRANKFORTER, T.L.; NICH, C.; CARROLL, K.M. 2001. Focus on therapeutic alliance: the psychometric properties of six measures across three treatments. *Psychotherapy*, **38**(1):1-11.
- COLLI, A.; LINGIARDI, V. 2009. The Collaborative Interactions Scale: A new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, **19**(6):718-734.
- CONNORS, G.J.; CARROLL, K.M.; DICLEMENTE, C.C.; LONGABAUGH, R.; DONOVAN, D.M. 1997. The therapeutic alliance and its relationship to alcoholism treatment participation and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **65**(4):588-598.
- CORBELLA, S.; BOTELLA, L. 2004. Psychometric properties of the Spanish version of the Working Alliance Theory of Change Inventory (WATOCI). *Psicothema*, **16**(4):702-705.
- CORBELLA, S.; BOTELLA, L.; GÓMEZ, A.M.; HERRERO, O.; PACHECO, M. 2011. Características psicométricas de la versión española del *Working Alliance Inventory-Short* (WAI-S). *Anales de Psicología*, **27**(2):298-301.
- DELSIGNORE, A.; RUFERA, M.; MOERGELIA, H.; EMMERICHA, J.; SCHLESINGERB, J.; MILOSA, G.; SCHULTE-VELSA, T.; WEIDTA, S. 2014. California Psychotherapy Alliance Scale (CALPAS): Psychometric properties of the German version for group and individual therapy patients. *Comprehensive Psychiatry*, **55**:736-742.
- DILLON, F.R. 2013. Measurement equivalence of the Revised Helping Alliance Questionnaire across African American and non-Latino White substance using adult outpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, **45**:173-178.
- DORAN, J.M.; SAFRAN, J.D.; MURAN, J.C. 2016. An investigation of the relationship between the Alliance Negotiation Scale and psychotherapy process and outcome. *Journal of Clinical Psychology*, **73**(4):449-465.
- DORAN, J.M.; SAFRAN, J.D.; MURAN, J.C. 2015. The Alliance Negotiation Scale: a psychometric investigation. *Psychological Assessment*, **28**(8):885-897.
- DORAN, J.M.; SAFRAN, J.D.; WAIZMANN, V.; BOLGER, K.; MURAN, J.C. 2012. The Alliance Negotiation Scale: psychometric construction and preliminary reliability and validity analysis. *Psychotherapy Research*, **22**(6):710-719.

- ELVINS, R.; GREEN, J. 2008. The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: Na empirical review. *Clinical psychology review*, **28**(7):1167-1187.
- FALKENSTRÖM, F.; HATCHER, R.L.; HOLMQVIST, R. 2014. Confirmatory factor analysis of the patient version of the Working Alliance Inventory–Short Form Revised. *Assessment*, **22**(5):581-593.
- FALKENSTRÖM, F.; HATCHER, R.L.; SKJULSVIK, T.; LARSSON, M.H.; HOLMQVIST, R. 2015. Development and validation of a 6-item Working Alliance Questionnaire for repeated administrations during psychotherapy. *Psychological Assessment*, **27**(1):169-183.
- FJERMESTAD, K.W.; MCLEOD, B.D.; HEIERVANG, E.R.; HAVIK, O.E.; ÖST, L.; HAUGLAND, B.S.M. 2012. Factor structure and validity of the Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy–Alliance Scale. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, **41**(2):246–254.
- FUERTES, J.N.; TOPOROVSKY, A.; REYES, M. 2017. The Working Alliance in psychiatric care: agreement communication and trust in action. *Psychiatric Quarterly*, **88**(4):711-720.
- GALSWORTHY-FRANCIS, L.; ALLAN, S. 2014. Cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, **34**(1):54-72.
- GARFIELD, S. L. 1995. The Therapy Client-Patient. In: S.L. GARFIELD. (eds.), *Psychotherapy: an eclectic and integrative approach*. New York, Wiley & Sons, p. 39-65.
- GILBERT, P.; LEAHY, R.L. 2007. *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. London/New York, Routledge, 312 p.
- GREEN, J. 2006. Annotation: the therapeutic alliance — a significant but neglected variable in child mental health treatment studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **47**(5):425–435.
- GREENBERG, L.S. 1986. Change Process Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **54**(1):4-9.
- HANSON, W.E.; CURRY, K.T.; BANDALOS, D. 2002. Reliability generalization of Working Alliance Inventory scales scores. *Educational and Psychological Measurement*, **62**(4):659-673.
- HATCHER, R.L.; BARENDS, A. 1996. Patients' view of the alliance in psychotherapy: Exploratory factor analysis of three alliance measures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **64**(6):1326-1336.
- HATCHER, R.L.; BARENDS, A.; HANSELL, J.; GUTFREUND, M.J. 1995. Patients' and therapists' shared and unique views of the therapeutic alliance: An investigation using confirmatory factor analysis in a nested design. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **63**(4):636-643.
- HENDRIKSEN, M.; VAN, R.; PEEN, J.; OUDEJANS, S.; SCHOEVEERS, R.; DEKKER, J. 2010. Psychometric properties of the Helping Alliance Questionnaire-I in

- psychodynamic psychotherapy for major depression. *Psychotherapy Research*, **20**(5):589-598.
- HORVATH, A. O. 1994. Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The Working Alliance Inventory perspective. In: A.O. HORVATH; L.S. GREENBERG. (eds.), *The working alliance: Theory, Research, and Practice*. Nova York, John Wiley & Sons, p. 85 – 108.
- HORVATH, A.O.; BEDI, R.P. 2002. The alliance. In: J.C. NORCROSS (eds.), *Psychotherapy Relationships That Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. New York, Oxford Univ, Press, p. 37–69.
- HORVATH, A.O.; FLÜCKIGER, C.; DEL RE, A.C.; SYMONDS, D. 2011. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, **48**(1):9-16.
- HORVATH, A.O.; GREENBERG, L.S. 1989. Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, **36**(2):223-233.
- HORVATH, A.O.; LUBORSKY, L. 1993. The role of therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **61**(4):561-573.
- HORVATH, A. O.; SYMONDS, B. D. 1991. Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, **38**(2):139-149.
- HUKKELBERG, S.S.; OGDEN, T. 2016. The short Working Alliance Inventory in parent training Factor structure and longitudinal invariance. *Psychotherapy Research*, **26**(6):719-726.
- HUTTON, P.; TAYLOR, P.J. 2014. Cognitive behavioral therapy for psychosis prevention: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, **44**(3):449-468.
- KAZDIN, A.E. 2007. Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, **3**:1-27.
- KAZDIN, A.E.; NOCK, M.K. 2003. Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **44**(8):1116-1129.
- KERMARREC, S.; KABUTH, B.; BURSZTEJN, C.; GUILLEMIN, F. 2006. French adaptation and validation of the Helping Alliance Questionnaires for Child, Parents, and Therapist. *The Canadian Journal of Psychiatry*, **51**(14):913-922.
- LAMERS, A.; DELSING, M.J.M.H.; WIDENFELT, B.M.V.; VERMEIREN, R.R.J.M. 2015. A measure of the parent-team alliance in youth Residential Psychiatry: The Revised Short Working Alliance Inventory. *Child Youth Care Forum*, **44**:801-817.
- LAMERS, A.; VERMEIREN, R.R.J.M. 2015. Assessment of the therapeutic alliance of youth and parents with team members in youth residential psychiatry. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, **20**(4):640-656.
- LONGABAUGH, R.; MAGILL, M. 2012. Recent advances in behavioral addiction treatments: focusing on mechanisms of change. *Current Psychiatry Reports*, **13**(5):382-389.

- LUBORSKY, L. 1994. Therapeutic alliances as predictors of psychotherapy outcomes: factors explaining the predictive success. In: A.O. HORVATH; L.S. GREENBERG. (eds.), *The Working Alliance - Theory, Research, and Practice*. New York, John Wiley & Sons, p. 38-50.
- MACHADO, D. D. B.; EIZIRIK, C. L. 2016. Uma breve revisão das revisões e metanálises sobre aliança terapêutica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, **18**(1):1-12.
- MAGILL, M.; LONGGABAUGH, R. 2013. Efficacy combined with specified ingredients: a new direction for empirically-supported addiction treatment. *Addiction*, **108**(5):874-881.
- MALLINCKRODT, B.; COBLE, H.M.; GANTT, D.L. 1995. Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, **42**(3):307-317.
- MALLINCKRODT, B.; TEKIE, Y. 2015. Item response theory analysis of Working Alliance Inventory, revised response format, and new Brief Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, **26**(6):694-718.
- MAMODHOUSSEN, S.; WRIGHT, J.; TREMBLAY, N.; POITRAS-WRIGHT, H. 2005. Impact of marital and psychological distress on therapeutic alliance in couples undergoing couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, **31**(2):159-169.
- MARCHAND, A.; TODOROV, C.; BORGEAT, F.; PELLAND, M. 2007. Effectiveness of a brief cognitive behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia and the impact of partner involvement. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, **35**(5):613-629.
- MARCOLINO, J. A. M.; IACOPONI, E. 2001. Escala de Aliança Psicoterápica da Califórnia na versão do paciente. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, **23**(2):88-9.
- MARMAR, C. R.; GASTON, L.; GALLAGHER, D.; THOMPSON, L. W. 1989. Alliance and outcome in late-life depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, **177**:464-472.
- MARTIN, D. J.; GARSKE, J. P.; DAVIS, M. K. 2000. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **68**:438-450.
- MCCABE, R.; PRIEBE, S. 2004. The therapeutic relationship in the treatment of severe mental illness: a review of methods and findings. *International Journal of Social Psychiatry*, **50**(2):115-128.
- MCLEOD, B.D.; SOUTHAM-GEROW, M.A.; KENDALL, P.C. 2017. Observer, youth, and therapist perspectives on the alliance in cognitive behavioral treatment for youth anxiety. *Psychological Assessment*, **29**(12):1550.
- MIRAGALL, M.; BAÑOS, R.M.; CEBOLLA, A.; BOTELLA, C. 2015. Working alliance inventory applied to virtual and augmented reality (WAI-VAR): psychometrics and therapeutic outcomes. *Frontiers in Psychology*, **6**: 1531.
- MUNDER, T.; WILMERS, F.; LEONHART, R.; LINSTER, H.W.; BARTH, J. 2009. Working Alliance Inventory-Short Revised (WAI-SR): Psychometric properties in outpatients and inpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, **17**:231-239.

- NORCROSS, J.C.; LAMBERT, M.J. 2011. Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, **48**(1):4-8.
- OENE, G.H.D.W.; JONG, C.A.J.D.; JÖRG, F.; SCHRIJVERS, G.J.P. 1999. The Helping Alliance Questionnaire: Psychometric properties in patients with substance dependence. *Substance Use & Misuse*, **34**(11):1549-1569.
- OLIVEIRA, M.S.; NUNES, M.L.T.; FERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, H.; GARCIA, F. 2006. Estilo pessoal do terapeuta: dados preliminares da versão brasileira do EPT-Q. *Psico*, **37**:241-247.
- ORLINSKY, D. E.; HOWARD, K. I. 1986. Process and outcome in psychotherapy. In: S. L. GARFIELD; A.E. BERGIN. (eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York, John Wiley, p. 311-381.
- ORLINSKY, D.E.; RONNESTAD, M.H.; WILLUTZKI, U. 2004. Fifty years of psychotherapy processoutcome research: continuity and change. In: M.J. LAMBERT. (eds.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, Wiley, p. 307-89.
- PEUKER, A. C. W. B.; HABIGZANG, L. F.; KOLLER, S. H.; ARAUJO, L. B. 2009. Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo*, **14**(3):439-445.
- RAUE, P.; GOLDFRIED, M.; BARKHAM, M. 1997. The therapeutic alliance in psychodynamic-interpersonal and cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **65**:582-587.
- RIBEIRO, N.S.; SARTES, L.M.A. 2017. *Working Alliance Inventory - Short Revised Observer (WAI-SR-O): adaptação transcultural e análise das propriedades psicométricas da versão brasileira para usuários de álcool*. Juiz de Fora, MG. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, 135 p.
- RIBEIRO, N.S.; SARTES, L.M.A.; GUMIER, A.B.; TORRES, A.P.F. No prelo. A aliança terapêutica em psicoterapias cognitivas para substâncias psicotrópicas: revisão da literatura.
- RIPER, H.; ANDERSSON, G.; HUNTER, S.B.; WIT, J.; BERKING, M.; CUIJPERS, P. 2013. Treatment of comorbid alcohol use disorders and depression with cognitive-behavioural therapy and motivacional interviewing: a meta-analysis. *Addiction*, **109**(3):394-406.
- ROTH A.; FONAGY P. 2005. *What works for whom: A critical review of psychotherapy research*. London, The Guildford Press, 649 p.
- SAFRAN, J.D.; MURAN, J.C. 2006. Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, **43**(3):286-291.
- SAFRAN, J.D.; SEGAL, Z.V. 1990. *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York, Basic Books, 312 p.
- SAMSTAG, L.W.; MURAN, J.C.; SAFRAN, J.D. 2004. Defining and identifying alliance ruptures. In: D. CHARMAN. (eds.). *Core concepts in brief dynamic psychotherapy*. Hillsdale, NJ, Erlbaum, p. 187-214.

- SERRA, A.M.M. (2013). Teoria e Terapia cognitiva. In: N.A.ZANELATTO; R. LARANJEIRA.(eds.). *O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais - um guia para terapeutas*. Porto Alegre, Artmed, p.106-121.
- SERRALTA, F. B.; NUNES, M. L. T.; EIZIRIK, C. L. 2007. Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista dePsiquiatria do Rio Grande do Sul*, **29**(1):44-55.
- SHELEF, K.; DIAMOND, G.M. 2008. Short form of the revised vanderbilt therapeutic alliance scale: Development, reliability, and validity. *Psychotherapy Research*, **18**(4):433-443.
- SHIRK, S. R.; KARVER, M. 2003. Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **71**:452-464.
- SMITS, D.; LUYCKX, K.; SMITS, D.; STINCKENS, N.; CLAES, L. 2015. Structural characteristics and external correlates of the Working Alliance Inventory-Short Form. *Psychological Assessment*, **27**(2):545-551.
- SOYGÜT, G.; ISIKLI, S. 2008. Assessment of the therapeutic alliance: Reliability and validity of the Working Alliance Inventory. *Turkish Journal of Psychiatry*, **19**(4):1-11.
- SOYGÜT, G.; ULUÇ, S. 2009. Psychometric properties of the Turkish Working Alliance Inventory-Observer Form. *Turkish Journal of Psychiatry*, **20**(4):367-375.
- SPINHOVEN, P.; GIESEN-BLOO, J.; VAN DYCK, R.; KOOIMAN, K.; ARNTZ, A. (2007). The therapeutic alliance in schema-focused therapy and transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, **75**:104-115.
- TANZILLI, A.; COLLI, A.; GUALCO, I.; LINGIARDI, V. 2017. Patient personality and relational patterns in psychotherapy: Factor structure, reliability, and validity of the Psychotherapy Relationship Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, **100**(1):96-106.
- VÖHRINGER, C.C.; PÉREZ, J.C.; MARTÍNEZ, C.; ALTIMIR, C.; DAGNINO, P.; SUÁREZ, N.; KRAUSE, M. 2013. "Working Alliance Inventory" Versión Observacional: Traducción, adaptación y validación al Castellano. *Terapia Psicológica*, **31**(3):301-311.
- WAIZZMANN, V.; ROUSSOS, A. 2011. Adaptación de inventario de alianza de trabajo en su versión observador: WAI-O-A. *Anuario de Investigaciones, Facultad de Psicología - UBA*, **18**.
- WRIGHT, J.H.; BASCO, M.R.; THASE, M.E. 2008. *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental - um guia ilustrado*. Porto Alegre, Artmed, 224 p.