



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Sofia Gomes Neves

**Caracterização da colaboração terapêutica
na última sessão de casos *Dropout***



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Sofia Gomes Neves

**Caracterização da colaboração terapêutica
na última sessão de casos *Dropout***

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia
Área de Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Eugénia Ribeiro

Outubro de 2011

DECLARAÇÃO

Nome: Ana Sofia Gomes Neves

Endereço Eletrónico: anasofiagomesneves@gmail.com

Título da Tese de Mestrado: Caracterização da colaboração terapêutica na última sessão de casos *Dropout*

Orientador(es): Doutora Professora Eugénia Ribeiro

Ano de conclusão: 2011

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia, na Área de Especialização em Psicologia Clínica

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 21 de outubro de 2011.

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Desde já quero agradecer à minha orientada de Tese, Professora Doutora Eugénia Ribeiro por me ter recebido na sua equipa de investigação e, sobretudo, pela sua disponibilidade, dedicação e conhecimento oferecidos ao longo destes meses de trabalho.

Agradecer à Doutora Joana Coutinho, que teve a gentileza de me conceder alguns casos de *Dropout* do seu estudo de Doutoramento para construir a minha amostra de investigação e trabalhar na minha tese.

À Mestre Susana Oliveira, tenho muita gratidão por me ter ajudado a ultrapassar as minhas dificuldades nas reuniões de treino e disponibilizado o seu precioso tempo. E também, por constituir parte da equipa de juízes que instituiu a minha investigação. Quero agradecer ao Nuno Pires, aluno de Doutoramento que também foi Juiz, pela sua paciência e por todo o seu trabalho que auxiliou o meu estudo. À Mestre Helena Azedo e Dulce Pinto, que se mostram sempre disponíveis para ajudar e pelas suas amizades. A toda a equipa de investigação, que semanalmente me ofereceu o seu apoio, as suas críticas construtivas e o seu bom humor.

Quero principalmente agradecer à minha família, aos meus pais e ao meu irmão, que estiveram sempre comigo nesta jornada. Que me apoiaram nos momentos de cansaço e me deram força para nunca desistir de ter uma Profissão por Vocação e Gosto. Sem eles não estaria aqui a escrever esta dedicatória, posto isto, não poderia deixar de escrever estas linhas dedicada à minha família.

Aos meus amigos, que nunca se esqueceram de mim mesmo quando o tempo era escasso, e nunca me abandonaram nos momentos mais difíceis e mais duros de trabalho e da minha vida.

À minha grande amiga Olívia Fernandes, agradeço com muito apreço pelo desmedido apoio, força e dedicação oferecidos ao longo deste percurso.

Ao Guilherme Abreu, simplesmente Obrigado!

Por fim, quero agradecer ao meu companheiro Nuno Costa, que respeitou sempre o meu trabalho, e nos momentos mais difíceis da construção da minha tese esteve comigo e me apoiou incessantemente. Agradeço principalmente por todo o carinho, confiança, segurança e Amor que me ofereceu.

RESUMO

Caracterização da colaboração terapêutica na última sessão de casos *Dropout*

A vasta investigação relativa à relação terapêutica é reveladora da sua importância para a obtenção do sucesso terapêutico (Horvath & Symonds, 1991; Horvath & Bedi, 2002; Kazdin, 2007). A Aliança Terapêutica apresenta-se como uma dimensão primordial da relação terapêutica. Uma Aliança Terapêutica positiva, de qualidade, é propiciadora de resultados terapêuticos igualmente positivos (Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Symons em 1991; Luborsky, 1994; Martin, Garske, Davis, 2000; Tryon & Winograd, 2001, 2002).

Segundo a conceção de Bordin (1979), a Aliança Terapêutica é entendida como fator relevante na obtenção de uma relação terapêutica bidirecional, ou seja, numa relação terapêutica assente na colaboração mútua, marcada pela negociação de objetivos e tarefas entre o terapeuta e o cliente. Partindo do conceito de colaboração mútua associado a esta definição de aliança Ribeiro et al. (2011) procuraram contribuir para responder à questão de como a aliança se torna terapêutica (Horvath, 2006). Os autores desenvolveram uma proposta teórica e metodológica no sentido de compreender como se desenvolve o processo de colaboração entre o terapeuta e o cliente e de que modo este processo se articula com a mudança em terapia. Neste sentido, Ribeiro et al. (2011) utilizaram o conceito de Zona Desenvolvimental Proximal Terapêutica - ZDPT proposta por Leiman & Stiles (2001). Entendida como a distância entre o desenvolvimento atual do cliente e o nível de desenvolvimento potencial que este poderá atingir em colaboração com o terapeuta.

É no âmbito do trabalho de Ribeiro et al. (2011) que se enquadra esta investigação. Mais especificamente, esta investigação visa caracterizar a colaboração terapêutica na última sessão de casos *Dropout*, seguidos em terapia cognitivo-comportamental. A amostra deste estudo é constituída por 9 últimas sessões de casos de *Dropout*, distribuindo-se estas últimas sessões entre a 3ª e 11ª sessão. Por via da utilização do *Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica*, criado por Ribeiro et al. (2010), obteve-se a frequência dos episódios interativos que ocorreram dentro, no limite e fora da ZDPT. Através da metodologia do *State Space Grids* (Lamey, Lewis & Granic, 2004) obtiveram-se os episódios que correspondiam a mais de 80% das interações de cada sessão anterior ao *Dropout*. Os resultados revelaram que o mais frequente é o terapeuta trabalhar à frente do Cliente na ZDPT, ou seja, o terapeuta tende a desafiar o cliente a inovar, sendo que o cliente se recusa a sair da sua experiência de segurança, tendendo a ficar mais próximo do seu estado atual.

Palavras-chave: Colaboração, micro – análise, *diáde*, momento – a – momento, *Dropout*

ABSTRACT

Characterization of collaboration in the last session of therapy cases Dropout

The wide research concerning to the therapeutic relationship is revealing of its value to obtain therapeutic successes (Horvath & Symonds, 1991; Horvath & Bedi, 2002; Kazdin, 2007). The Therapeutic Alliance is presented as being a primordial dimension of the therapeutic relationship: A positive and quality Therapeutic Alliance leads to likely positive therapeutic results. (Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Greenberg, 1994; Horvath & Symons em 1991; Luborsky, 1994; Martin, Garske, Davis, 2000; Tryon & Winograd, 2001, 2002).

According to Bordin's (1979) theory, the Therapeutic Alliance is understood as a revealing factor to obtain a bidirectional therapeutic relationship, ie, a therapeutic relationship based on mutual cooperation, standed by the negotiation of tasks and goals between therapist and patient. Starting from the concept of mutual cooperation combined with the definition of alliance, Ribeiro et al. (2011) sought to help answering about how the alliance becomes therapeutic (Horvath, 2006). The authors have develop a theoretical and methodological proposal in order to understand how the development of the collaboration process between therapist and patient occurs, and at the same time, in which ways this process is articulated with the change of therapy. Therefore, Ribeiro et al. (2011) used the "Therapeutic Proximal Development Zone" - ZDPT, proposed by Leiman & Stiles (2011), known as being the distance between the patient present development and the level of probable development which the patient might reach collaborating with the therapist.

This investigation is based on Ribeiro et al.(2011) work, more specifically, it tries to characterize the therapeutic collaboration during the last session of Dropout cases, followed with behavioural and cognitive therapy. The sample of this study consists in the last 9 sessions of Dropout cases, distributing these between the 3rd and 11th sessions. Using the therapeutic collaboration coding system, created by Ribeiro et al. (2010), we have reached to the frequency of the interactive episodes whom occur within, at the limit and out the ZDPT. Through the "State Space Grids" methodology (Lamey, Lewis & Granic, 2004) we came to the episodes that match in over 80% of the interactions of every previous Dropout session. The results revealed that what frequently happens is that the therapist works ahead of the patient on the ZDPT, ie, the therapist tends to outdare the patient to innovate, leading the patient to refuse abandoning his own secure experiment tending to keep closer to his current condition.

Keywords: Collaboration; micro-analisis; dyad; step-by-step; Dropout.

ÍNDICE

RESUMO	iv
1. ENQUADRAMENTO TEORICO	8
1.1 Aliança terapêutica na terapia cognitiva – comportamental	8
1.2 O papel da Aliança terapêutica no fenómeno do Dropout	11
1.3 Aliança Terapêutica e a colaboração entre terapeuta e cliente	13
2. ESTUDO EMPÍRICO	17
2.1 Metodologia	17
2.2 Questões de Investigação	17
2.3 Participantes	18
2.4 Terapeuta e terapia	19
2.5 Juízes	19
2.6 Instrumentos	20
2.6.1 Inventário da Aliança Terapêutica - IAT	20
2.6.2 Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica - SSCT	20
2.7 Procedimentos	24
2.7.1 Análise de Dados	25
2.8 Apresentação dos Resultados	27
2.8.1 Índices e frequências de episódios interativos que caracterizam a colaboração terapêutica na ultima sessão pré-dropout	27
2.8.2 Saliência dos episódios interativos, definida em termos da sua duração cumulativa na sessão	34
3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	37
4. LIMITAÇÕES	40
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
6. ANEXOS	46

INDÍCIOS DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES CLÍNICA

Figura 1: Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica – ZDPT	15
Figura 2: Grelha de ilustração do caso A, da sessão 8, com os atractores assinalados	26
Figura 3: Resultados obtidos através do <i>Gridware</i> do Caso A, sessão 8	46
Figura 4: Resultados obtidos através do <i>Gridware</i> do Caso B, sessão 5	46
Figura 6: Resultados obtidos através do <i>Gridware</i> do Caso C, sessão 1	47
Figura 7: Resultados obtidos através do <i>Gridware</i> do Caso D, sessão 10	47
Figura 8: Resultados obtidos através do <i>Gridware</i> do Caso E, sessão 3	47
Figura 9: Resultados obtidos através do <i>Gridware</i> do Caso F, sessão 8	48
Figura 10: Resultados obtidos através do <i>Gridware</i> do Caso G, sessão 6	48
Figura 11: Resultados obtidos através do <i>Gridware</i> do Caso H, sessão 7	48
Figura 12: Resultados obtidos através do <i>Gridware</i> do Caso I, sessão 5	49
Quadro 1: Marcadores do terapeuta no Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica - SCCT	21
Quadro 2: Marcadores do cliente no SCCT	22
Quadro 3: Episódios possíveis de acordo com SCCT e sua localização ZDPT	23
Quadro 4: Episódios atractores da interacção terapêutica encontrados em cada caso analisado/última sessão	35
Gráfico 1: Qualidade da aliança terapêutica na sessão anterior ao <i>Dropout</i> , na perspectiva do cliente	18
Gráfico 2: Índices de episódios por referência à ZDPT e por caso estudado na ZDPT	28
Gráfico 3: Frequências de diferentes tipos de episódios interactivos das sessões	29
Gráfico 4: Posição relativa do terapeuta e cliente nos contextos dos episódios interactivos na ZDPT	30
Gráfico 5: Frequência das posições do terapeuta e cliente na interacção diádica, por referência aos níveis da ZDPT	36
Ilustração 1: Terapeuta à frente do cliente, dentro da ZDPT – Desafio – segurança	31
Ilustração 2: Cliente e terapeuta ao mesmo nível na ZDPT – Suporte no problema – segurança	31
Ilustração 3: Terapeuta à frente do cliente, fora da ZDPT – Desafio – risco intolerável	32

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. A Aliança Terapêutica na perspectiva da abordagem Terapêutica Cognitivo-Comportamental

No âmbito do processo terapêutico, de um modo geral, o conceito de Aliança Terapêutica tem sido entendido como a qualidade da interação entre o cliente e o terapeuta, no alcance de um objetivo comum ao longo do processo de mudança do cliente (Horvath, 1994). Genericamente, a literatura remete para a ideia que a Aliança Terapêutica envolve a colaboração entre cliente e terapeuta (Ribeiro, 2009). No entanto, este conceito simplista e indiferente a uma especificidade conceptual obriga a conhecer a sua origem e a perceber a sua evolução teórica.

A origem deste conceito remonta aos anos 50, no seio da terapia psicanalítica. Através dos primeiros estudos de Freud em 1912, surge a primeira definição do conceito de Aliança terapêutica. Naturalmente, a partir dos estudos deste autor e desta escola teórica proliferam outras definições do conceito (Greenson, 1971; Luborsky, 1988).

O autor que gerou mais consenso acerca da definição do conceito da Aliança Terapêutica, e que tornou a sua definição transteórica, foi Bordin em 1974 (Ramos, 2008). No seu trabalho, este autor tentou reunir várias ideias elaboradas em conceitos anteriores: relação real, transferência positiva; a participação ativa do cliente no processo de mudança e o potencial poder curativo da relação terapêutica (Bordin, 1994; Freud, 1912; Luborsky, 1994; Greenson, 1971).

Deste modo, Bordin (1994) defende que a relação terapeuta – cliente é concebida ela própria como aliança terapêutica, caracterizando-a como uma relação bidirecional e marcada pela concordância e negociação, resultando dela todos os processos de mudança e de ajuda (Horvath, 2000). Posto isto, o autor define que Aliança é constituída por três dimensões fundamentais: o vínculo; o acordo em relação aos objetivos terapêuticos; e o acordo das tarefas estabelecidas no tratamento (Botelho, 2008; Coutinho 2010; Ramos, 2008; Ribeiro 2009). Para Bordin (1994), a função da Aliança terapêutica é a promoção de mudança saudável do cliente, ou seja, é necessária uma colaboração e uma cooperação entre terapeuta – cliente. Para posteriormente, conseguir melhores alianças para atingir melhores resultados em psicoterapia (Horvath & Bedi, 2002). A colaboração, para este autor, reporta-se ao grau de compromisso que o cliente experimenta em relação à terapia e

ao modo como a terapia é percebida como essencial para a resolução de problemas pelo mesmo (Ramos, 2008).

A investigação em psicoterapia tem mostrado que a relação terapêutica é necessária para a promoção de mudança e ganhos terapêuticos (Kazdin, 2007; Shirk, Gudmundsen, Kaplinsk & McMakin, 2008). A Aliança Terapêutica é uma dimensão primordial da relação terapêutica (Safran & Muran, 2000). A Aliança influencia consistentemente os resultados terapêuticos, independentemente da abordagem teórica adotada, prática clínica aplicada ou problemática do cliente (Horvath, 2001; Martin, Graskie & Davis, 2000). Neste sentido, é premente perceber como a Aliança é terapêutica e promove a mudança no cliente (Bordin, 1979; Horvath, 2006).

Na abordagem cognitivo-comportamental, ao longo de várias décadas, a relação terapêutica foi pouco enfatizada, tendo sido atribuído à mesma um valor residual no processo terapêutico (Katzow & Safran, 2007; Kohlenberg, Kanter, Bolling, Wexner, Parker & Tsai, 2004). Os terapeutas cognitivo-comportamentais concentraram-se mais especificamente no desenvolvimento de técnicas terapêuticas, excluindo a exploração dos processos de mudança no âmbito do relacionamento entre o terapeuta e o cliente (Kohlenberg & Tsai, 2001; Raul & Godfried, 1994; Rosenfard, 1992). Consequentemente, os terapeutas cognitivo-comportamentais estavam menos atentos à condição relacional da terapia (Ribeiro, 2009), pelo que, a abordagem cognitivo-comportamental assumia que a relação Terapêutica, por si só, era insuficiente para produzir mudança em psicoterapia (Beck, Show, Rush & Ermy, 1979; citado por Waddington, 2002).

Nos anos 70, a terapia cognitivo-comportamental ainda assumia a relação terapêutica como secundária para a promoção de sucesso terapêutico, atribuindo consequentemente um papel acessório à Aliança Terapêutica (Newman, 1998; Kohlenberg et al., 2004; Ribeiro, 2009). Assim sendo, a Aliança era considerada como uma pré-condição para a realização e o desenrolar do processo terapêutico (Katzow & Safran, 2007; Ribeiro, 2009), uma vez que era apenas utilizada como uma ferramenta terapêutica adicional para alcançar o compromisso do cliente face ao trabalho terapêutico (Newman, 1998; Ribeiro, 2009).

Apenas a partir dos anos 90, os terapeutas cognitivo-comportamentais atribuíram maior importância à relação Terapêutica, tendo assim esta assumido um papel central no processo terapêutico (Bachelor & Horvath, 1999; Newnam, 1998; Safran & Segal 1990; Wright & Davis, 1994; citado por Waddington, 2002). Desta forma, a Aliança Terapêutica passou a poder ser utilizada como um suporte ou como uma medida colaborativa e impulsionadora no processo de mudança do cliente (Waddington, 2002). Esta relevância levou a um reconhecimento por parte dos terapeutas de que uma melhor Aliança Terapêutica repercutia

uma maior adesão aos objetivos e às tarefas terapêuticas, aumentando a confiança e o acordo entre terapeuta-cliente (Portela, 2008; Shinoara, 2000; Waddington, 2002). Face a esta importância, a terapia cognitivo-comportamental focou-se na Aliança Terapêutica com o objetivo de ter maior rendimento no processo de mudança do cliente e no sucesso das técnicas e resultados terapêuticos. Procurou, ainda, colocar o cliente no centro do processo de recuperação, com o terapeuta como guia (Gilbert & Leany, 2007).

A partir de estudos como os de Beck & Freeman (1993), enquadrados no âmbito das perturbações de personalidade, nasceu um olhar mais atento sobre o efeito negativo do uso rígido e automático das técnicas cognitivo-comportamentais, sublinhando a importância da qualidade da Aliança para o sucesso do desenrolar do processo terapêutico (Ribeiro, 2009). Este foco de investigação, despertou nos terapeutas cognitivo-comportamentais a necessidade de compreender a relação terapêutica. Mais especificamente, como esta dimensão da Aliança se desenvolvia ao longo do processo terapêutico, como favorecia a adesão do cliente ao trabalho terapêutico, e ainda como promovia o seu processo de mudança (Newman, 1998).

Outros estudos também salientaram que a terapia cognitivo-comportamental, comparativamente com a terapia psicodinâmica, obtinha resultados mais positivos na qualidade da Aliança Terapêutica (Raue, Goldfried & Barkham, 1997; Gaston, Thompson, Gallagher, Courmoyer & Gagnon, 1998), uma vez que, fomentava experiências positivas nos clientes e promovia maior adesão às estratégias psicoterapêuticas oferecidas (Raue, et al., 1997; Gaston, et al. 1998). Além disso, os resultados positivos da Aliança Terapêutica pareciam estar associados a uma melhoria na sintomatologia (Ruglas & Safran, 2006; Shirk, Gudmundsen, Kaplinsk & McMakin, 2008).

Esta investigação pretende caracterizar a dimensão colaborativa da Aliança Terapêutica em sessões pré-dropout, numa perspetiva cognitivo-comportamental. Por este motivo no próximo ponto abordámos o papel da aliança no fenómeno de dropout.

1.2 O papel da Aliança terapêutica no fenómeno do *Dropout*

De um modo geral, *Dropout* é percebido como o abandono ou término prematuro por parte do cliente do processo terapêutico, sem o conhecimento ou acordo do terapeuta. Ou seja, os objetivos acordados não foram cumpridos e conseqüentemente, houve quebra na colaboração entre cliente e terapeuta (Luhllier & Nunes, 2004).

De uma forma mais particular, alguns autores definem o *Dropout* como o não comparecimento à primeira sessão, tendo em conta que esta foi agendada pelo cliente (Sales, 2003). Outros autores, consideram *Dropout* quando o cliente não coopera conforme o esperado pela terapeuta no decurso da terapia (Baekeland & Lundwall, 1975). Conjuntamente, este fenómeno pode ser caracterizado pelos seguintes factos: o não alcançar um número estimado de sessões terapêuticas previstas (Beckam, 1992; Benetti & Cunha, 2008) e o não comparecimento à última sessão de psicoterapia (Fiester & Rudestam, 1975).

Contudo, existe uma dificuldade em encontrar uma definição universal e consistente na literatura (Marron, 2004). A investigação revela-se inconsistente porque existem bastantes incongruências, nomeadamente: ao nível da constituição da amostra; das variáveis selecionadas e estudadas; do tempo e do momento em que é considerado abandono da psicoterapia (Sales, 2003). Por sua vez, criando limitações metodológicas, e até concebendo definições contraditórias, impedindo um consenso geral sobre a definição do fenómeno de *Dropout* (Baekeland & Lundwall, 1975; Hauck, Kruehl, Sordi, Sbardellotto, Cervieri, Moschetti, Schestatsky, Ceitlin, 2007; Kazdin & Mazurick, 1994).

Importa conhecer como este fenómeno se caracteriza, e perceber de que modo este influencia o processo terapêutico. Os estudos mostram que este fenómeno acontece frequentemente entre a 3ª sessão e a 10ª sessão (Baekeland & Lundwall, 1975; Uriaga, Almeida, Vianna, Santos & Botelha, 1997). De um modo geral, regista-se em média 30% a 60% de desistências do processo terapêutico (Reis & Brown, 1999). Mais especificamente, entre 20 % e 57 % dos clientes não aparecem na segunda consulta e de 31% a 56 % não comparecem até à 4ª sessão (Baekeland & Lundwall, 1975). De 35% a 40% dos clientes deixam de comparecer antes da primeira sessão e 70% antes da décima sessão (Rosenstein & Millazo-Sayre, 1981, citado por Mueller & Pekarrik, 2000).

Um estudo de Coutinho (2010), enquadrado no âmbito do desenvolvimento da Aliança Terapêutica e rupturas na relação terapêutica, revelou que a Aliança decresceu imediatamente antes de o cliente desistir da psicoterapia e verificou que Aliança Terapêutica

não aumentou após a quinta sessão, nos casos de *Dropout*.

Como já referimos em psicoterapia a dimensão da Aliança assume um papel muito importante. Uma Aliança Terapêutica positiva produz resultados terapêuticos igualmente positivos (Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Greenberg, 1994; Luborsky, 1994; Martin et al., 2000; Tryon & Winograd, 2001, 2002). Do mesmo modo, uma fraca aliança terapêutica está associada a resultados terapêuticos pobres, aumentando o risco de ocorrer o fenómeno de *Dropout* (Botelha, 2008; Beckam, 1992; Reis & Brown, 1999; Horvath & Bedi, 2002; Melo & Guimarães, 2005). A investigação mostra que uma Aliança Terapêutica pobre, pode significar uma maior probabilidade de ocorrer o desacordo face aos objetivos e às tarefas terapêuticas (Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons & Thompson, 2008; Baekeland & Lundwall, 1975). Posto isto, ao perceber como a Aliança Terapêutica influencia o processo terapêutico poder-se-á obter informação importante sobre o fenómeno do *Dropout* (Bentti & Cunha, 2008).

A Aliança Terapêutica é entendida como um processo contínuo de negociação entre o paciente e o terapeuta, no qual o paciente confia no terapeuta para que este o ajude no processo de mudança (Safran & Muran, 2006). Assim, o processo de negociação torna-se importante para promover o sentimento de responsabilidade no cliente sobre o seu próprio processo terapêutico, processo de mudança e permanência na terapia (Reis & Brown, 1999; Safran & Muran, 2000; 2006).

O fenómeno do *Dropout* pode acontecer quando o cliente sobrestima a capacidade do terapeuta para o ajudar. Por exemplo, quando o cliente é confrontado com novos desafios ou tarefas terapêuticas, isto é, o cliente ao criar expectativas elevadas sobre o terapeuta e a terapia entra em desacordo com os objetivos terapêuticos pré-estabelecidos. Por consequência, a Aliança tende a baixar, podendo ocorrer o abandono do processo terapêutico (Safran & Muran, 2006). Do mesmo modo, a interrupção do processo pode também ocorrer pela perceção do cliente da sua própria melhoria (Chielli & Enéas, 2000; Ribeiro & Mesquita, 2009). O cliente ao vivenciar novas experiências positivas intrapessoais e interpessoais está a promover o seu processo de mudança. Deste modo, pode entender que os objetivos terapêuticos já foram alcançados para si e abandonar o processo sem a negociação com o terapeuta, não o finalizando como o esperado (Ribeiro & Mesquita, 2009). Neste sentido, é importante que exista um envolvimento colaborativo entre o terapeuta e o cliente, para o desenrolar adequado da finalização do processo terapêutico. Quando o cliente, de forma unilateral, decide abandonar o processo terapêutico, pode sentir a necessidade no futuro de voltar a procurar novamente ajuda, mas a descontinuidade do processo não é vantajosa para o cliente é importante compreender porque é que ela

acontece (Goldenberg, 2002).

Posto isto, esta investigação focar-se-á na dimensão colaborativa da aliança terapêutica para perceber, a um nível micro-analítico, como a interação mútua da diáde se associa ao fenómeno da *Dropout*. Isto é, procura-se perceber como se caracteriza colaboração terapêutica em sessões terapêuticas pré-dropout de processos terapêuticos que seguiram uma abordagem cognitivo-comportamental

1.3 Aliança Terapêutica e colaboração entre o terapeuta e o cliente

Partindo do conceito de colaboração mútua associada à definição de Aliança terapêutica, Ribeiro e colaboradores (2011) procuraram contribuir para responder à questão de como a aliança se torna terapêutica (Horvath, 2006). Especificamente, estes analisaram a natureza colaborativa da aliança terapêutica subjacente ao conceito de Bordin. Procurando compreender a Aliança Terapêutica enquanto micro-processo de mudança (Ribeiro, 2009).

Ribeiro e colaboradores (2011), entendem a Aliança terapêutica como um produto de co-construção que promove a colaboração terapêutica entre cliente e terapeuta. Tendo em conta, que esta dimensão colaborativa é transversal à maioria dos conceitos teóricos e é considerada muito mais do que uma variável mediadora no processo para a mudança (Ribeiro, 2009). Estes autores propõem entender o conceito de Aliança a um nível micro, mais propriamente a dimensão colaborativa da Aliança Terapêutica. De certo modo, a finalidade é ultrapassar a ideia de que a Aliança terapêutica pode ser apenas uma pré-condição do trabalho terapêutico, até mesmo, que depende apenas de fatores do cliente ou do terapeuta, ou mesmo, ser considerada apenas como uma variável mediadora (Ribeiro, 2009).

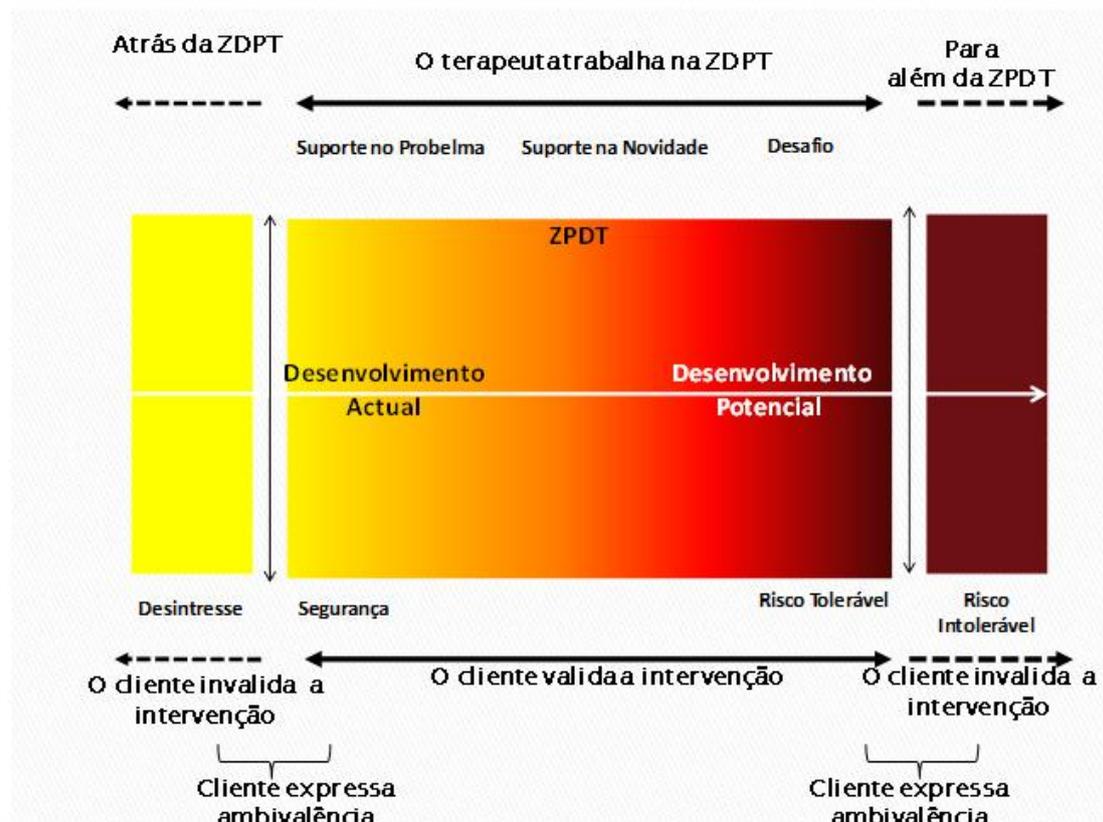
Para Ribeiro e colaboradores (2011), a colaboração terapêutica é representada por uma coordenação de ações do terapeuta e do cliente que constitui um micro-processo de mudança, contextualizado momento-a-momento na conversação terapêutica. Esta definição de colaboração assume contornos diferenciados em função dos poderes e das responsabilidades conferidas ao terapeuta e ao cliente, permitindo esbater diferenças entre as escolas teóricas ou modelos (Ribeiro, 2009).

Neste sentido, Ribeiro e colaboradores (2011) utilizaram o conceito de Zona Desenvolvidamental Proximal Terapêutica - ZDPT proposto por Leiman e Stiles (2001), na construção do seu modelo teórico e metodologia.

Leiman e Stiles (2001), no âmbito do seu modelo de assimilação das experiências problemáticas, recuperam o conceito proposto por Vygosky (1978) de “Zona Desenvolvemental Proximal” e sobrenomearam-no como “Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica” – ZDPT. Estes autores, entendem o conceito de Zona Proximal de Desenvolvimento Terapêutica como a distância entre o nível de desenvolvimento atual do cliente e o nível de desenvolvimento potencial, que o cliente poderá atingir em colaboração com o terapeuta (Leiman & Stiles, 2001; Ribeiro et al., 2011). Para estes autores, a Zona Desenvolvimento Proximal Terapêutica, parece estar relacionada com o poder de resposta do terapeuta, em que os terapeutas ajustam as suas intervenções às respostas do cliente. Posto isto, *“o cliente e o terapeuta trabalham numa ação conjunta para promover o progresso terapêutico, utilizando as ferramentas que dispõe no âmbito da sua abordagem teórica”* (Gabalda & Stiles, 2009, p. 201). Por sua vez, o cliente ao solicitar ajuda está a procurar trabalhar a sua ZDPT e com o auxílio do terapeuta, conseguirá contornar obstáculos ou desafios da sua existência, para os quais sozinho se perceberia incapaz de resolver.

O modelo teórico de Ribeiro e colaboradores (2011), realça a natureza bidirecional da colaboração terapêutica e fundamenta-se no pressuposto da coordenação de ações terapêuticas. Esta conceptualização, subentende que a mudança terapêutica ocorre através da utilização de estratégias por parte do terapeuta que ajudam o cliente a mover-se no seu estado atual, para o seu estado potencial. Por isso, para estes investigadores (2011) a ZDPT é definida por uma margem de segurança, de novidade e zona de ameaça/invalidação. As intervenções do terapeuta podem ser de suporte na novidade ou suporte no problema e de desafio. Por outro lado, as ações do cliente podem ser de segurança, de risco tolerável, de ambivalência e de risco intolerável. As respostas do cliente às intervenções do terapeuta, vão permitir perceber se o trabalho terapêutico é realizado, dentro, no limite ou fora da ZDPT (Figura 1).

Figura 1: Zona Desenvolvimento Proximal Terapêutica



Fonte: Retirado e traduzido de Ribeiro et al. (2011), com autorização dos autores.

Assim, quando o terapeuta trabalha dentro da ZDPT, o cliente valida as suas intervenções, tendo uma experiência de segurança ou então de risco tolerável, aceitando de forma direta ou indireta a perspetiva oferecida pelo terapeuta acerca da sua experiência. Deste modo, o cliente precisa de se sentir seguro para aceitar um desafio do terapeuta e depois explorar potenciais experiências de novidade. A zona de novidade é caracterizada pela co-reconstrução de significados das experiências do cliente, significados partilhados com o terapeuta. (Ribeiro, 2009). Isto é, o terapeuta tenta criar novas oportunidades de aprendizagem, para que o cliente possa atingir uma mudança pessoal. Por consequência, o cliente passa a criar novas perspetivas acerca da sua experiência pessoal, e construir novos significados acerca de si e do mundo (Leiman & Stiles, 2001). Baseando-se no trabalho desenvolvido por Gonçalves, Matos & Santos (2009), sobre mudança narrativa em psicoterapia, em que a experiência de novidade é entendida como momentos de inovação face a uma narrativa problemática e dominante, Ribeiro e colaboradores (2011) usam o termo inovação para significar esta experiência de novidade.

A resposta do cliente de invalidação pode ocorrer devido ao facto do cliente não conseguir acompanhar o terapeuta à medida que este tenta exceder a capacidade atual do cliente para mudar. Esta resposta do cliente significa que o terapeuta começa a trabalhar fora da ZDPT, favorecendo a experiência de risco intolerável no cliente, e resistência em aceitar novas perspectivas acerca da sua experiência problemática. O terapeuta pode também trabalhar fora da ZDPT quando persiste em promover um nível desenvolvimental já conseguido e alcançado pelo cliente. Neste caso, o cliente pode invalidar as intervenções do terapeuta por desinteresse. Assim, quando o terapeuta trabalha fora da ZDPT, o terapeuta assume uma posição anterior ou posterior referente ao potencial desenvolvimento do cliente. Quando se encontra numa posição anterior provoca desinteresse no cliente e quando se coloca numa posição posterior provoca risco intolerável no cliente (Ribeiro, et al. 2011).

De uma outra forma, quando o terapeuta trabalha no limite da ZDPT, o cliente experiência ambivalência, ou seja, o cliente começa por experienciar alguma ansiedade ou risco face às propostas do terapeuta, o que o impede de as aceitar, mas posteriormente, avança de acordo com a intervenção do terapeuta, ou vice-versa. Inicialmente o cliente consegue aceitar a intervenção do terapeuta no sentido de avançar face à inovação, mas depois, acaba por voltar e manter o seu quadro de referência mal-adaptativo (Ribeiro, et al. 2011).

Tendo em conta a conceptualização de Ribeiro e colaboradores (2011), o objetivo principal desta investigação é caracterizar a colaboração terapêutica, na sessão terapêutica imediatamente anterior ao fenómeno de *Dropout*. Para prosseguir este objetivo, estudou-se momento-a-momento, no contexto da sessão a interação da diáde, do, *Sistema de Codificação da Colaboração terapêutica – SCCT* (Ribeiro et al., 2011), que possibilita a identificação de diferentes tipos de episódios de interação associados ao processo de mudança do cliente.

2. ESTUDO EMPÍRICO

2.1 Metodologia

Esta investigação, enquadrou-se no âmbito do trabalho de Ribeiro et al. (2011). Nesta dissertação, foram conjugadas análises qualitativas e análises quantitativas, de acordo com uma abordagem de estudo misto. A análise qualitativa foi caracterizada pela categorização das interações terapêuticas entre terapeuta – cliente, através do *Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica - SCCT* (Ribeiro et al., 2011). Por sua vez, a análise quantitativa foi efectuada através da utilização do programa *Gridware – State Space Grids*, com o qual foi possível obter os atractores dos episódios, onde retratam 80% da duração dos movimentos interativos da díade no contexto intra-sessão (Ribeiro, et al. 2011).

2.2 Questões de Investigação

A questão principal deste estudo é, *Como se caracteriza a colaboração terapêutica na última sessão de casos de Dropout, cuja terapia se orientou por uma abordagem cognitivo – comportamental?*

De modo a especificar a questão central deste estudo, definimos algumas questões específicas:

Que tipo de intervenções do terapeuta são mais frequentes?

Que tipo de resposta do cliente são mais frequentes?

Que tipo de episódios interativos são mais frequentes?

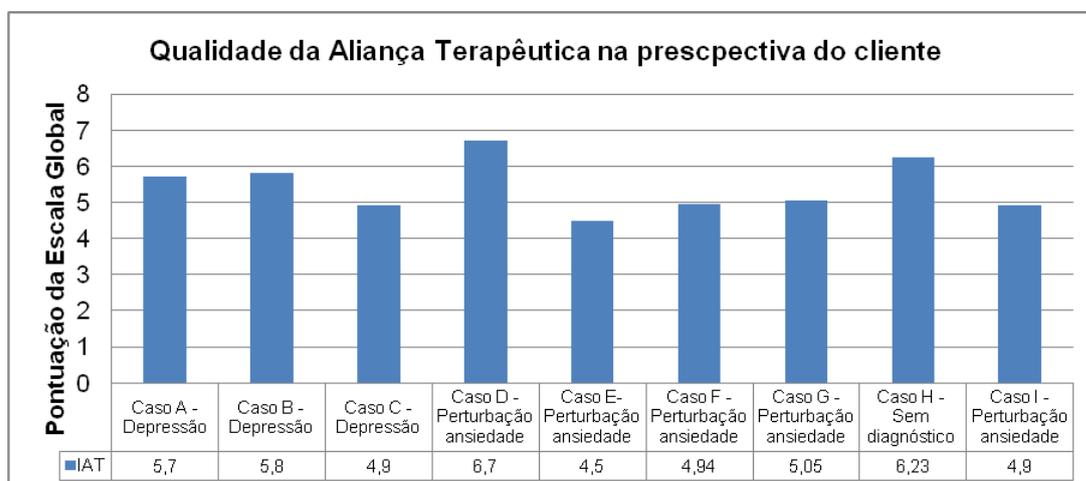
Em que tipo de episódios interativos o terapeuta e o cliente permanecem mais tempo ao longo da sessão?

2.3 Participantes

Os participantes deste estudo foram selecionados de uma base de dados construída no âmbito de um estudo prévio, realizado por Coutinho (2010)¹, sobre o desenvolvimento da aliança terapêutica e avaliação das ruturas na relação terapêutica. Esta base de dados inclui casos clínicos que tendo sido atendidos no Serviço de Psicologia da Universidade do Minho, aceitaram participar no projeto de investigação sobre “Relação Terapêutica e Mudança em Psicoterapia”, coordenado pela Prof. Eugénia Ribeiro. Dos 19 casos de Dropout recolhidos por Coutinho (2010), foram selecionados 9 casos para este estudo, 8 diagnosticados com perturbação do eixo I (3 com perturbação depressiva e 5 com perturbação de ansiedade) e 1 sem diagnóstico, excluindo-se todos os casos cujo diagnóstico incluía traços ou perturbação do eixo II. A avaliação do diagnóstico de todos os casos que participaram neste estudo foi efetuada com base na administração da SCID- I (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997).

Dos 9 casos de *Dropout* que participaram neste estudo, 4 casos são do sexo masculino (44%) e 5 casos são do sexo feminino (56%), com uma média de idade de 23,37 ($SD=8.42$). Foi registado o abandono da terapia entre a 3^a sessão e a 5^a sessão em 4 casos (44%), e entre a 6^a sessão e a 11^a sessão nos restantes 5 casos (56%). Um outro critério de seleção dos casos para este estudo foi a descida da qualidade da aliança da penúltima sessão para a última (pré-dropout). Apesar desta descida todas sessões analisadas apresentam um valor de aliança superior ao ponto médio da escala (Gráfico 1).

Gráfico 1: Qualidade da Aliança Terapêutica na sessão anterior ao *Dropout*, na perspectiva do cliente.



¹ Os casos clínicos foram recolhidos por Coutinho (2010), com o consentimento do terapeuta e do cliente. Nesta investigação é garantida a total confidencialidade sobre a identidade dos clientes e dos terapeutas.

2.4 Terapeutas e Terapia

Os terapeutas participantes neste estudo tinham formação e experiência em terapia comportamental e cognitiva, que variava entre 1 a 5 anos de experiência. Todos os terapeutas tiveram supervisão semanal dos casos atendidos por parte de um terapeuta sénior.

Todos os processos terapêuticos observados neste estudo seguiram uma abordagem cognitiva – comportamental. Seguindo os princípios orientadores da terapia comportamental e cognitiva, cada processo diferencia-se pela aplicação das estratégias dirigidas para o tipo de perturbação específica. A regularidade das sessões terapêuticas foi semanal.

2.5 Juízes

Nesta investigação a equipa era composta por três juízes: aluna de mestrado na área de especialização de psicologia clínica (juiz 1), aluno de doutoramento na área de especialização de psicologia clínica (juiz 2), e por uma colega recém-formada no mestrado de área de especialização de psicologia clínica, que por sua vez já tinha recebido o treino de SCCT (juiz 3).

A investigadora responsável pela transcrição, codificação das sessões é aluna do 5º Ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica da Universidade do Minho. Recebeu formação e treino no Sistema de codificação da colaboração terapêutica.

Adicionalmente, 30% das sessões do caso foram também codificadas por uma segunda juíza, que terminou o seu Mestrado Integrado na mesma área no ano transato e que recebeu igualmente formação e treino no SCCT.

2.6 Instrumentos

2.6.1 Aliança Terapêutica: *Inventário da Aliança terapêutica* – IAT

Aliança Terapêutica: *Inventário da Aliança terapêutica* – IAT (Machado & Horvath, 1999; versão portuguesa do Working Alliance Inventory; Horvath & Greenberg, 1989). Entre as medidas de aliança usadas por Coutinho (2010), neste estudo recolhemos a informação relativa à avaliação da aliança terapêutica com base na versão portuguesa adaptada por Machado e Horvath (1999). Este instrumento é constituído por 36 itens que avalia especificamente a qualidade da Aliança Terapêutica. Contém 3 subescalas, com base na conceptualização de Bordin (1979), alusivas ao acordo das tarefas, ao acordo dos objetivos e ao desenvolvimento do vínculo. Em cada subescala existe 12 itens de tipo *likert* (desde, 1 “nunca” a 7 “sempre”). O somatório das pontuações de todos os itens permite obter uma pontuação global e uma pontuação parcial para cada subescala. Altas pontuações indicam alta qualidade da aliança terapêutica. O IAT apresenta um *Alpha de Cronbach* de 0.95 para a escala total, 0.93 para a escala do acordo de tarefas, 0.80 para a escala do acordo de objetivos e 0.87 para a escala do desenvolvimento do vínculo. Os índices de fidelidade possuem valores muito próximos à versão original de Horvath (1982). Este instrumento possui três versões: a do cliente, a do terapeuta e a do observador. Neste estudo, apenas foi considerada a versão cliente, administrada no fim da sessão anterior ao *Dropout*.

2.6.2 Colaboração Terapêutica: Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica

Colaboração Terapêutica: Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (Ribeiro, E., Ribeiro, A.P., Gonçalves, M., 2010). No presente estudo, o Sistema de Codificação da Colaboração terapêutica - SCCT foi utilizado para analisar a um nível micro – analítico a colaboração terapêutica. De acordo com os procedimentos deste sistema de codificação a unidade de análise consiste num par de falas adjacentes do cliente e do terapeuta, sendo que cada unidade de análise é contextualizada pela interação diádica anterior e pela globalidade da sessão terapêutica. Este instrumento, permite uma análise momento – a – momento da colaboração entre terapeuta e cliente. Esta colaboração tem em consideração as intervenções do terapeuta de suporte na inovação, suporte no problema ou de desafio, e as respostas do cliente de invalidação, validação ou de ambivalência. Com base no cruzamento das intervenções do terapeuta e respostas do cliente, este sistema de

codificação, possibilita identificar episódios interativos dentro, fora e no limite da Zona Desenvolvimento Proximal Terapêutica.

As intervenções do terapeuta são especificadas por marcadores de suporte ou de desafio (ver quadro 1).

Quadro 1: Marcadores do Terapeuta no Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica - SCCT

Intervenção do terapeuta ²	
Suporte No Problema Suporte Na Novidade	Desafio
Reflexão	Interpretação
Confirmação	Confronto
Sumarização	Procura evidência de mudança
Demonstração interesse/atenção	Convidar adotar uma nova perspectiva
Questionamento aberto	Convidar a pôr em prática uma ação diferente
Encorajamento mínimo	Convidar a imaginar cenários hipotéticos
Específica informação	Convidar a mudar o nível de análise
	Dar visibilidade
	Debater as crenças do cliente

Fonte: Retirado e traduzido de Ribeiro, et al. (2011), com autorização dos autores.

As respostas do cliente são especificadas por marcadores de validação, invalidação e de ambivalência (ver quadro 2). Os marcadores de validação são caracterizados por respostas do cliente que refletem experiências de segurança ou de risco tolerável face às intervenções do terapeuta. Os marcadores de invalidação refletem experiências de desinteresse ou de risco intolerável do cliente. A resposta de ambivalência é caracterizada por uma oscilação entre aceitação e a não aceitação da intervenção do terapeuta, isto é, o cliente fica indeciso se deve ou não aceitar a nova perspectiva oferecida pelo terapeuta acerca da sua experiência. Estes marcadores permitirão identificar a natureza colaborativa de cada

² Existe um marcador denominado *Guidance que é neutro*, e toma automaticamente o sentido do marcador da intervenção anterior, este marcador é utilizado quando o terapeuta orienta ou instrui as tarefas da sessão, ou fornece informação enquanto perito na área.

interação diádica, identificando episódios dentro da ZDPT, episódios fora da ZDPT e episódios no limite da ZDPT.

Quadro 2: Marcadores do Cliente no Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica - SCCT

Resposta do cliente ³				
Validação		Invalidação		Ambivalência
Segurança	Risco tolerável	Desinteresse	Risco intolerável	Ambivalência
Confirma Fornecer informação	Elabora Reformula as suas próprias ideias	Expressa confusão Foco/ persistência na crença mal – adaptativa Defesa do próprio ou desencontro com a intervenção do terapeuta Processo de negação Auto-criticismo e/ou desânimo Falta de envolvimento na resposta Saltar de tópico Desconexão tópico/foco <i>Storytelling</i> e/ou foco na reação de outros resposta sarcástica		Aceitação da intervenção do terapeuta seguida de retorno ao problema Persistência na perspetiva habitual seguida da intervenção do terapeuta

Fonte: Retirado e traduzido de Ribeiro, et al. (2011), com autorização dos autores.

Através do cruzamento dos marcadores das intervenções do terapeuta com os marcadores da resposta do cliente, identificam-se 15 tipos de episódios interativos que se distribuem por 7 níveis diferentes por referência à Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ver quadro 3).

³ Existe um marcador neutro denominado Clarificação, que toma o sentido da resposta anterior do cliente, este marcador é utilizado quando o cliente pede um esclarecimento sobre a intervenção efetuado pelo terapeuta.

Quadro 3: Episódios interativos possíveis de acordo com o Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica e sua localização na ZDPT

		Identificação de episódios					
		Atrás da ZDPT		Dentro da ZDPT Atual → Potencial		No limite da ZDPT	À frente da ZDPT
		Invalidação		Validação		Ambivalência	Invalidação
Intervenção do Terapeuta	Atual	Episódio Não Colaborativo – Desinteresse	Episódio Colaborativo – Segurança	Episódio Colaborativo – Risco Tolerável	Ambivalência	Episódio Colaborativo – Risco Intolerável	
	↓	Episódio Não Colaborativo – Desinteresse	Episódio Colaborativo – Segurança	Episódio Colaborativo – Risco Tolerável	Ambivalência	Episódio Colaborativo – Risco Intolerável	
	Potencial	Episódio Não Colaborativo – Desinteresse	Episódio Colaborativo – Segurança	Episódio Colaborativo – Risco Tolerável	Ambivalência	Episódio Colaborativo – Risco Intolerável	
Resposta do Cliente							

	Cliente à frente do terapeuta, fora da ZDPT
	Cliente é frente do terapeuta, no limite da ZDPT
	Terapeuta à frente do cliente, dentro da ZDPT
	Cliente à frente do terapeuta, dentro da ZDPT
	Terapeuta e cliente ao mesmo nível, dentro da ZDPT
	Terapeuta à frente do cliente, no limite da ZDPT
	Terapeuta à frente do cliente, fora da ZDPT

Fonte: Retirado e traduzido de Ribeiro, et al. (2011), com autorização dos autores.

Os episódios que descrevem o nível em que o cliente está à frente do terapeuta e fora da ZDPT são o suporte no problema – desinteresse, o suporte na novidade – desinteresse e o desafio – desinteresse. O nível em que o cliente está à frente no terapeuta no limite da ZDPT é caracterizado pelo episódio do suporte no problema – ambivalência. O episódio de desafio – segurança identifica o nível em que o terapeuta esta à frente do cliente dentro da

ZDPT. O nível em que o cliente está à frente do terapeuta é expresso pelos episódios de suporte no problema – risco tolerável e suporte na novidade – risco tolerável. Os episódios de suporte na novidade – segurança, desafio – segurança e desafio – risco tolerável identificam o nível em que o terapeuta e o cliente estão ao mesmo nível dentro da ZDPT. O nível em que o terapeuta está à frente do cliente no limite da ZDPT é representado pelos episódios de suporte na novidade – ambivalência e desafio – ambivalência. E por fim quando o terapeuta está a frente do cliente fora da ZDPT, os episódios que caracterizam este nível são o suporte no problema – risco intolerável, o suporte na novidade – risco intolerável e desafio-o risco intolerável.

2.7 Procedimento

Após a seleção dos casos, a partir do estudo de Coutinho (2010), as sessões foram transcritas na íntegra. Para proceder ao passo seguinte, a codificação, foi necessário observar todas as sessões anteriores a cada caso, para entender e caracterizar a sua problemática. Realizou-se uma grelha de observação que tinha como foco encontrar indicadores de problemas e indicadores de inovação no discurso do cliente. Este passo foi importante para informar o grupo de juízes sobre o problema e sobre a novidade que emergiu ao longo do processo de modo a permitir a codificação da última sessão, de acordo com os vários marcadores do sistema.

Paralelamente foi efetuado o treino no *Sistema de Codificação de Colaboração Terapêutica* – SCCT (Ribeiro, et al., 2011). Este treino foi caracterizado por reuniões semanais, com duração de 4 horas, ao longo de aproximadamente 6 meses. A equipa de investigação, iniciou o treino com base em sessões previamente cotadas e auditadas, posteriormente codificou sessões de treino até que fosse alcançado um acordo inter-juizes superior de 70% na codificação de sessões treino. Este processo de codificação estabelece que tenha de existir pelo menos uma equipa de 2 juízes independentes, sendo calculado o grau de acordo entre eles em relação aos marcadores de codificação do terapeuta e do cliente com base no *Cohen's kappa*, calculado através do programa de estatística SPSS – *Statistical Program For Social Sciences – version 17.0*). Todo este processo de codificação é revisto por um auditor experiente no SCCT. Como Juiz 1 não conseguiu atingir o grau de acordo de 70% nas sessões treino com o Juiz 2 e Juiz 3. O juiz 2 e o Juiz 3 partiram para a codificação independente das sessões. Mas o Juiz 1 acompanhou e codificou todas as sessões da investigação, com o intuito de continuar o treino, e por fim conhecer e manusear

adequadamente o sistema de codificação, apesar de as suas codificações não terem sido usadas para esta investigação.

O processo de codificação das sessões incluiu duas tarefas. A primeira tarefa, exigiu que todos os juízes lessem atentamente a transcrição e a grelha de observação de cada caso que codificaram. De modo a poderem caracterizar de forma independente a problemática de cada caso. Posteriormente os juízes reuniram-se para discutir e chegarem acordo sobre a problemática do cliente. Na segunda tarefa, cada juiz fez a sua codificação independente de 30% de amostra (Caso A, Caso C, Caso F) e calculou-se o acordo entre pares de juízes. O valor de acordo entre os juízes 2 e 3 para os marcadores do terapeuta foi de 0.97 e para os marcadores do cliente o acordo foi de 0.91. Os desacordos nas codificações são resolvidos através da metodologia de consenso e posterior recurso à auditoria orientada. Do par que tivesse maior acordo decidia-se o juiz que iria codificar de forma independente e individual os restantes 70% da amostra, neste caso foi o Juiz 2.

Todos os dados obtidos nas codificações foram analisados e trabalhados posteriormente pela investigadora principal (Juiz 1).

2.7.1 Análise de dados

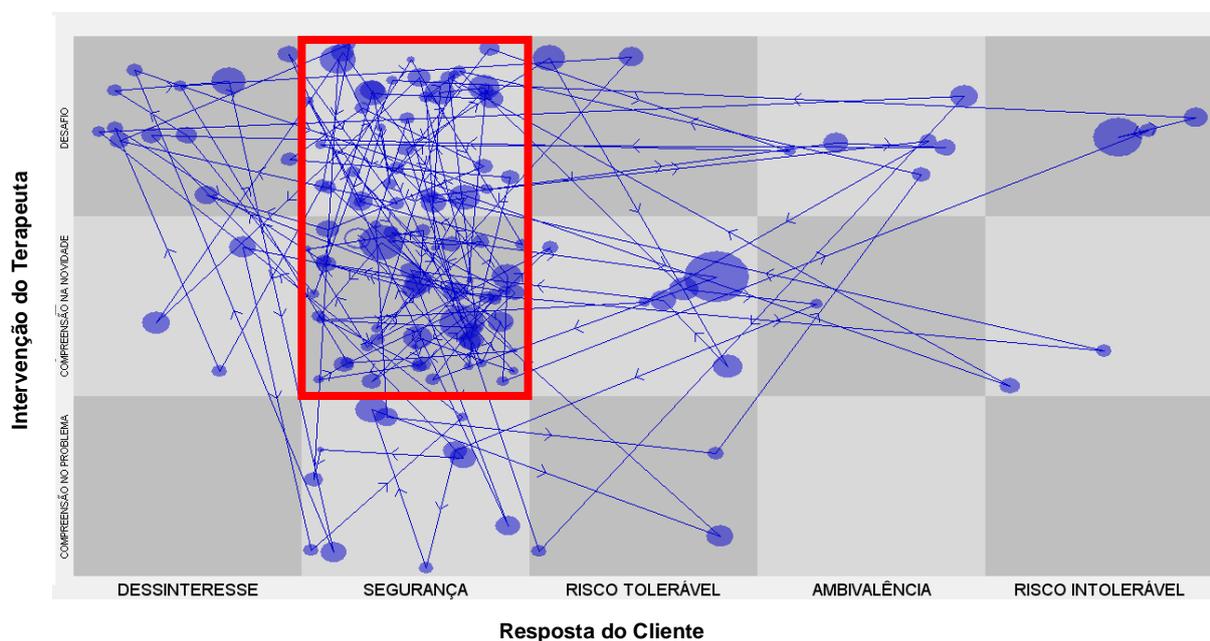
O programa, State Space Grids – SSGs versão 1.1 (Lamey, Hollestein, Lewis, & Granic, 2004) foi utilizado para caracterizar a colaboração terapêutica ao nível da intra-sessão, considerando os possíveis movimentos da díade na Zona Desenvolvimento Proximal Terapêutica. Este método do State Space Grids (Lewis, Lamey, & Douglas, 1999), foi inicialmente proposto no âmbito da psicologia do desenvolvimento para o estudo de duas ou mais series sincronizadas, tendo em conta, que as duas séries de dados consideradas constituíam um sistema dinâmico, com um número finito de estados possíveis, denominado por *State Space* (Thelen & Smith, 1994, Citados por Lewis, 2000), registando um número finito de estados saturados (80%).

Nesta investigação as series sincronizadas são a intervenção do terapeuta (eixo Y) e a resposta do cliente (eixo X). Existe uma grelha constituída por 15 células que permitirá seguir as trajetórias interativas da díade ao longo do processo, cada célula representará um tipo de episódio e dará informação sobre a duração de cada episódio em termos de número de palavras. As linhas representaram as transições e o sentido entre episódios e as setas representaram a orientação. O círculo vazio na grelha representará o primeiro episódio

aparece na interação da diáde e os círculos preenchidos iram assinalar o início de cada episódio interativo da diáde ao longo do processo (ver figura ilustrativa 2).

Esta metodologia permitiu identificar os atractores, que são um número reduzido de estados que representam os episódios interativos centrais da diáde, saturando 80 % da sessão (Lewis et al., 1999). Isto é, 80 % das interações do terapeuta e do cliente situam-se num ou vários atractores. Deste modo, percebeu-se quais os movimentos interativos da diáde mais duradouros ao longo da sessão anterior ao *Dropout*.

Figura 2: Grelha ilustrativa do caso A da 8ª sessão, com os atractores assinalados



Nesta figura percebemos que o terapeuta e o cliente passaram mais de 80 % da sessão a interagir no desafio – segurança e suporte na novidade – segurança, e trabalharam dentro da ZDPT. E os movimentos da diáde foram caracterizados pelo trabalho do terapeuta à frente do cliente dentro da ZDPT ou do trabalho do terapeuta ao mesmo nível do cliente na ZDPT.

Por fim, recorreu-se ao sistema informático Microsoft Office Excel, 2007®, para o cálculo dos índices e frequências dos episódios interativos da diáde, para efetuar uma análise estatística de natureza descritiva.

2.8 Apresentação Dos Resultados

2.8.1 Índices e Frequências de episódios interativos que caracterizam a Colaboração Terapêutica na última sessão pré-dropout.

De modo a responder à questão geral de investigação e às questões específicas, 1, 2 e 3, calculámos as frequências de cada intervenção e resposta e de cada episódio interativo e por fim calculamos os índices de colaboração considerando os episódios por referência à ZDPT em cada sessão. Assim, os índices⁴ de colaborações referem-se à frequência relativa dos episódios dentro, fora ou no limite da ZDPT. Os episódios colaborativos são caracterizados por aparecerem dentro da ZDPT, enquanto os episódios não – colaborativos encontram-se fora da ZDPT e os episódios de ambivalência situam-se no limite da ZDPT.

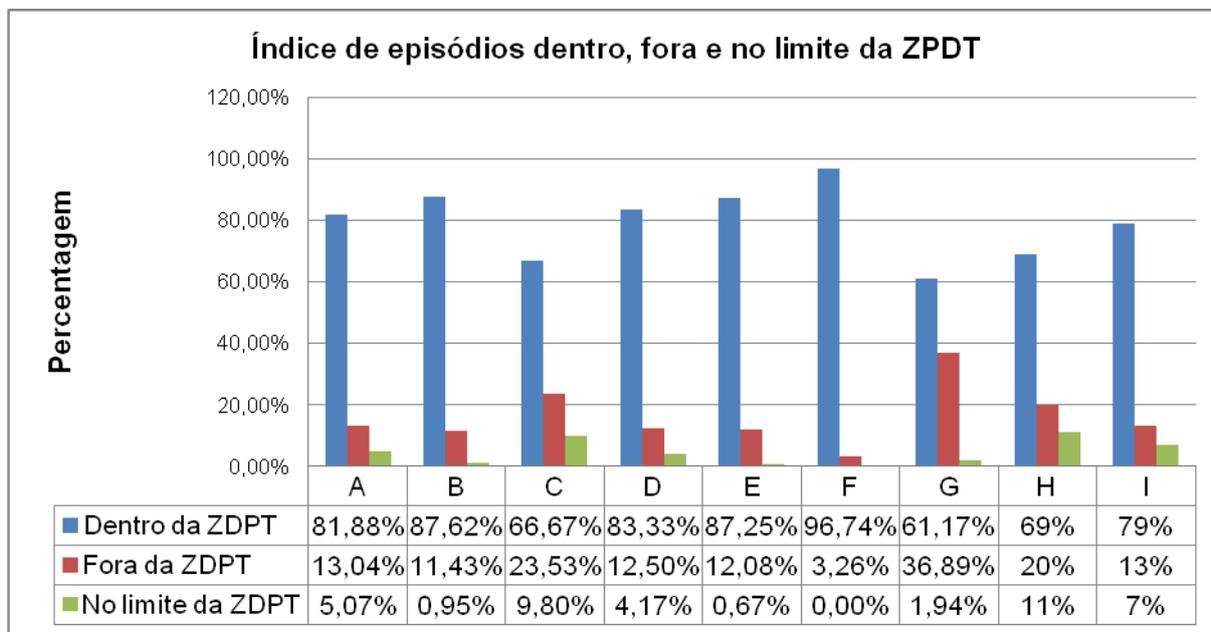
O gráfico 2, mostra que, em todas as sessões analisadas, o maior índice corresponde aos episódios situados dentro da ZDPT. Os índices de episódios dentro da ZDPT variam entre 61,767 % (caso F, perturbação de ansiedade) e 87,25 % (caso B, depressão). Podemos verificar através destes resultados, que as ações do terapeuta e do cliente tendem a ser coordenadas, isto é, o cliente valida as propostas do terapeuta e o terapeuta consegue acompanhar a experiência do cliente, compreendendo-a ou promovendo a sua mudança dentro de um nível aceitável pelo cliente. Os índices de episódios fora da ZDPT variam entre 3,26 % e 36,89 % Isto quer dizer que, em algumas sessões há muito poucas interações não colaborativas e em outras essa não colaboração é bastante maior. Note-se que esta não colaboração ou interação fora da zona decorre essencialmente de uma menor frequência de respostas de invalidação por parte do cliente o que pode significar que o terapeuta consegue perceber até onde o cliente consegue arriscar e não faz propostas além desse limite. O caso com maior índice de episódios fora da ZDPT é o caso G, com perturbação de ansiedade. Foi o caso que registou mais desacordo com a intervenção do terapeuta e o terapeuta fez um trabalho atrás ou à frente da ZDPT. O caso com menor índice de episódios fora da zona foi o caso F, igualmente com perturbação de ansiedade.

Os índices de episódios no limite da ZDPT, são caracterizados pela percentagem mínima de 0% (caso F, perturbação de ansiedade) e a percentagem máxima de 11% (caso H, sem diagnóstico). No caso H, cuja sessão incluiu a percentagem máxima referente aos episódios de ambivalência, o cliente oscilou frequentemente entre aceitar da nova perspetiva oferecida

⁴ O valor foi obtido pela divisão do número total de episódios dentro da ZDPT/ fora da ZDPT/ no limite da ZDPT pelo número total de episódios da mesma sessão.

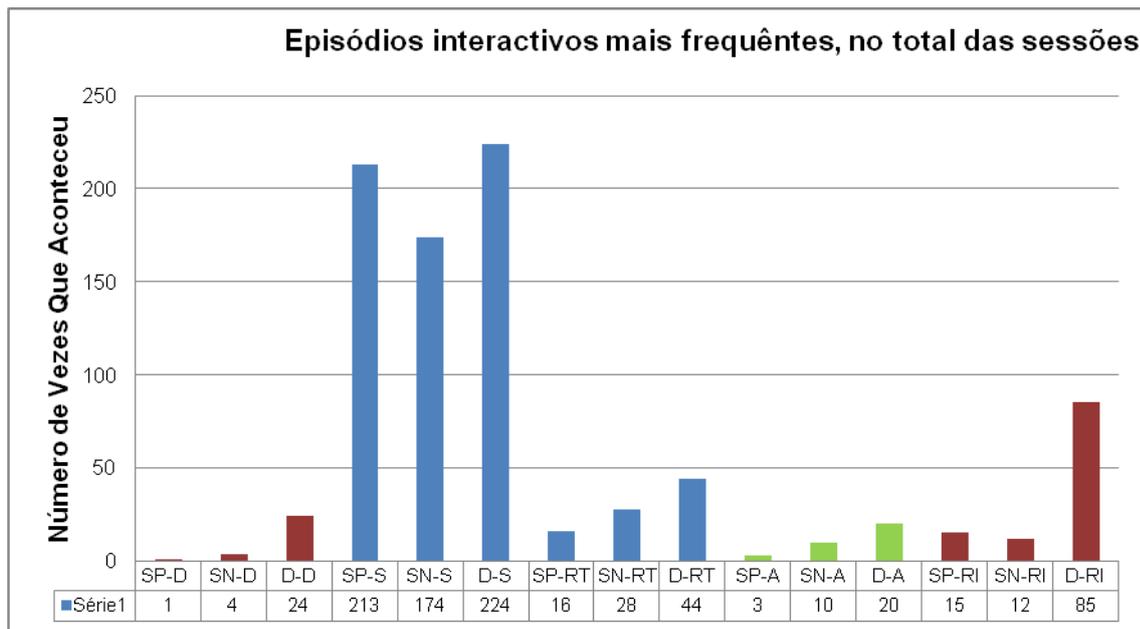
pelo terapeuta e manter a sua perspectiva habitual. Genericamente, os valores registados nos episódios de ambivalência são baixos quando comparados com os episódios dentro da ZDPT ou fora da ZDPT.

Gráfico 2: Índices de episódios por referência à ZDPT e por cada caso estudado, na ZDPT



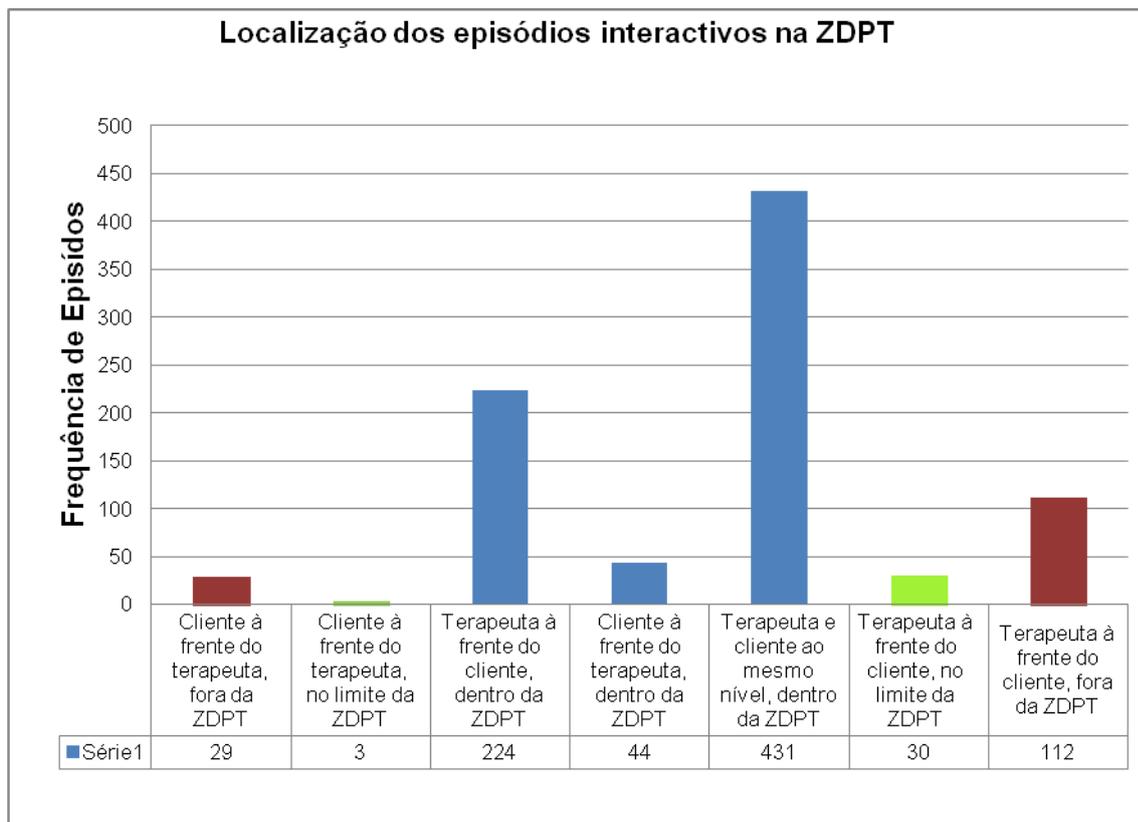
No geral, o que percebemos através da análise de dados do gráfico 3, é que os clientes ao longo da sessão anterior ao Dropout, tendem a privilegiar respostas que indicam, experiência de segurança. Nestas respostas, o cliente aceita as propostas do terapeuta e/ou fornece informação sobre a sua problemática mantendo-se no nível de desenvolvimento atual ou de menor risco da ZDPT. Por seu lado, os terapeutas, mesmo quando trabalham dentro da ZDPT, diversificam as suas intervenções entre suporte na novidade, suporte no problema e desafio. No entanto, podemos verificar que a intervenção mais frequente do terapeuta dentro da ZDPT é de desafio (D-S n= 224). Note-se que ainda existe um número considerável, 85 de episódios, em que os terapeutas desafiam a perspectiva habitual do cliente e estes invalidam estas intervenções dos terapeutas, revelando experiência de risco intolerável.

Gráfico 3: Frequências diferentes tipos de episódios interativos, no total das sessões.



Observando os gráfico 3 e 4, é possível perceber quais as interações mais frequentes da diáde, nos possíveis 7 níveis distintos de interação por referência a ZDPT. Ao longo da sessão, sendo mais frequente o terapeuta e o cliente trabalharem dentro da ZDPT, é também mais frequente o cliente e o terapeuta trabalharem ao mesmo nível (SN-S; SP-S; e D-RT $n= 431$ episódios), seguindo-se os episódios em que o terapeuta trabalha à frente do cliente (D-S $n= 224$) e por último, raramente o cliente responde num nível à frente da proposta do terapeuta (SP-RT; $n= 16$). Quando consideramos os episódios interativos fora da ZDPT, notamos que é também mais frequente o terapeuta intervir à frente do nível do cliente (SP-RI; SN-RI; D-RI; $n= 112$) do que o contrário. Os episódios no limite da ZDPT ocorrem principalmente à frente da ZDPT e por resposta à intervenção do terapeuta de desafio (D-A, $n= 20$). É mínimo ou quase nulo o número de vezes ($n=3$) que o cliente trabalha à frente do terapeuta no limite da ZDPT.

Gráfico 4: Posição relativa do terapeuta e cliente no contexto dos episódios interativos e na ZDPT



Considerando a caracterização da colaboração terapêutica nas sessões analisadas e descrita anteriormente, optámos por ilustrar os episódios interativos que reúnem pelo menos 2 dos três indicadores mais consistentes na caracterização da colaboração em sessões pré-dropout, ou seja, são episódios dentro da ZDPT, em que o terapeuta trabalha à frente do cliente ou no mesmo nível e em que o cliente responde com segurança. Dado que o facto de o terapeuta trabalhar ao mesmo nível do cliente parece ser um descritor consistente da colaboração nestas sessões, incluímos também um episódio em que a interação é deste tipo mas fora da ZDPT. Assim, apresentamos de seguida de extratos de interações terapêuticas das sessões analisadas relativas aos seguintes tipos de episódios: Desafio - segurança; Suporte na Novidade – Segurança; Suporte no problema - Segurança e Desafio – Risco Intolerável.

Ilustração clínica 1: Terapeuta à frente do Cliente, dentro da ZDPT: Desafio - Segurança

Caso A, Depressão - 8ª sessão

Neste episódio, o terapeuta e o cliente trabalharam sobre o tema das relações familiares. Mais propriamente, como o cliente se identificava nos outros membros da família.

Terapeuta: Hum, hum...Como é que acha que era a reação dele (Irmão)? Não ia ser tão negativo?

O terapeuta desafia convidando o cliente a mudar o seu nível de análise.

Cliente: Sim provavelmente sim, imagino, não faço ideia...

O cliente valida a intervenção do terapeuta fornecendo informação.

...

Terapeuta: Esqueci-me de questionar nesse episódio específico foi mais otimista ou foi mais pessimista?

O terapeuta volta a desafiar, convidando novamente o cliente a mudar o seu nível de análise.

Cliente: Se calhar mais otimista...

O cliente valida a intervenção do terapeuta fornecendo informação.

Terapeuta: Hum, hum. Então relação ao seu irmão não estava a ver, como poderia ser se fosse o seu irmão?

terapeuta volta a desafiar, convidando novamente o cliente a mudar o seu nível de análise.

Cliente: Talvez, parecido.

O cliente valida a intervenção do terapeuta, novamente, fornecendo informação.

Ilustração clínica 2: Cliente e terapeuta ao mesmo nível, dentro da ZDPT: Suporte no Problema – Segurança

Caso E, Perturbação de ansiedade – 3ª sessão

O trabalho terapêutico neste episódio, focou-se no tema das mudanças que o cliente gostaria de atingir ao nível das suas relações interpessoais e capacidades de comunicação.

Terapeuta: ...em terapia. E agora gostaria que fossemos falando um bocadinho de cada uma delas. Então se calhar está inibida e passar a ser extrovertida, porquê que é importante, porquê que...?

Terapeuta intervém no suporte ao problema, através do questionamento aberto.

Cliente: Porque, às vezes, acho que não estou bem encaixada num determinado contexto como toda a gente, desinibida. Estou assim mais inibida.

O cliente valida a intervenção do terapeuta fornecendo informação.

Terapeuta: Como por exemplo, quer dar um exemplo assim?

Terapeuta intervém no suporte ao problema, especificando informação.

Cliente: Como por exemplo num café com os amigos, todos a falar.

O cliente valida a intervenção do terapeuta fornecendo informação.

Terapeuta: Mas por exemplo agora no verão não é uma pessoa de sair, de estar no café. Ou evita para não para não...//

Terapeuta intervém no suporte ao problema, especificando informação

Cliente: Não, vou mais.

O cliente valida a intervenção do terapeuta fornecendo informação.

Ilustração clínica 3: Terapeuta à frente do Cliente fora, da ZDPT: Desafio – Risco Intolerável

Caso G, Perturbação de ansiedade – 7ª sessão

Neste episódio, o terapeuta tenta trabalhar com o cliente a sua ansiedade face ao seu desejo de mudança rápida e eficaz, ao nível do comportamento. Neste caso, passar a ser mais responsável em relação à sua vida académica.

T: E portanto... não mas é bom chegar a esta... porque às vezes esse interruptor está nestas pequenas coisas.

C: Pois está.

T: Em predispor para... e a mudança de comportamento começa aí.

C: Claro.

T: Passa por começar às vezes.

Guidance, o terapeuta intervém no desafio no seguimento da intervenção anterior oferecendo instruções

C: Mas eu sei que passa por começar. Ahhh... mas aí é que está... Olhe para lhe dar, para lhe dar outro exemplo... ahhh... mais uma vez, a mesa da minha sala estava completamente aquele caos de que temos falado...

T: Hum-hum.

C: O caos da organização desorganizada.

T: Hum-hum.

C: Embora estivesse mais organizada, não desorganizada do que organizada. Ahhh... e eu estive... as férias todas a olhar para aquilo e não mexi uma palha. Outro dia às quatro da manhã resolvi arrumar aquilo. E eram quatro da manhã, estava a arrumar a casa. Isto não cabe na cabeça de ninguém... ahhh... normal entre aspás.

O cliente invalida a intervenção do terapeuta e mantém o seu quadro mal adaptativo (desesperança e enviesamento negativo).

T: Lá está o P. a ver pelo, pelo lado negativo da coisa.

C: (riso). Claro que vejo. Mas...

T: Mas, quer dizer, o que é certo é que ok, naquele momento pegou, e fez. Como é que foi quando arrumou?

O Terapeuta desafia convidando o cliente a adotar uma nova perspetiva.

C: Peguei e ficou muito bem arrumado. E... e estive a arquivar as coisas e etc... tudo aquilo que era impensável fazer aquela hora.

O cliente inválida voltando à perspetiva habitual

T: Mas o que é que interessa a hora? Se era a hora que tinha disponível, foi a hora a que fez.

O terapeuta desafia confrontando o cliente.

C: Não, mas eu disponível tive N horas antes de chegar àquela.

Cliente inválida entrando em desacordo com o terapeuta.

2.8.2 Saliência dos episódios interativos, definida em termos da sua duração cumulativa na sessão

Através do método do State Space Grids (SSGs; Lamey, Hollestein, Lewis, & Granic, 2004) analisou-se as intervenções do terapeuta e as respostas do cliente,, assumindo-as como duas séries temporais, sendo deste modo possível representar graficamente e em tempo real a trajetória das interações das díadas em cada sessão. Este método permitiu analisar em que tipo de interações o terapeuta e o cliente gastavam mais de 80 % do seu tempo ao longo do processo terapêutico, ou seja, que intervenções funcionavam como atratores em cada caso na sessão anterior ao Dropout, analisando o quadro 4, no caso A com diagnóstico de depressão, foram registados como atratores os episódios de desafio – segurança e suporte na novidade – segurança. O que significa que o terapeuta e o cliente estiveram a interagir, mais de 80 % da duração da sessão, dentro da ZDPT. Que o cliente validava as intervenções do terapeuta, experimentando experiências de segurança, mas em que as intervenções do terapeuta se situavam à frente do nível desenvolvimental do cliente . O mesmo foi registado com o caso B, com diagnóstico igualmente de depressão.

No caso C, com diagnóstico de depressão, apenas se registou um atractor. Neste caso, o terapeuta e o cliente passaram a maioria do tempo da sessão em interações do tipo suporte no problema – segurança, ou seja a trabalhar no mesmo nível dentro da ZDPT.

Os Atratores identificados do caso F, com diagnóstico de ansiedade, são desafio – segurança e desafio – risco tolerável, o que indica que o terapeuta oscilou entre trabalhar num nível à frente do cliente ou no mesmo nível deste, intervindo sempre com foco na inovação, dentro da ZDPT. Desafio – risco intolerável é o atractor que caracteriza o caso G, com perturbação de ansiedade. Este atractor indica, que mais de 80 % do tempo da sessão foi gasto pelo terapeuta a desafiar as perspetivas mal adaptativas do cliente, de um modo e o cliente a invalidar estas intervenções. Este resultados indica que as interações terapêuticas ocorreram quase sempre fora da ZDPT, com o terapeuta a trabalhar à frente do cliente.

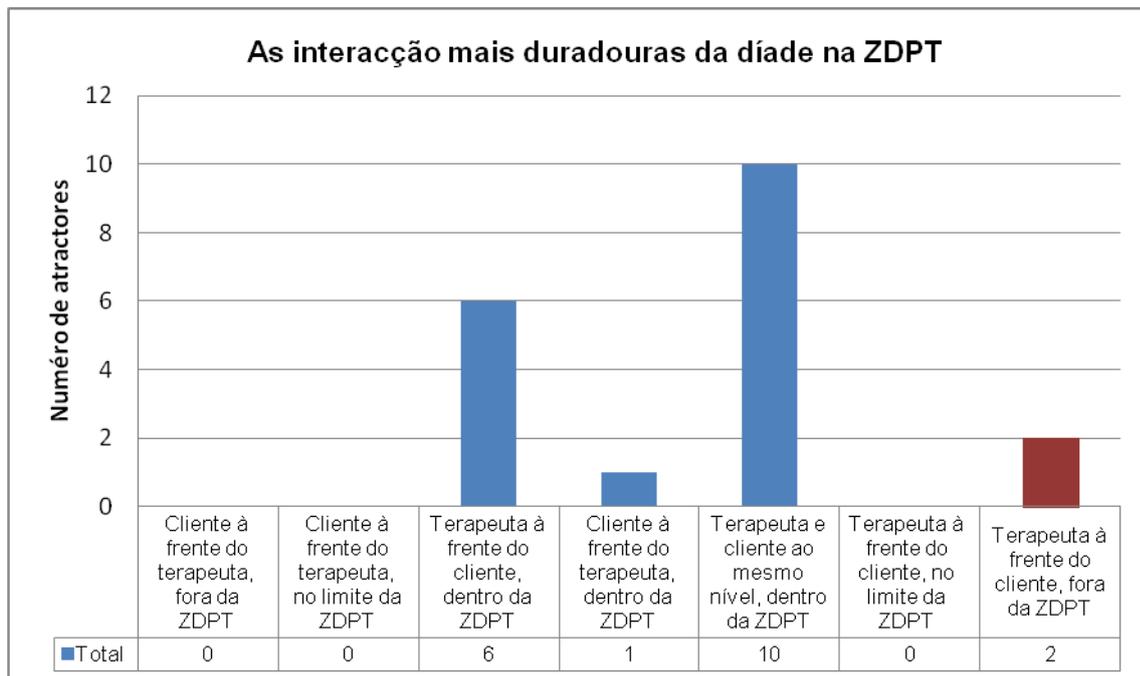
O caso H (sem diagnóstico) e caso I (perturbação de ansiedade) têm como marcadores o desafio segurança e suporte no problema – segurança. Isto indica, que em ambos os casos terapeuta passou grande parte do tempo da sessão a trabalhar oscilou entre trabalhar num nível à frente do cliente ou no mesmo nível deste, oscilando o foco na sua intervenção na inovação ou no problema, mas sempre dentro da ZDPT.

Quadro 4: Episódios atractores da interação terapêutica encontrados em cada um dos casos analisados / ultima sessão

Atractores No Total Da Amostra							
Intervenção Do Terapeuta		Atrás ZDPT	Dentro da ZDPT		No limite da ZDPT	À frente da ZDPT	
		Desinteresse	Segurança	Risco Tolerável	Ambivalência	Risco Intolerável	
	Desafio		Caso A Caso B Caso D	Caso F Caso H Caso I	Caso D Caso F		Caso D Caso G
	Suporte Novidade		Caso A Caso B	Caso D	Caso D		
	Suporte Problema		Caso C Caso D Caso E	Caso H Caso I			
			Desinteresse	Segurança	Risco Tolerável	Ambivalência	Risco Intolerável
Resposta Do Cliente							

Considerando os 7 níveis de interação da diáde por referencia à ZDPT, através do gráfico 6 conseguimos perceber nitidamente em que níveis da ZDPT o terapeuta e o cliente trabalham ao longo da sessão, durante mais tempo. Na grande maioria dos casos o terapeuta trabalha à frente do cliente dentro da ZDPT (em 7 das 9 sessões), E numa segunda análise, percebemos que quando o cliente e o terapeuta não estão a trabalhar ao mesmo nível, o terapeuta passa a trabalhar à frente do cliente dentro da ZDPT ($n=6$). Por último, quando o cliente já não consegue mais acompanhar o terapeuta, passa a invalidar as intervenções do mesmo e o terapeuta passa a trabalhar fora da ZDPT ($n=2$). Por consequência, são raras as vezes que o terapeuta consegue fazer com o cliente consiga trabalhar à sua frente na ZDPT ($n=1$).

Gráfico 5: Frequência das posições do terapeuta e cliente na interação diádica, por referência aos níveis da ZDPT.



3. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste tópico pretende-se discutir e comparar os resultados desta investigação com os resultados já existentes na literatura, no mesmo domínio. Esta dissertação teve como principal objetivo caracterizar a colaboração terapêutica na sessão anterior ao fenómeno de *Dropout*.

Antes de mais, é importante lembrar que os casos analisados avaliam a sua Aliança com o terapeuta acima do ponto médio da escala IAT. Ainda que, a aliança terapêutica tenha decrescido na sessão pré-dropout.

O fenómeno do *Dropout*, nos casos clínicos que integraram este estudo, ocorreu em sessões que variaram entre a 3^a e a 11^a sessão. Por sua vez, os resultados adquiridos nesta dissertação corroboram com a literatura já existente nesta área. Isto é, a Aliança Terapêutica quando diminui influência directamente resultados terapêuticos, neste caso, prejudica o processo de mudança do cliente promovendo a sua desistência. Ou seja, esta baixa da aliança terapêutica pode significar uma quebra na colaboração entre cliente e terapeuta (Botelha, 2008; Beackam, 1992; Horvath & Bedi, 2000; Reis & Brown, 1999).

Entendo a colaboração como um micro – processo de mudança (Ribeiro, 2009), os resultados revelam que as intervenções do terapeuta mais frequentes e duradoras são as de desafio, onde o terapeuta intervém para promover experiências de inovação no cliente, favorecendo o seu desenvolvimento potencial. No entanto, verificou-se que o cliente recusa-se a sair da sua experiência de segurança, para experimentar a inovação proposta pelo terapeuta. Isto indica, que as intervenções do terapeuta preocupam-se em promover o estado desenvolvimental potencial do cliente, e por seu turno, o cliente recusa-se a sair das suas experiências de segurança face à sua problemática, mantendo-se a trabalhar ao nível do seu estado atual de desenvolvimento. Posto isto, percebe-se que apesar das intervenções do terapeuta serem relevantes para o desenvolvimento do processo colaborativo, dependem em muito do cliente e como este interpreta as intervenções do mesmo (Bachelor, Laverdiere, Gamache, & Bordeleau, 2007). Deste modo, os terapeutas devem respeitar a zona de desenvolvimento proximal dos clientes de forma a evitar que a colaboração diminua, por consequência a aliança terapêutica também diminua, e comprometa o futuro do processo terapêutico. De encontro com a conceptualização de Bordin (1994), é importante que o terapeuta não se esqueça de trabalhar continuamente o cariz colaborativo da aliança, para que ambos os intervenientes contribuam para a mudança e resulte num processo terapêutico de sucesso. Posto isto, nos casos em risco de *Dropout* é

importante rever a relação terapêutica sempre que a Aliança terapêutica diminuir. Sendo que, o terapeuta e o cliente precisam de restabelecer novos objetivos terapêuticos (mais adequados à problemática do cliente), acordar novas tarefas terapêuticas, e consequentemente, restabelecer um vínculo afetivo seguro.

No que diz respeito à análise dos movimentos interativos da díade ao longo da ZDPT, na última sessão anterior ao abandono da psicoterapia, a díade terapêutica tende a trabalhar dentro do ZDPT. Mais especificamente, perto do nível real de desenvolvimento do cliente, onde por sua vez, o cliente e terapeuta perduram mais tempo e interagem mais frequentemente ao mesmo nível de trabalho na ZDPT. Consequentemente, quando o cliente não consegue acompanhar o terapeuta nas suas intervenções, o terapeuta tende a trabalhar à frente do mesmo. Sendo que, quando o terapeuta desafia o cliente para arriscar, o cliente tende a persistir numa experiência de segurança e não progredir para experiências de risco ou inovação, existindo uma tendência para o terapeuta em trabalhar para além do nível do cliente de desenvolvimento. A persistência do terapeuta em desafiar o cliente, leva a que este mais facilmente responda com uma experiência de risco intolerável ou ambivalência. Estes movimentos da díade na ZDPT podem indicar risco de *Dropout*, visto que, o cliente tende permanecer no seu estado atual de desenvolvimento, verificando um decréscimo da Aliança terapêutica, aferindo-se um processo colaborativo fragilizado. Por sua vez, o cliente e o terapeuta permanecem desencontrados ao nível do trabalho terapêutico. Por seu turno, esta informação é congruente com a literatura que nos diz, que uma diminuição da Aliança Terapêutica pode conduzir a pobres resultados terapêuticos, aumentando o risco de ocorrer o fenómeno de *Dropout* (Botelha, 2008; Beckam, 1992; Reis & Brown, 1999; Horvath & Bedi, 2002; Melo & Guimarães, 2005).

Os resultados sugerem que os clientes tendem a persistir na experiência de segurança, e não de risco, ou seja, não toleram as propostas do terapeuta para a inovação e os terapeutas tendem a forçar o trabalho com os clientes para além do seu nível de desenvolvimento, sendo que, o cliente e terapeuta frequentemente desencontram-se, trabalhando em diferentes níveis de desenvolvimento. Deste modo, verifica-se que existe uma quebra no processo de negociação, e o cliente deixa de confiar no terapeuta para o ajudar no seu processo de mudança, da mesma forma, que o cliente deixa-se de responsabilizar pelo seu trabalho psicoterapêutico, pelo seu processo de mudança e pela sua permanência na terapia, acabando por desistir do processo terapêutico (Safran & Muran, 2000; 2006; Reis & Brown, 1999).

Refletindo sobre as utilidades desta dissertação para a compreensão da colaboração, percebemos que através deste estudo que a atitude diretiva e ativa do terapeuta, mais

centrada na técnica do que no cliente, característica das terapias cognitivo-comportamentais racionalistas, poderá ter prejudicado a possibilidade de o terapeuta perceber ou responder adequadamente às experiências do cliente, principalmente às experiências de risco intolerável. De acordo com Safran e Muran (2006) a aliança é um cenário interpessoal, onde o terapeuta deve responder às necessidades do cliente de uma forma que o ajuda a aprender a negociar as necessidades do eu e dos outros de uma forma construtiva, sem comprometer a si mesmo ou o outro. No futuro, para contornar o fenômeno de *Dropout* e estabelecer uma melhor colaboração entre cliente e terapeuta, os terapeutas cognitivo-comportamentais podem orientar uma especial atenção ao processo de negociação com o cliente e terem uma preocupação mais direcionada para a manutenção do vínculo com o cliente. Principalmente, quando o cliente oferece resistência em evoluir na sua ZDPT e apresenta um decréscimo na Aliança terapêutica.

4. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Este estudo, contribui para o entendimento sobre a colaboração enquanto micro – processo de mudança, mas contudo tem algumas limitações.

Uma primeira limitação, reporta-se ao facto de a amostra desta investigação ser reduzida, impedindo uma generalização concisa dos resultados obtidos. Deste modo, não podemos afirmar com total segurança que o fenómeno do *Dropout* está associado linearmente a um processo de colaboração fragilizado, caracterizado pelo desencontro entre o terapeuta e o cliente ao nível do trabalho terapêutico.

Porém é necessário, ter em conta que os resultados empíricos obtidos resultaram de uma metodologia estratégica específica e única até ao momento, construída especialmente para a compreensão da colaboração terapêutica.

Uma outra limitação relaciona-se com as características da amostra, ou seja, apenas foram analisadas sessões de casos com diagnósticos no eixo I do DSM-IV-R (2002).

Por fim, uma última limitação reporta-se ao facto dos Juízes do SCCT saberem previamente que se tratavam de casos *Dropout* podendo ter enviesado de algum modo as codificações, contudo, o elevado acordo entre os juízes atenuou esta limitação.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bachelor, A., Laverdiere, O., Gamache, D., & Bordeleau, W. (2007). Clients' collaboration in therapy: Self-perceptions and relationships with client psychological functioning, interpersonal relations, and motivation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (2), 175-192.
2. Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M.A. Hubble, B.L.Duncan, & S.D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp.133-178). Washington, DC: American Psychological Association.
3. Barrett, M., Chua, W., Crits-Christoph, P., Gibbons, M., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2, (45), 247-267.
4. Beckham, E. (1992). Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy*, 2 (29), 177-182.
5. Benetti P. C. & Cunha R. S. (2008). Psychotherapy Dropout: Implications For The Clinical Practice. *Arquivos Brasileiros De Psicologia*, 2, (60), 48-59.
6. Bordin, E.S. (1979). The Generalizability Of The Psychoanalytic Concept Of The Working Alliance. *Psychotherapy: Theory, Research And Practice*, 16, (3), 252-260.
7. Bordin, E.S. (1994). Theory And Research On The Therapeutic Working Alliance: New Directions. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), *The Working Alliance: Theory, Research, And Practice* (Pp. 13-37). New York: John Wiley & Sons.
8. Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Pacheco, M. , Gómez M., Herrero A., Ribas,O., Nuria, E., & Nuria, P. (2008). 'Predictors Of Therapeutic Outcome And Process', *Psychotherapy Research*, 18, (5) ,535 – 542.
9. Chilelli, K. B., & Enéas, M. L. E. (2000) Desistência em psicoterapia breve: pesquisa documental e da opinião do paciente. *Boletim de Iniciação Científica de Psicologia*, 1 (1), 47-52.
10. Coutinho, J. (2010). *The development of the therapeutic alliance: rupture processes and the role of the therapist's experient*. Tese de Doutorado, da Universidade do Minho, Braga, 2010.
11. Crits-Christoph P., Gibbons, C., & Hearon B. (2006). *Does The Alliance Cause Good Outcome? Recommendations For Future Research On The Alliance Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 2006, 43 (3), 280–285.
12. Fiester, A., & Rudestam, K. (1975). A Multivariate Analysis Of The Early Dropout Process. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 4 (43), 528-535.

13. First M.B., Spitzer R.L., Gibbon M., Williams J.B.W., (1997). Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders – clinician version (SCID-CV). *Washington (DC): American Psychiatric Press*; 1997. p. 84.
14. Freud, S. (1958). The Dynamics Of Transference. In J. Strachey (Ed. E Trad.), *The Standard Edition Of The Complete Psychological Works Of Sigmund Freud*, (Vol. 12, Pp. 97-108). London: Hogarth Press. (Obra Original Publicada 1912)
15. Gabalda, I., & Stiles, W. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, 2 (17), 199-212.
16. Gaston, L., Thompson, L., Gallagher, D., Cournoyer, L., & Gagnon, R. (1998). Alliance, technique, and their interactions in predicting outcome of behavioral, cognitive, and brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 8 (2), 190–209.
17. Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of “innovative moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 1-23.
18. Goldenberg, V. (2002). Ranking the correlates of psychotherapy duration. *Administration and Policy in Mental Health*, 29 (3), 201-214.
19. Hatcher, R.L., & Barends, A.W. (1996). Patients' View Of The Alliance In Psychotherapy: Exploratory Fator Analysis Of Three Alliance Measures. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 64 (6), 1326-1336.
20. Hatcher, R. (1999). Therapists' Views Of Treatment Alliance And Collaboration In Therapy. *Psychotherapy Research*, 4 (9), 405-423.
21. Hauck S., Krueh, L., Sordi. A., Sbardellotto., G., Cervieri., A., Moschetti., L., Schestatsky., S., Ceitlin. L. (2007), *Factors Related To Early Dropout In Psychoanalytic Psychotherapy. Revista Psiquiatra*, 29(3), 265-273.
22. Horvath, A. (2006). The Alliance In Context: Accomplishments, Challenges And Future Directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice And Training*, 3 (43), 258-263.
23. Horvath, A., & Bedi, R. (2002). The Alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (pp. 37-69). Oxford: University Press.
24. Horvath, A., & Greenberg, L. (1994). Introduction. In A. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The Working Alliance: Theory, Research And Practice* (Pp. 7-35). New York: Wiley.
25. Horvath A. O. & Luborsky L. (1993). *The Role Of The Therapeutic Alliance In Psychotherapy*, *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 61 (4), 561-573.
26. 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.
27. Katzow, A. W., & Safran, J. D. (2007). Recognizing and resolving ruptures in the therapeutic alliance. In P. Gilbert & R. L. Leahy (Eds.), *the Therapeutic Relationship in the*

Cognitive Behavioral Psychotherapies. New York, NY: Routledge.

28. Kazdin, A.E. (2007). Mediators And Mechanisms Of Change In Psychotherapy Research. *Annual Review Of Clinical Psychology*, 3, 1-27.
29. Kohlenberg, R. J. & Tsai, M. (2001). *Psicoterapia Analítica Funcional: Criando Relações Terapêuticas E Curativas*. Tradução Organizada Por R. R. Kerbauy. Santo André: Esetec, Editores Associados.
30. Kohlenberg, R. J., Kanter, J. W., Bolling, M., Wexner, R., Parker, C., Tsai, M. (2004). Functional Analytic Psychotherapy, cognitive therapy, and acceptance. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. Linehan (Eds.) *The new behavior therapies: Expanding the cognitive behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
31. Lamey, A., Hollestein, T., Lewis, M., & Granic, I. (2004). *The Gridware Manual (Version 1.1)*. [Computer Software]. [Http://Statespacegrids.Org](http://Statespacegrids.Org).
32. Leiman, M., & Stiles, W. (2001). Dialogical Sequence Analysis And The Zone Of Proximal Development As Conceptual Enhancements To The Assimilation Model: The Case Of Jan Revisited. *Psychotherapy Research*, 11 (3), 311-330.
33. Lewis, M. (2000). The Promise Of Dynamic Systems Approaches For An Integrated Account Of Human Development. *Child Development*, 1 (71), 36-43.
34. Lewis, M., Lamey, A., & Douglas, L. (1999). A New Dynamic Systems Method For The Analysis Of Early Socioemotional Development. *Development Science*, 2(4), 457-475
35. 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* (Pp. 38-50). New York: John Wiley & Sons.
36. Machado, P., & Horvath, A. (1999). Inventário Da Aliança Terapêutica – Wai. In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes E Provas Psicológicas Em Portugal* (Volume 2, Pp. 89-94). Braga: Apport/Sho.
37. Medina P. M. (2005). El Abandono En Las Terapias Psicológicas. *Aposta Revista De Ciencias Sociais*, (14), 1-16.
38. Marron, E. M. (2004). *Fatores determinantes en el abandono terapéutico en pacientes com trastornos mentales: el papel de la indefensión aprendida*. Tese de Doutorado, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología, 2004.
39. Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation Of The Therapeutic Alliance With Outcome And Other Variables: A Meta-Analytic Review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 3(68), 438-450.
40. Melo, A. P. S. & Guimarães, M. D. C.(2005). Factors Associated With Psychiatric Treatment Dropout In A Mental Health Reference Center. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 27, (2), 113-118.

41. Mueller, M., & Pekarik, G. (2000). Treatment Duration Prediction: Client Accuracy And Its Relationship To Dropout, Outcome And Satisfaction. *Psychotherapy*, 2(37), 117-123.
42. Newman, F. (1998). Therapeutic and supervisory relationships in cognitive-behavioral therapies : similarities and differences. *Journal of Cognitive Therapy*, 12 (2), 95-108
43. Nunes MLT & Lhullier AC. (2003). Histórico da pesquisa empírica em psicoterapia. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, 5, (1), 97-112.
44. Gilbert P. & Leahy. R. (2007). *The Therapeutic Relationship In The Cognitive Behavioral Psychotherapies*. London and New York: Routledge
45. Portela, C., Almeida, D., Seabra, J., Nunes, P. (2008). *Relação Terapêutica Nas Terapias Cognitivo-Comportamental*. Retirado: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0112.pdf> - 21 outubro de 2011
46. Prado, Z., & Meyer, B. (2004). Therapeutic Relationship: The Behavioral Perspective, Evidences And The Working Alliance Inventory (WAI). *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 6 (2), 201-209
47. Ramos, M. A. F. (2008). *Análise Das Características Psicométricas Da Versão Portuguesa Do Working Alliance Inventory*. Tese De Mestardo, Braga, Universidade Do Minho, 2008.
48. Raue, P. J., & E Goldfried M. R. (1994) The Therapeutic Alliance In Cognitive-Behavior Therapy. Em *The Working Alliance: Theory, Research, And Practice*. Horvath, A. O., E Greenberg, L. (Orgs.) Pp. 131-152. Novayork, Eua: John Wiley E Sons, Inc.
49. Rosenfarb, I. S. (1992). A Behavioral Analytic Interpretation Of The Therapeutic Relationship. *The Psychological Record*, 42, 341-354.
50. Reis, B., & Brown, L. (1999). Reducing Psychotherapy Dropouts: Maximizing Perspective Convergence In The Psychotherapy Dyad. *Psychotherapy*, 2(36), 123-136.
51. Ribeiro E.(2009). *Aliança Terapêutica: Quando O Encontro Se Torna Terapêutico*. *Aliança Terapêutica: Da Teoria À Prática*, Capítulo (1), Braga. Psiquilíbrios
52. Ribeiro, E., & Mesquita, R. (2009). A Aliança e finalização da terapia. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança Terapêutica: Da Teoria À Prática Clínica* (Pp. 167-181). Braga: Psiquilíbrios Edições.
53. Ribeiro, E., Ribeiro, A., & Gonçalves, M. (2010). *Therapeutic Collaboration Coding System*. Manuscrito Não Publicado.
54. Ribeiro, E., Ribeiro, A., Gonçalves, M., Horvath, A., & Stiles, W. (2011). How Collaboration In Therapy Becomes Therapeutic: The Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research* (Submetido).
55. Ruglass, L., & Safran, J. (2005). Cognitive Behavior Therapy And The Therapeutic Alliance. In A. Freeman (Ed.) *Encyclopedia Of Cognitive Behavior Therapy* (Pp. 405-408). New York: Kluwer.

56. Safran, J., & Muran, J. (2000). The Therapeutic Alliance As A Process Of Intersubjective Negotiation. In J. Safran & J. Muran (Eds.), *The Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide* (Pp. 165-185). New York: The Guilford Press.
57. Safran, J., & Muran, J., (2006). Has The Concept Of The Therapeutic Alliance Outlived Its Usefulness? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, (3), 286–291.
58. Sales, C. (2003). Understanding Prior Dropout In Psychotherapy. *International Journal Of Psychology And Psychological Therapy*, 1(3), 81-90.
59. Shinohara, H. (2000). Relação Terapêutica: O que Sabemos Sobre Ela? Em Kerbauy, R. R. (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição. Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico*. Vol 5, 1ª ed., pp. 229-233. Santo André: Edição setembro
60. Shirk, R., Gudmundsen, G., Kaplinski, H. & McMakin, D (2008). Alliance and Outcome in Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(3), 631-639.
61. Spss Inc. (1997). *Spss Base 7,5 For Windows: User's Guide* (Pp. 407-429). Usa.
62. Stiles, W. (2009). Logical Operations In Theory-Building Case Studies. *Pragmatic Case Studies In Psychotherapy*, 2 (5), 9-22.
63. Stiles W. B. & Gabalda I. C.(2009) *Retrocessos No Contexto De Terapia Linguística De Avaliação*. *Análise Psicológica*, 2 (27), 199-212
64. Tryon, G., & Winograd, G. (2001). Goal Consensus And Collaboration. *Psychotherapy*, 4 (38), 385-389.
65. Tryon, G., & Winograd, G. (2002). Goal Consensus And Collaboration. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (Pp. 109-123). Oxford: University Press.
66. Vigotsky, L. (1978). *Mind In Society*. Cambridge: Harvard University Press.
67. Waddington, L. (2002). The Therapy Relationship In Cognitive Therapy: A Review. *Behavioural And Cognitive Psychotherapy* , 30: 179-191
68. Urriaga, M. E., Almeida, G., Vianna, M. E. D., Santos, M. V., & Botelho, S. (1997). Fatores preditivos de abandono em psicoterapias. Um estudo na Clínica Sérgio Abuchaim. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 6(5), 279-283.
69. Westerman, M., Winston, A., Foote, J. (1995). Change In Coordination Across Phases Of Psychotherapy And Outcome: Two Mechanisms For The Role Played By Patients' Contribution To The Alliance. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 4(63), 672-675.
70. Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A Meta-Analysis Of Psychotherapy Dropout. *Professional Psychology: Research And Practice*, 2 (24), 190-195.
71. Wilson M. & Sperlinger D. (2004) *Dropping Out Or Dropping In? Psychoanalytic Psychotherapy*, 18 (2), 220 — 237.

6. ANEXOS

Figura: Resultados obtidos através do *Griware* do Caso A, sessão 8ª

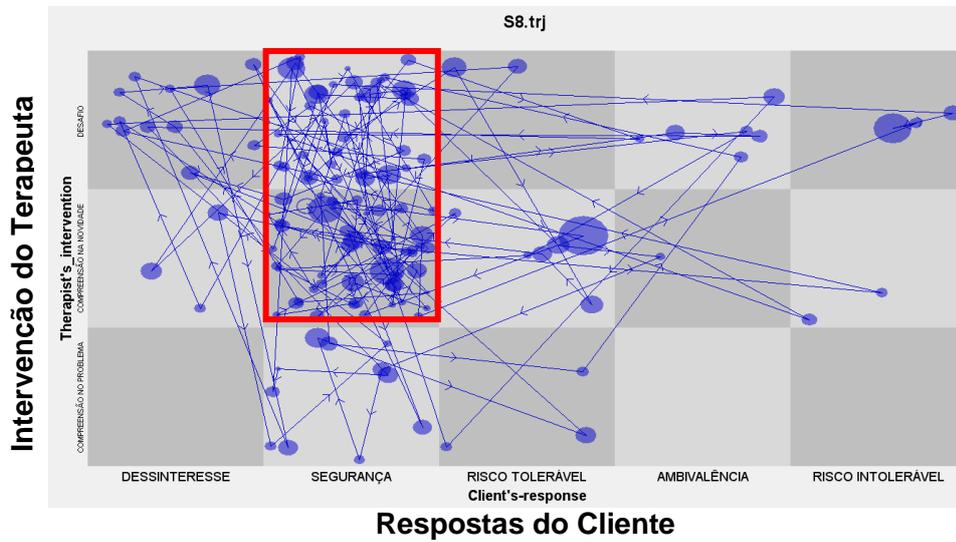


Figura: Resultados obtidos através do *Griware* do Caso B, sessão 5ª

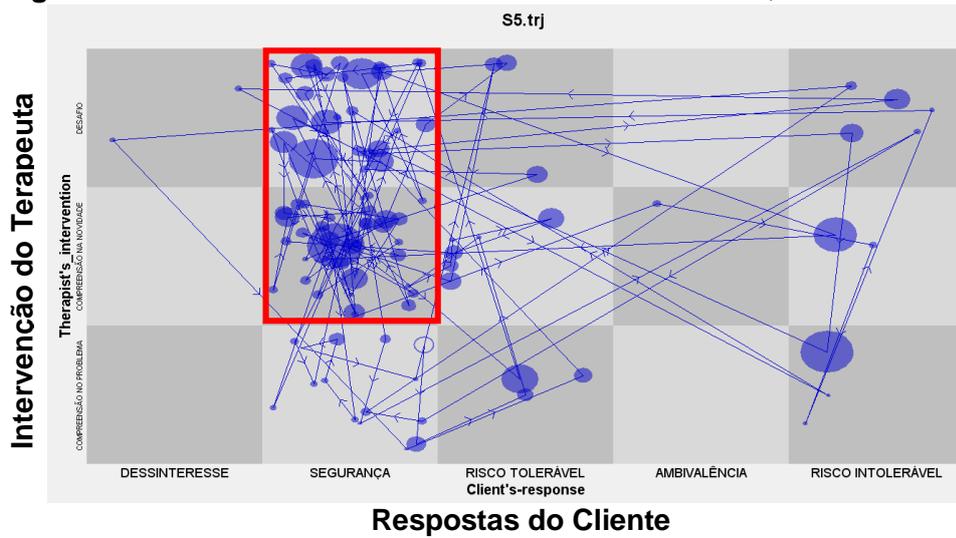
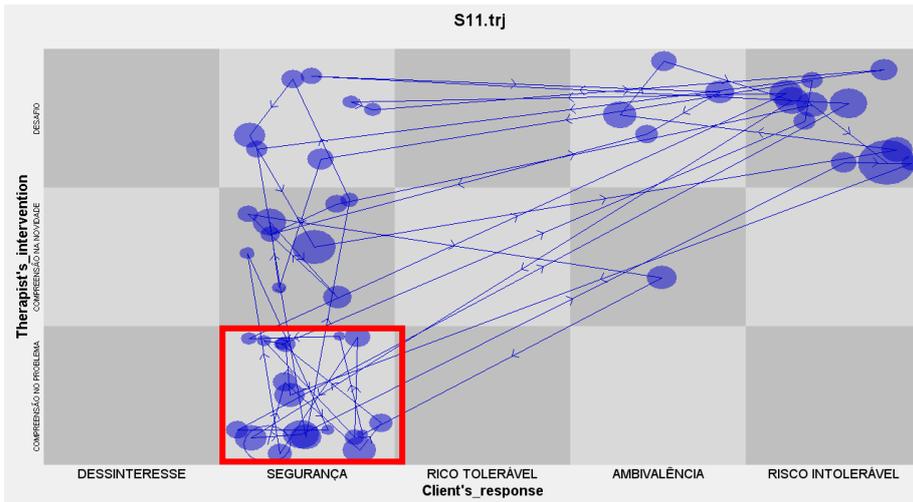


Figura: Resultados obtidos através do *Griware* do Caso C, sessão 11ª

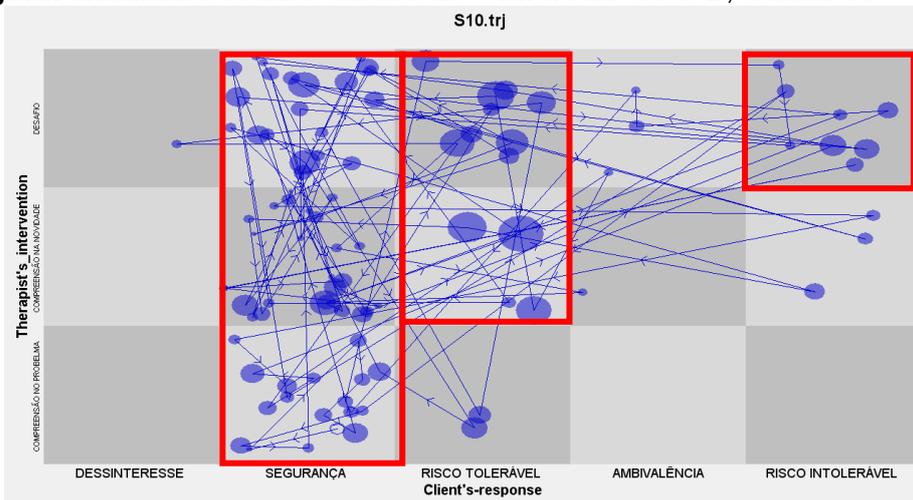
Intervenção do Terapeuta



Respostas do Cliente

Figura: Resultados obtidos através do Griware do Caso D, sessão 10^a

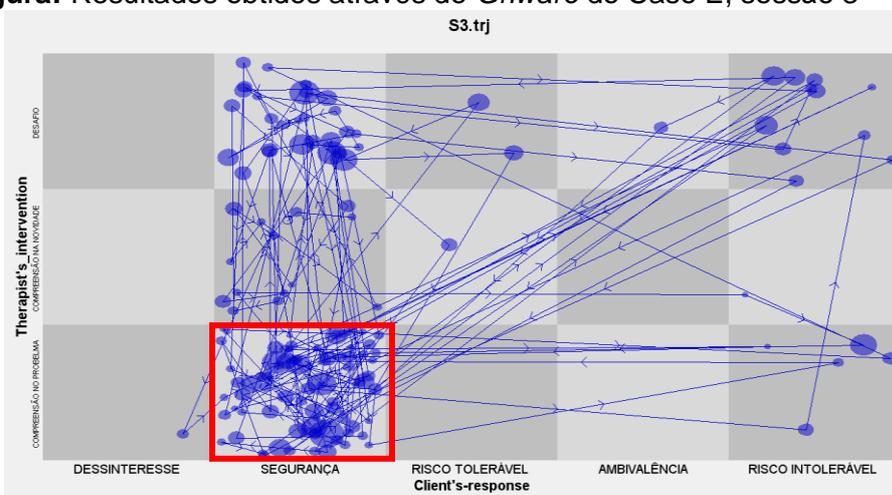
Intervenção do Terapeuta



Respostas do Cliente

Figura: Resultados obtidos através do Griware do Caso E, sessão 3^a

Intervenção do Terapeuta



Respostas do Cliente

Figura: Resultados obtidos através do *Griware* do Caso F, sessão 5ª

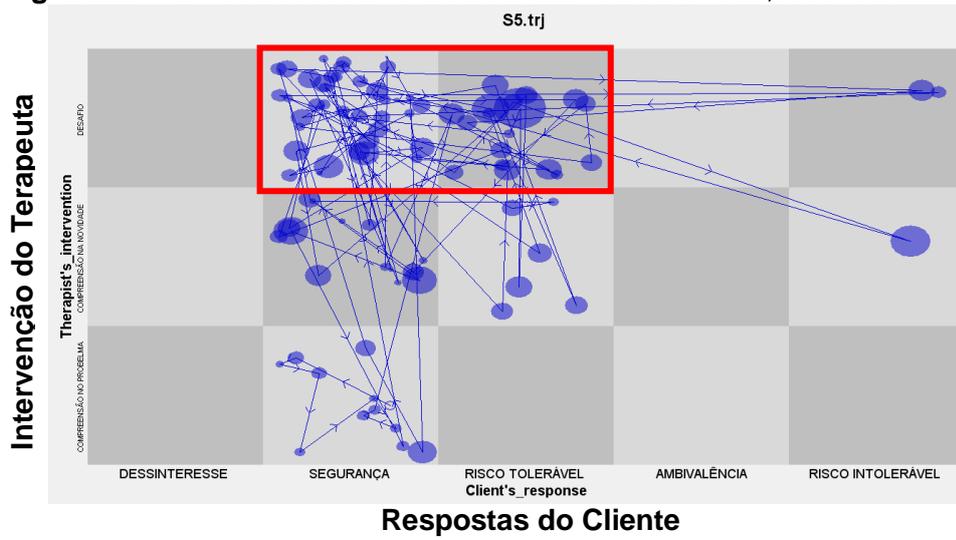


Figura: Resultados obtidos através do *Griware* do Caso G, sessão 6ª

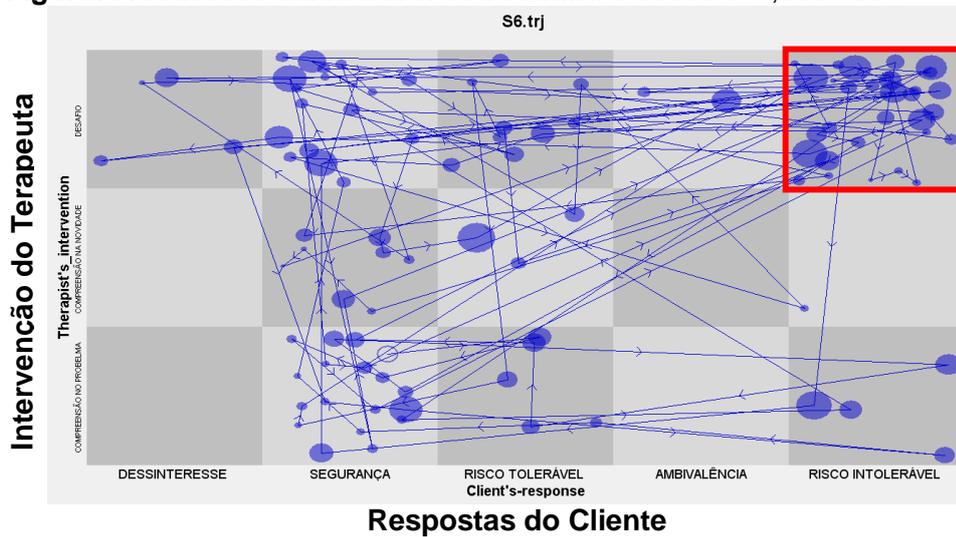


Figura: Resultados obtidos através do *Griware* do Caso H, sessão 7ª

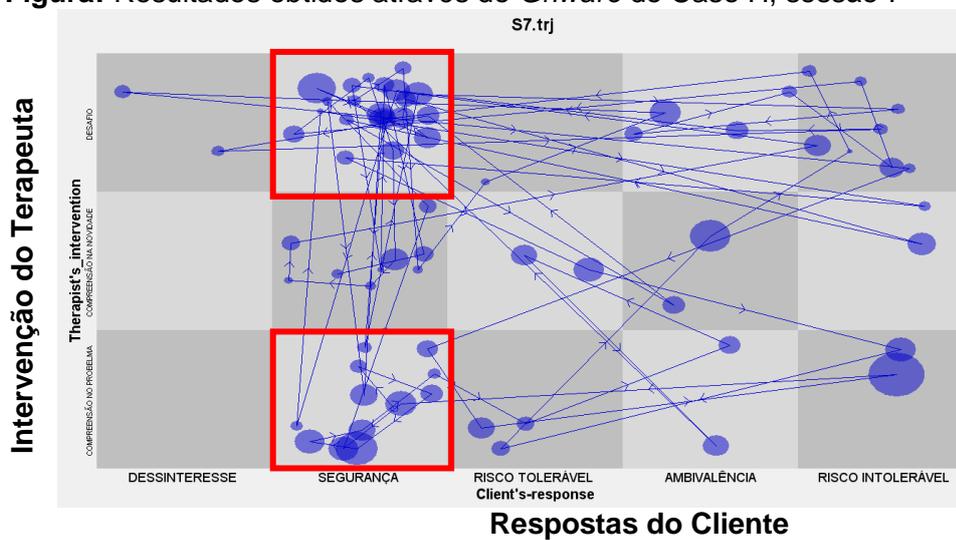


Figura: Resultados obtidos através do *Griware* do Caso I, sessão 5ª

