



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Beatriz Melo Santos

**Colaboração terapêutica no momento
de inovação de reconceptualização:
Análise de um caso de sucesso seguido
em Terapia Focada nas Emoções:
O caso Lisa**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Beatriz Melo Santos

**Colaboração terapêutica no momento
de inovação de reconceptualização:
Análise de um caso de sucesso seguido
em Terapia Focada nas Emoções:
O caso Lisa**

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

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Eugénia Ribeiro
e do
Professor Doutor Miguel Gonçalves

Outubro 2012

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Porque o fim deste percurso é a ponte que me liga ao próximo, não poderia deixar de agradecer a quem, em comunhão, aqui me trouxe:

À minha orientadora, Professora Doutora Eugénia Ribeiro, pela oportunidade de aprendizagem contínua, pelo sentido de generosidade nos ensinamentos que me transmitiu ao longo de todo este processo, mas, sobretudo, pelo suporte, que constituiu a base de segurança que me permitiu enfrentar este desafio.

À sua equipa de investigação, pela partilha de reflexões que permitiram a construção de conhecimento, em particular à Dulce pela ajuda fundamental na construção desta tese, pela dedicação na transmissão de conhecimentos, e pela paciência em amenizar angústias.

Ao meu co-orientador, Professor Doutor Miguel Gonçalves. Pelos comentários que construíram e enriqueceram este projeto. Pelos ensinamentos ao longo do curso que moldaram a minha sensibilidade clínica.

À minha família. À minha mãe, pelo conforto que é ter-te, mesmo que longe, sempre por perto e pelo incondicional que me alimenta. Ao meu pai, por seres o pilar que sustenta, muitas vezes, a leveza do meu ser. A ambos, por juntos me conquistarem e me quererem ver vencer. Às minhas irmãs. À Cláudia, que me mostrou o valor da perseverança, pelos sentimentos fortificantes de pertença que sinto junto a ti. Que o fim deste meu percurso seja a força que necessitas no teu. À Filipa, por conhecer sempre os outros lados de mim e fazê-los viver em si como forma de me fazer viver a mim.

Às minhas amigas, Teresa e Rita, pela partilha do mundo. Do meu, dos vossos. Pelas ambições conjuntas. Porque conquistar o mundo é no fundo ter-vos do meu lado.

Ao Vasco, por viver comigo nos pormenores da fantasia e me fazer feliz neles.

Aos companheiros de viagem. À Ana e à Elisabete, por serem doces neste percurso. Ao João, pelas manifestações de carinho e cuidado, pelas músicas. À Ângela, pela surpresa do que uma nova amizade se pode tornar. À Catarina Antunes e à Luciana, por terem sido sempre cúmplices do meu mundo interior. À Joana, pela partilha de vivências paralelas que, no fundo, confluíram sempre em modos de sentir “demais” o mundo, porque querer vencer fez-nos sempre dar as mãos. À Cristina, porto seguro, pelas ajudas e dedicação inestimáveis, porque sem ti, algures pelo caminho, tinha virado à esquerda e nunca ao fim. À Catarina, por ser a linha ténue mas forte que me trouxe sempre à realidade, porque a construção de uma amizade fortifica. A todos pela enorme amizade, pelas vivências de puro deleite nos nossos momentos de humor. Por serem ímpares. Não teria sido, com toda a certeza, possível sem nenhum de “vocês”.

Colaboração terapêutica no momento de inovação de reconceptualização: Análise de um caso de sucesso seguido em Terapia Focada nas Emoções: O caso Lisa

De acordo com o *Modelo dos Momentos de Inovação*, os momentos de inovação de reconceptualização (RC) ocorrem com maior frequência em casos de sucessos. Caracterizado como um catalisador da mudança, este momento é associado à transformação de uma auto-narrativa problemática numa nova narrativa mais adaptada e flexível. Um componente essencial neste momento de inovação (MI) é a presença de uma metaposição face ao processo de mudança, posicionando o cliente como autor desta nova auto-narrativa.

Assumindo que a mudança é também promovida pela interação entre terapeuta e cliente dentro da zona de desenvolvimento proximal terapêutica este estudo foca-se numa análise intensiva da colaboração terapêutica associada ao MIRC. O nosso objetivo é compreender o processo micro-interactivo que promove a emergência de MIRC's ao longo do processo terapêutico e caracterizar a sequência de episódios interativos mais associados a este momento de inovação, num caso de sucesso seguido em Terapia Focada nas Emoções: O caso Lisa

Os momentos de inovação de reconceptualização foram identificados *pelo Sistema de Codificação Dos Momentos de Inovação* (Gonçalves et al., 2011). *O Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica* (Ribeiro et al., 2012) permitiu a caracterização da colaboração terapêutica em análise ao longo da terapia.

Os resultados mostraram que os momentos de inovação de reconceptualização emergem no seguimento de intervenções de suporte por parte do terapeuta, principalmente suporte no problema. O cliente inicia este MI ao avançar na zona para o seu nível de desenvolvimento potencial, por sua vez, o terapeuta é responsivo a este avanço através do suporte na inovação. A caracterizar o final deste MI encontrou-se um predomínio de episódios interativos em que o terapeuta retoma o trabalho junto à zona de desenvolvimento atual da cliente. A cliente acompanha o terapeuta para o seu nível atual, passando a díade a trabalhar ao mesmo nível.

Palavras-chave: colaboração terapêutica, momentos de inovação, terapia focada nas emoções

Therapeutic collaboration within Innovative Moments of Reconceptualization: Analysis of a Good-outcome Case of Emotion Focused Therapy: The Case of Lisa

According to the *innovative moments* model, Innovative Moments of Reconceptualization (RC) occur more frequently in good-outcome cases. Characterized as a catalyst of change, it is associated with the transformation of the problematic self-narrative into a new and more adapted one. A main feature of this IM is the presence of a meta-level perspective of the process of change, leading to a sense of authorship of the new self-narrative.

Assuming that this change is also promoted by the interaction between therapist and client within a client's therapeutic zone of proximal development this work focus on the intensive analysis of therapeutic collaboration associated to the RCIM. Our aim is to shed light on the interactive micro processes which promote the emergence of the RCIM throughout the therapeutic process and characterize the sequence of therapeutic exchanges most associated to the RCIM, in a good outcome case of Emotion Focused Therapy: Lisa's case.

Reconceptualization innovative moments were identified using the *Innovative Moments Coding System* (Gonçalves at al., 2011). Therapeutic collaboration throughout all the sessions is under analysis using the *Therapeutic Collaboration Coding System* (Ribeiro at al., 2012).

We found that most of the reconceptualization moments emerge following therapist supporting interventions, specifically supporting problem. The client initiates these IMs by moving forward to her potential level with tolerable risk responses, and by being responsive to this movement the therapist supports the client by supporting innovation. The end of this IMs are associated to therapeutic exchanges in which the therapist return to work closer the client's actual level of the therapeutic zone of proximal development. The client follows the therapist to her actual level and the dyad starts to work at the same level again.

Keywords: therapeutic collaboration, innovative moments, emotion- focused therapy

ÍNDICE

A. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. A colaboração terapêutica num <i>continuum</i> desenvolvimental	8
2. A colaboração terapêutica nos processos de mudança em psicoterapia.....	11
B. ESTUDO EMPÍRICO	
1. Método.....	15
1.1. Questões de investigação	15
1.2. Participantes	15
1.2.1. A cliente	15
1.2.2. O terapeuta e o modelo terapêutico	16
1.2.3. A investigadora, a segunda juíza e a auditora	16
1.3. Instrumentos.....	16
1.3.1. Medida de análise do processo	17
1.4. Procedimento	21
2. Apresentação e análise dos resultados	22
2.1. Análise descritiva do caso clínico	22
2.1.1. Caracterização da colaboração terapêutica no caso Lisa	22
2.2. Caracterização da colaboração terapêutica no momento de inovação de reconceptualização..	25
2.2.1. Análise dos índices de episódios colaborativos por MIRC ao longo da terapia	25
2.2.2. Análise sequencial dos episódios colaborativos ao longo do MIRC	27
2.3. Síntese comparativa entre a colaboração terapêutica ao longo da terapia e no MIRC.....	33
3. Discussão dos resultados	34
4. Limitações do estudo e propostas para estudos futuros	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39
ANEXO	43

ÍNDICES DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

Figura 1: A ZDPT como um contínuo desenvolvimental	11
Figura 2: Grelha com o episódio atrator do 8º MIRC identificado	30
Figura 3a: Episódios interativos que caracterizam a colaboração terapêutica ao longo do MIRC: suporte no problema – risco tolerável	32
Figura 3b: Episódios interativos que caracterizam a colaboração terapêutica ao longo do MIRC: suporte na inovação – risco tolerável	33
Figura 3c: Episódios interativos que caracterizam a colaboração terapêutica ao longo do MIRC: suporte no problema – segurança	34
Figura 4: Grelhas dos episódios atratores identificados no 27 MIs de reconceptualização.....	44
Quadro 1: Marcadores identificativos da intervenção do terapeuta.....	19
Quadro 2: Marcadores identificativos da resposta da cliente	20
Quadro 3: Episódios interativos possíveis e a sua localização na ZDPT	21
Quadro 4: Distribuição de episódios mais frequentes ao longo da terapia.....	25
Quadro 5: Índices dos episódios interativos mais elevados nos MIRC	27
Quadro 6: Distribuição dos atratores identificados em cada momento de inovação.....	31
Gráfico 1: Evolução das intervenções do terapeuta ao longo da terapia.....	23
Gráfico 2: Evolução das respostas da cliente ao longo da terapia	24
Gráfico 3: Saliência e frequência dos MIRC ao longo da terapia.....	26
Gráfico 4: Episódio que dá início ao MIRC.....	28
Gráfico 5: Intervenção do terapeuta que sucede o primeiro episódio colaborativo do MIRC	29
Gráfico 6: Episódio que finaliza o MIRC	29

1. A colaboração terapêutica num *continuum* desenvolvimental

A presente dissertação surgiu do interesse em compreender de que forma a colaboração terapêutica se caracteriza em momentos significativos de mudança, em particular, no momento de inovação de reconceptualização identificado pelo Modelo dos Momentos de Inovação (Gonçalves, Matos, Santos, 2009). Torna-se, assim, relevante a compreensão de conceitos como colaboração terapêutica, articulação de ações da díade terapêutica enquadradas, momento a momento, no diálogo terapêutico, e os processos de mudança inerentes à psicoterapia. Ribeiro (2009) interessou-se por compreender de que forma estas ações conjuntas da díade, em particular a compreensão do terapeuta enquanto agente co-construtor dos processos de mudança do cliente, se constitui num processo de colaboração terapêutica. A autora, parte do conceito de aliança terapêutica reconsiderando-o como um produto desta co-construção.

Hatcher e Barends (2006) consideram que a aliança terapêutica não se distingue da qualidade e força da relação colaborativa entre terapeuta e cliente. Reconsiderar a aliança “enquanto micro-processo de mudança, contextualizado momento a momento, na conversação terapêutica”, é compreendê-la enquanto micro-processo de mudança, e não só como uma variável mediadora dessa mudança (Ribeiro, 2009). A colaboração terapêutica pode assim ser vista como uma propriedade emergente que resulta da interação da díade terapeuta-cliente, estando ambos ativamente envolvidos, esta não pode ser reduzida a nenhum dos seus elementos (Hatcher, 1999).

A relevância dos aspetos relacionais em psicoterapia fica patente na sua ligação à eficácia do processo terapêutico (Lambert, 2004), sublinhando-se, assim, a importância da aliança terapêutica na qualidade da terapia, e enquanto forte preditor dos resultados terapêuticos (Horvath & Symonds, 1991; Safran & Muran, 2006).

Enquanto dimensão central da aliança, a colaboração terapêutica tem suscitado um interesse crescente por parte dos investigadores (Ribeiro, E., Ribeiro, A., Gonçalves, Horvath, & Stiles, 2012; Lepper, & Mergenthaler, 2007; Bachelor, Laverdière, Gamache, & Bordeleau, 2007), não só na medida em que esta se constitui como um forte preditor dos resultados terapêuticos (Ribeiro et al. 2012), bem como pela ausência na literatura de estudos que clarifiquem a ligação deste conceito ao trabalho intencional da díade terapeuta-cliente (Ackerman, & Hilsenroth, 2001; Bachelor, Laverdière, Gamache, & Bordeleau, 2007).

O interesse crescente pelo processo de colaboração tem crescido num contexto que procura que a psicologia seja uma ciência aplicada, não só baseada na investigação que comprova a sua eficácia geral enquanto tratamento, mas também nos processos específicos de mudança relacionados a essa eficácia (Greenberg, 2008).

Nesta perspetiva de analisar “de que forma é que a colaboração se pode tornar terapêutica?”, Ribeiro e colaboradores (2012) operacionalizaram este conceito, procurando contribuir para a sua compreensão, propondo analisar este conceito como micro-processo interativo de mudança.

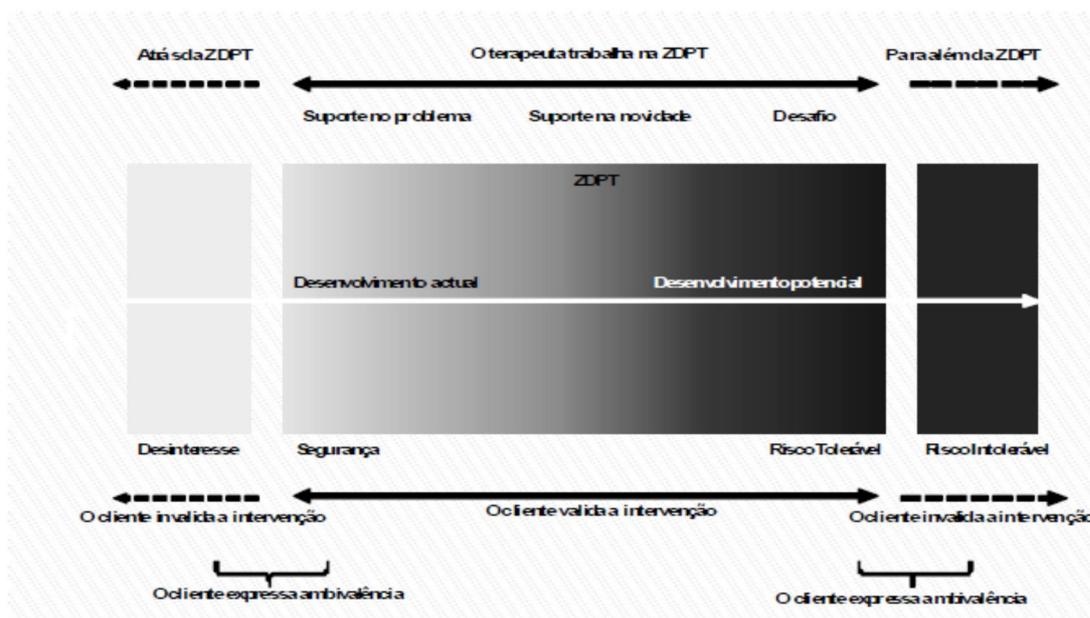
Este conceito de colaboração terapêutica é também sustentado nos processos de mudança, momento a momento, em psicoterapia. Esta mudança assume um carácter desenvolvimental ao posicionar o cliente num *continuum* entre o sofrimento gerado pela sua perspetiva habitual do problema e a sua alternativa mais adaptativa, crescente em exceções ao problema que se constituem como inovações.

Assim, Ribeiro e colaboradores (2012) recorreram ao conceito de “zona de desenvolvimento proximal” proposto por Vigotsky (1978) e revisitado por Leiman e Stiles (2001) no âmbito do modelo de assimilação de experiências problemáticas. Para Vigotsky (1978) esta zona de desenvolvimento constitui-se no desenvolvimento potencial que a criança, com a ajuda do adulto, poderia alcançar, passando de um nível de desenvolvimento atual para níveis mais complexos de desenvolvimento. Assim, e partindo da perspetiva em que a mudança em psicoterapia assume um carácter desenvolvimental (Ribeiro, 2009), a ZDPT comporta a comunicação e interação conjunta da díade, onde o cliente poderia passar, em colaboração com o terapeuta, de um nível atual de desenvolvimento para um nível potencial (Leiman, & Stiles, 2001; Ribeiro et al., 2012).

Sempre que o diálogo terapêutico posiciona a díade dentro da ZDPT cria-se a possibilidade de um trabalho terapêutico bem-sucedido, já que dentro desta zona as respostas do cliente validam a intervenção do terapeuta. Ao contrário quando o cliente invalida as propostas do terapeuta o trabalho terapêutico torna-se não colaborativo e coloca a díade fora da ZDPT (Ribeiro et al., 2012). Ribeiro e colaboradores (2012) salientam a importância de perceber de que forma estes micro-processos colaborativos contribuem para a mudança do cliente, tendo para isso criado o *Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica - SCCT* que veio permitir a análise, momento a momento, da colaboração terapêutica através das interações desta díade.

A figura 1 ilustra a articulação do conceito de colaboração terapêutica com a mudança a um nível micro. Nesta ilustração, os autores consideraram as interações terapêuticas definidas pelas intervenções do terapeuta e as respostas do cliente tendo por base um contínuo desenvolvimental que define a mudança que o cliente poderá realizar com a ajuda das intervenções do terapeuta

Figura 1: A ZDPT como um contínuo desenvolvimental



Fonte: Retirado e traduzido de Ribeiro et al. (2012), com autorização dos autores.

Assim, analisando as respostas possíveis do cliente às intervenções do terapeuta a *validação* refere-se a uma resposta do cliente que, implícita ou explicitamente, aceita a intervenção do terapeuta.

Dentro ainda das possibilidades de respostas de validação, o cliente pode situar-se no mesmo nível de terapeuta, avançar relativamente este, ou situar-se à sua frente (Ribeiro et al., 2012).

Dentro da ZDPT, o terapeuta pode trabalhar junto à zona de desenvolvimento actual do cliente, proporcionando-lhe uma experiência de *segurança* que gerando uma resposta de validação o coloca ao mesmo nível do terapeuta. O cliente pode, contudo, avançar em relação ao terapeuta aproximando-se de um nível de desenvolvimento potencial. Ao trabalhar junto do nível de desenvolvimento potencial do cliente, o terapeuta gera uma experiência de *risco tolerável*, que validade pelo cliente pode situá-lo ao mesmo nível ou atrás do terapeuta (Ribeiro et al., 2012).

A resposta de *invalidação* por parte do cliente refere-se à não-aceitação da intervenção do terapeuta, e esta invalidação pode ocorrer quando o segundo não respeita o nível de mudança em que o primeiro se encontra (Ribeiro et al., 2012).

Fora da ZDPT, o terapeuta pode trabalhar atrás da ZDPT provocando uma resposta de invalidação por *desinteresse* se o cliente entender esta intervenção do terapeuta como irrelevante ou redundante. Por outro lado, trabalhar à frente da ZDPT provoca uma resposta de invalidação do cliente por *risco intolerável* (Ribeiro et al., 2012).

Por último, quando o terapeuta trabalha no limite da ZDPT o cliente pode responder de forma *ambivalente*. Quando este trabalho é feito num nível de desenvolvimento posterior ao do cliente, inicialmente aceita a perspectiva do terapeuta para rapidamente retomar a uma perspectiva oposta movendo-se em direção à segurança. Por outro lado, quando o terapeuta trabalha num nível de

desenvolvimento anterior ao do cliente esta resposta ambivalente, entre validação e invalidação, move o cliente em direção ao risco (Ribeiro et al., 2012).

No que diz respeito às intervenções do terapeuta, o SCCT inclui intervenções de suporte e intervenções de desafio. A intervenção de suporte significa que o trabalho terapêutico é realizado perto da ZDPT atual do cliente proporcionando com mais probabilidade uma experiência de segurança. Este suporte é habitualmente focado na narrativa habitual do cliente (narrativa problemática) ou focado na inovação. A intervenção de *desafio*, por seu turno, significa que o trabalho terapêutico está a incidir mais junto à ZDPT potencial do cliente gerando como mais provável uma experiência de risco no cliente (Ribeiro et al., 2012).

Este modelo integrativo contempla quer aspetos relacionais da díade, quer técnicos, propondo, ainda, que a mudança ocorre num *continuum* desenvolvimental onde o cliente está em constante movimento dentro da ZDPT (de um nível atual para um nível potencial), obrigando o terapeuta a uma readaptação constante das suas intervenções, tentando manter o equilíbrio entre o suporte e o desafio.

Este modelo desenvolvimental da colaboração terapêutica articula a dimensão da interação com os micro-processos de mudança em psicoterapia, tomando como referência para definir processo de mudança, o conceito de inovação do Modelo dos Momento de Inovação (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009), e a natureza integradora do *self* proposta pelo modelo da assimilação (Stiles, 2011)

2. A colaboração terapêutica nos processos de mudança em psicoterapia

De acordo com os modelos narrativos, quando um cliente conta a sua história em terapia, a auto-narrativa que constrói é continuamente estruturada e reestruturada por uma ou mais posições (vozes), que através de um intercâmbio dialógico aprovam, reexaminam e desenvolvem qualquer história já existente (Hermans, 2004). As diferentes partes do *self* não se encontram apenas nesta interação dialógica, mas, estão também sujeitas a uma dominância relativa, com algumas partes (vozes) a ganharem mais poder ou a falarem mais alto do que outras (Hermans, 2004).

Os clientes ao narrarem a sua história aos terapeutas, e a eles próprios, criam um espaço dialógico no qual se promove o recontar da história de tal forma que novas conexões relacionais são estabelecidas entre as partes da história já existente e/ou os novos elementos introduzidos. Este processo facilita a construção de uma auto-narrativa mais coerente. Este espaço dialógico funciona como um campo de tensão no qual é realizada uma transição gradual entre a avaliação da história e a emergência de uma mudança na narrativa ou inovação. (Hermans, 2004).

Importa notar que este *self* dialógico não é apenas constituído por vozes internas, as posições externas dos outros são também vistas como integrantes deste *self* (Hermans, 2004).

De acordo com Ribeiro e colaboradores (2012), esta ideia de colaboração terapêutica fica, também, patente nesta partilha entre terapeuta e cliente, onde a comunicação conjunta é inicialmente

organizadora de ações externas, para mais tarde, através do processo de internalização (Vigotsky, 1978), mediar ações internas do sujeito.

O modelo de assimilação pretende descrever a evolução de como as pessoas mudam em casos de sucesso em psicoterapia. Implicado nesta mudança está a assimilação de experiências problemáticas, ou vozes, que surgem em contexto terapêutico (Stiles et al., 2002; Brinegar, Salvi, & Stiles, 2008). Este modelo propõe que as pessoas são constituídas por múltiplas partes que podem ser entendidas como vozes internas que espelham as experiências dos sujeitos (Honos-Webb & Stiles, 1998).

Assumindo uma perspectiva desenvolvimental, este modelo assume que a mudança se faz num contínuo da *escala de assimilação de experiências problemáticas*, onde estas vozes se encontram, num quadro psicopatológico, em dissonância entre si e até serem progressivamente reconciliadas e integradas no *self* (comunidade de vozes) (Stiles, Osatuke, Glick & Mackay, 2004). Estas vozes dissonantes podem interligar-se através de pontes de significado – palavras ou signos que medeiam a ligação entre as vozes. Em estados psicopatológicos estas pontes de significado são fracas ou ausentes (Stiles, 1999). Incapazes de construir pontes de significado entre estados mentais negativos e positivos, os indivíduos sentem que a continuidade do seu *self* está em perigo, contribuindo desta forma para a desorganização da sua auto-narrativa (Neimeyer, & Buchanan-Arvay, 2004).

À semelhança das pontes de significado que reintegram vozes dissonantes na comunidade de vozes (*self*), Gonçalves e colaboradores (2009) propõem que o momento de inovação de reconceptualização (MIRC) é também essencial na transformação das auto-narrativas, uma vez que este articula as ligações entre dimensões heterogéneas do *self* ou da sua auto-narrativa.

O momento de inovação de reconceptualização é identificado pelo Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI) desenvolvido por Gonçalves e colaboradores. Através de estudos empíricos, este sistema identificou 5 tipos de *momentos de inovação* (MIs) que emergem ao longo do processo terapêutico: ação, reflexão, protesto, reconceptualização e desempenho da mudança.

Estudos recentes têm demonstrado que a mudança em contexto psicoterapêutico pode ser descrita pela emergência de momentos de inovação (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010; Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos & Santos, 2011).

Partindo da assunção de que todos os terapeutas pretendem em terapia produzir inovação, independentemente do formato que a terapia possa assumir (cognitiva, emocional, comportamental), torna-se plausível que estes momentos de inovação possam emergir em qualquer processo psicoterapêutico (Gonçalves, Santos, Matos, Salgado, Mendes, Ribeiro, Cunha, Gonçalves, 2010). Estes momentos de inovação constituem-se como vozes não-dominantes, ou seja, exceções à auto-narrativa dominante, que ao surgirem em terapia permitem a criação de pontes de significado (Ribeiro, Bento, Salgado, Stiles & Gonçalves, 2011), criando ainda através da expansão destes MIs a

possibilidade de formação de uma nova auto-narrativa (Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010).

Enquadrando a inovação no SCCT, é no contexto terapêutico que surge a necessidade de o terapeuta validar, dando suporte, à auto-narrativa dominante do cliente, sendo este suporte essencial para que este experiencie segurança, já que inicialmente a sua tolerância ou capacidade de experienciar inovação é ainda reduzida. De facto, o objetivo do terapeuta é fazer o cliente avançar na ZDPT, de um nível atual para um nível potencial, criando inovação e mudança. O desafio por parte do terapeuta será assim necessário para que esta narrativa mal-adaptativa, por acumulação de MIs (Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010) dê lugar a uma nova narrativa mais adaptativa (Ribeiro et al, 2012).

É portanto, o equilíbrio dinâmico, entre as intervenções de suporte que validam a perspetiva habitual do cliente, e o desafio que convida o cliente a expandir esta perspetiva que potenciam a emergência de momentos de inovação. Após se sentir validado o cliente experiencia segurança, podendo agora o terapeuta facilitar a emergência de momentos de inovação através de um trabalho junto à zona de desenvolvimento potencial do cliente (Ribeiro et al., 2012).

Neste estudo focar-nos-emos no MI de reconceptualização, uma vez que resultados de estudos têm sugerido que este tipo particular de MI é crucial para o processo de mudança em psicoterapia (Gonçalves et al., 2009), emergindo com maior saliência em casos de sucesso, comparativamente aos casos de insucesso nos quais este tipo de MI é raro ou pouco saliente (Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009).

A presença deste MI destaca-se pelo seu carácter metacognitivo, no qual o cliente se reposiciona face à narrativa problemática, não só identificando nele próprio o que está diferente, como também descrevendo o processo de mudança nele envolvido. Assim, este MI permite ao cliente diferenciar o seu *self* passado (narrativa problemática) do seu *self* atual. É este carácter reflexivo que confere ao cliente uma postura ativa sobre o seu próprio processo de mudança, posicionando-o como autor da sua própria mudança (Gonçalves & Ribeiro, 2012).

Alguns investigadores têm argumentado que o desenvolvimento de um meta-posição (ou posição de observação) é de particular importância para facilitar a reorganização terapêutica do *self* (Dimaggio, Salvatore, Azzara & Catania, 2003; Leiman, 2002).

Esta meta-posição encerra sobre si algumas qualidades específicas: possibilita uma visão abrangente, de tal forma que várias posições podem ser vistas simultaneamente; converge numa avaliação das várias posições e da sua organização; permite perceber as ligações entre posições como parte de uma história pessoal; facilita a criação de um espaço dialógico no qual as posições e contra-posições criam relações dialógicas significativas (Hermans, 2003)

Saliente-se o facto de esta meta-posição não dever ser considerada como um núcleo organizador das várias posições do *self* que garante exclusivamente a sua unidade e coerência. Note-se ainda que a esta meta-posição estará sempre ligada a posições internas e externas (ex: terapeuta) que se atualizam num momento e situação particular, criando um fenómeno dialógico (Hermans, & Kempen, 1993). Esta posição é consistente com conceito de colaboração terapêutica proposto por Ribeiro e colaboradores (2012), já que segundo estes autores é através do trabalho colaborativo entre terapeuta e cliente, que este último é capaz de passar de um nível de desenvolvimento atual para um nível de desenvolvimento potencial. No processo de mudança do cliente, a ZDPT move-se na direção em que o seu nível atual avança no sentido do desenvolvimento de uma maior capacidade de integração destes momentos de inovação (Ribeiro et al., 2012).

Tendo como base os dois modelos de mudança apresentados, Ribeiro e colaboradores (2012), à luz destes modelos, entendem a mudança em psicoterapia como um *continuum* no qual os clientes se movem de uma narrativa dominante mal adaptativa, onde as vozes dissonantes ainda não foram integradas no *self*, para um auto-narrativa mais funcional na qual estas vozes se encontram já integradas na restante comunidade de vozes, e por isso no *self*.

O objetivo terapêutico será através do diálogo psicoterapêutico, e do entendimento entre o cliente e o terapeuta, que a troca de signos permita, gradualmente, a construção de pontes de significado que permitam a assimilação de vozes dissonantes na restante comunidades de vozes, integrando-as assim no *self* (Honos-Webb, & Stiles, 1998).

Assim, os terapeutas podem ajustar as suas intervenções, no sentido do suporte (ao trabalhar de acordo com o nível de assimilação do cliente), ou no sentido do desafio (trabalhando além do nível de desenvolvimento atual do cliente), permitindo assim o cliente avançar neste *continuum* desenvolvimental e facilitando a mudança (Ribeiro et al., 2012)

Posto isto, e assumindo que a colaboração terapêutica se desenvolve momento a momento, numa contínua coordenação de ações entre o terapeuta e o cliente, pretendemos, no âmbito desta dissertação, realizar uma análise exploratória dos processos colaborativos mediante os quais a reconceptualização emerge e se desenvolve ao longo do processo terapêutico, com base no estudo de um caso de sucesso seguido em Terapia Focada nas Emoções.

B. ESTUDO EMPÍRICO

1. Método

A estratégia metodológica adotada na presente dissertação foi o estudo de caso. A presente investigação pretende compreender o fenômeno de mudança em psicoterapia com recurso a uma caracterização micro-analítica da colaboração terapêutica nos momentos de inovação de reconceptualização. Adotar-se-á uma abordagem na qual esta investigação empírica analisa um fenômeno contemporâneo num contexto de vida real, em particular quando os limites entre o contexto e o fenômeno não são claros (Yin, 2003).

Sendo este um estudo exploratório, e tendo em conta a abordagem metodológica adotada, poderá prever-se que cada caso acrescente algo de novo, onde novas observações são válidas, quer confirmem a teoria prévia ou acrescentem algo inesperado (Stiles, 2007).

A combinação de análises quantitativas e qualitativas enquadram esta dissertação numa abordagem de estudo mista.

1.1 Questões de investigação

Tendo como referência a conceptualização de colaboração terapêutica desenvolvida por Ribeiro e colaboradores (2012), o estudo desenvolvido nesta dissertação procurou responder às seguintes questões de investigação:

- 1) Como é que a colaboração terapêutica se desenvolve ao longo de um caso de sucesso seguido em Terapia Focada nas Emoções?;
- 2) Como é que se caracteriza a colaboração terapêutica ao longo do caso quando ocorre a emergência dos momentos de inovação de reconceptualização?;e,
- 3) Como é que se caracteriza a sequência de episódios interativos mais associados ao momento de inovação de reconceptualização?.

1.2 Participantes

1.2.1 A cliente

Lisa tinha 27 anos no momento em que participou no York I Depression Study (Greenberg & Watson, 1998). Nessa altura, a cliente era casada e tinha dois filhos com idades escolares. No momento da sua admissão a cliente preenchia os critérios para Perturbação Depressiva *Major*, tendo sido utilizada a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV Eixo I (SCID; Spitzer, Williams, Gibbons, & First, 1989), como instrumento de avaliação clínica. A cliente foi selecionada aleatoriamente para realizar Terapia Focada nas Emoções ao longo de 15 sessões. O que motivou o

pedido de ajuda da cliente foi a sua dificuldade em lidar com as consequências negativas face ao vício do jogo do marido. O sofrimento que advém deste vício prende-se com o facto do marido de Lisa sair de casa por tempo indeterminado para jogar, acabando por gastar o dinheiro da família e arrastando-a para dificuldades financeiras. Apesar da raiva que sente, a cliente sente-se incapaz de demonstrar ao marido que sofre devido ao seu vício, oscilando entre querer culpá-lo e sentir-se culpada por saber que o que este tem é uma doença. Além dos sentimentos de tristeza e ressentimento que esta situação lhe suscita, a cliente também refere o mesmo tipo de sentimentos negativos em relação aos seus pais. Em relação a estes últimos, a cliente sente que estes não permitiram que fosse criança, tendo tido sempre que cuidar dos irmãos. Já adulta a cliente queixa-se que estes nunca a deixaram ser ela própria, inclusive a sua mãe considera que ela só tem de suportar o marido, já que foi o que ela fez com o seu pai, também ele com o vício do jogo.

1.2.2 A terapeuta e o modelo terapêutico

A terapeuta que acompanhou este caso clínico tinha na altura 28 anos, era uma estudante de doutoramento em psicologia clínica. Com uma experiência clínica de 2 anos, frequentou, também, um programa de 30 horas de treino em Terapia Focada nas Emoções antes de participar neste estudo.

1.2.3 A investigadora, a segunda juíza e a auditora

A investigadora (juíza A) do presente caso é estudante do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, na Universidade do Minho, e integra o grupo de investigação com estudos centrados na aliança terapêutica e mudança em psicoterapia.

A segunda juíza (juíza B) é, também, aluna do 5º ano do Mestrado Integrado na mesma área e universidade, integrando igualmente o grupo de investigação acima referido.

Ambas as juízas receberam treino no SCCT com supervisão da Professora Doutora Eugénia Ribeiro de uma aluna de Doutoramento, treinada no SCCT. A investigadora foi responsável pela codificação da totalidade das sessões, sendo que a juíza B codificou 30% das mesmas. As codificações realizaram-se de forma independente, tendo sido o desacordo resolvida através da metodologia de consenso com auditoria da orientadora.

1.3 Instrumentos

Nesta dissertação recorreu-se aos instrumentos utilizados pelas diversas equipas que analisaram este caso anteriormente, sendo que o presente estudo utiliza informação fornecida por estas equipas. O caso clínico considerado é parte integrante de uma amostra de participantes deprimidos que integram o projeto *York I Depression Study* (Greenberg & Watson, 1998). De acordo com a análise do *Reliable Change Index* (RCI) do pré- e pós-teste do *Beck Depression Inventory* - BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), este caso foi considerado de sucesso devido à redução

significativa de sintomatologia. Os momentos de inovação de reconceptualização foram selecionados a partir dos MIs codificados com o Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus e Greenberg, 2010), pela equipa de investigação dos Momentos de Inovação. A colaboração terapêutica foi codificada no âmbito deste estudo, sendo, assim, o único instrumento descrito em maior detalhe o Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica.

1.3.1 Medida de análise do processo

A análise da colaboração terapêutica momento a momento foi possível através do Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica – SCCT (Ribeiro et al., 2012), que tem como unidade de análise a interação das falas transcritas do cliente e do terapeuta. Assim, este sistema possibilita a codificação das intervenções do terapeuta e as respetivas respostas da cliente.

No que se refere à intervenção do terapeuta, o sistema é composto por marcadores de Suporte e por marcadores de Desafio (Quadro 1). Os marcadores de suporte subdividem-se em suporte no problema, se a intervenção do terapeuta incidir na narrativa problemática do cliente, ou de suporte de inovação se a sua intervenção incidir nas exceções ou novidades a esta narrativa. As intervenções de suporte visam essencialmente a exploração da perspetiva habitual do cliente, localizando-se, deste modo, num nível de desenvolvimento atual. Por sua vez, as intervenções de desafio visam o avançar do cliente na zona, de um nível atual para um nível potencial, através da extrapolação da sua perspetiva habitual.

A utilização, pela primeira vez, do presente instrumento de codificação num caso de Terapia Focada nas Emoções criou a necessidade de incluir 2 novos marcadores – **Focalização; Convida a tomar consciência e a explicitar emoções**. Num primeiro momento, decorrente da codificação, foi necessário identificar, à luz deste modelo terapêutico, o que seriam intervenções de suporte e de desafio.

O *focusing* (focalização) é uma técnica experiencial adotada na TFE utilizada quando os clientes não têm consciência imediata do que lhes causa sofrimento. O cliente é, assim, convidado a estar atento ao seu corpo no momento em que experiencia uma dada emoção, tentando, posteriormente, traduzir em palavras ou imagens aquilo que sente (Watson, Goldman, & Greenberg, 2007).

Ilustração clínica¹:

T: what's this - that you're doing with your hands?

C: I guess it's pushing her aside

T: do that some more, push her aside

Um dos objetivos fundamentais da Terapia Focada nas Emoções é o foco do cliente, momento-a-momento, nas suas emoções, com o intuito de as trazer à consciência possibilitando a sua reflexão, expressão, regulação e transformação. Este objetivo pressupõe um, posterior, fortalecimento do *self* e criação de novos significados. Surge, assim, este novo marcador, *Awareness* (Convida a tomar consciência e a explicitar emoções), codificado sempre que o terapeuta procura a emoção subjacente à experiência, interna ou externa, do cliente (Greenberg, & Goldman, 2007).

Ilustração clínica:

T: what's happening now, as you say this?

C: (sniff) um, I feel little

Quadro 1: Marcadores identificativos da intervenção do terapeuta

Marcadores de Suporte	Marcadores de Desafio
<ul style="list-style-type: none">▪ Reflexão▪ Confirmação▪ Sumarização▪ Demonstração de interesse/ atenção▪ Questionamento aberto▪ Encorajamento mínimo▪ Especificar informação▪ Clarificação	<ul style="list-style-type: none">▪ Interpretação▪ Confrontação▪ Convida a adotar uma nova perspectiva▪ Convida a pôr em prática uma nova ação/diferente▪ Convida a imaginar cenários hipotéticos▪ Convida a mudar o nível de análise▪ Enfatizar a inovação▪ Desafiar crenças▪ Procurar evidências para a mudança▪ Convida a tomar consciência e a explicitar emoções▪ Focalização

Fonte: retirado, traduzido e adaptado de Ribeiro et al. (2012), com autorização dos autores

¹ Optou-se pela não tradução da transcrição original por forma a não se perderem os significados inerentes à língua nativa

Cada intervenção do terapeuta pressupõe, também, a codificação da resposta do cliente, podendo esta ser de três tipos: validação, invalidação ou ambivalência (Quadro 2). Na resposta de validação o cliente aceita a perspectiva da intervenção do terapeuta, na resposta de invalidação esta perspectiva não é aceita pelo cliente. A resposta de ambivalência do cliente pode oscilar entre uma aceitação inicial da intervenção do terapeuta havendo um posterior retrocesso à sua perspectiva habitual, ou uma persistência na perspectiva habitual do cliente com posterior aceitação da perspectiva do terapeuta.

Atente-se, ainda, numa particularidade da codificação de marcadores de validação. Estes marcadores podem conter algum elemento de inovação, face à narrativa problemática do cliente. Estas respostas de validação colocam o cliente no seu nível de desenvolvimento potencial, podendo o trabalho terapêutico ocorrer, dentro da ZDPT, ao mesmo nível do terapeuta, ou à frente deste.

Quadro 2: Marcadores identificativos da resposta da cliente

Resposta de validação	Resposta Ambivalente	Resposta de invalidação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confirmação ▪ Fornecimento de informação ▪ Elaboração ▪ Reformulação da sua própria perspectiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aceitação da intervenção do terapeuta seguida de retorno à perspectiva habitual ▪ Persistência na perspectiva habitual seguida de aceitação da intervenção do terapeuta 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Expressão de confusão ▪ Persistência na perspectiva habitual ▪ Defesa da perspectiva habitual e/ou desacordo com a perspectiva do terapeuta ▪ Negação do progresso ▪ Auto-criticismo e/ou desesperança ▪ Ausência de envolvimento na resposta ▪ Mudança de tópico ▪ Desconexão de tópico ou foco ▪ <i>Storytelling</i> e /ou foco na reação dos outros ▪ Resposta sarcástica

Fonte: retirado, traduzido e adaptado de Ribeiro et al. (2012), com autorização dos autores

Resultado das interações entre as intervenções do terapeuta e subsequentes respostas da cliente resultam 18 episódios, dos quais resulta, ainda, o seu agrupamento em 7 categorias das posições relativas que o terapeuta e o cliente podem ocupar nessas interações tendo por referência a ZDPT (Quadro 3).

Quadro 3: Episódios interativos possíveis e a sua localização na ZDPT

		Resposta do cliente						
		Atrás da ZDPT	No limite da ZDPT	Dentro da ZPD		No limite da ZDPT	À frente da ZDPT	
				Atual	Potencial			
		Invalidação	Ambivalência avanço para - risco tolerável	Validação		Ambivalência retorno - à segurança	Invalidação	
Intervenção do terapeuta	Atual	Suporte no problema	Desinteresse	Ambivalência	Segurança	Risco tolerável	Ambivalência	Risco intolerável
	Potencial	Suporte na inovação	Desinteresse	Ambivalência	Segurança	Risco tolerável	Ambivalência	Risco intolerável
		Desafio	Desinteresse	Ambivalência	Segurança	Risco tolerável	Ambivalência	Risco intolerável

Fonte: retirado, traduzido e adaptado de Ribeiro et al. (2012), com autorização dos autores

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

Como análise do processo adicional, e no sentido de complementar a resposta à questão de como é que evolui a colaboração terapêutica ao longo do MI de reconceptualização, utilizamos o método *State Space Grids - SSGs* (Lewis, Lamey, & Douglas, 1999), para estudar a trajetória da díade no espaço interativo definido pela intersecção entre as intervenções do terapeuta e as respostas do cliente e identificar a interação central em que a díade estabiliza durante os MIRC.

Este procedimento de análise surgiu no âmbito da psicologia do desenvolvimento, propondo-se estudar duas ou mais séries de dados sincronizados (Lewis, Lamey, & Douglas, 1999). Este sistema permite a análise dinâmica e sincronizada entre duas variáveis e assenta em dois conceitos

fundamentais o *State Space* e os Atractores. O conceito de *State Space* diz respeito a todos os potenciais estados de um dado sistema, num dado momento, e é definido pelas posições que as duas variáveis podem tomar. O conceito de atractor reporta-se ao conceito de *State Space*, já que o sistema tende a estabilizar num número reduzido de estados que representam os episódios interativos centrais, saturando 80% da sessão.

Utilizamos um programa informático denominado *GridWare* (Versão 1.1) desenvolvido por Lamey, Hollestein, Lewis e Granic (2004), que possibilitou a representação gráfica, e em tempo real, das trajetórias da díade terapêutica, neste caso clínico.

1.4 Procedimento

Num primeiro momento foi pedida autorização à equipa do *York I Depression Study* (Watson & Greenberg, 1998) para analisar o caso clínico no âmbito do projeto de investigação em que esta tese se insere. A transcrição do caso foi cedida por esta equipa, assim como as informações relativas ao mesmo e usadas neste estudo.

Os momentos de inovação de codificação foram previamente identificados pela equipa dos Momentos de Inovação coordenada pelo Professor Doutor Miguel Gonçalves, sendo que, foram apenas selecionados os momentos de inovação de reconceptualização. Tendo em conta que a unidade de análise do SCCT consiste num par de falas adjacente do terapeuta e do cliente, todos os MIRCs identificados tiveram início na fala da cliente. O cálculo da saliência é uma análise quantitativa dos dados obtidos através do SCMI, sendo a saliência a percentagem de palavras dedicada ao MI por sessão. Esta é calculada através da contagem da proporção de palavras em cada MI (razão entre número total de palavras do MIRC e o número total de palavras da sessão).

Relativamente à codificação do caso com recurso ao *Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica* – SCCT (Ribeiro et al., 2012), numa primeira fase, ambas as juízas envolvidas na codificação do presente caso foram treinadas no SCCT ao longo de, aproximadamente, 6 meses e compreendeu a realização de reuniões quinzenais e a cotação de várias sessões de treino. Este treino foi concluído quando as juízas chegaram a um acordo inter-juízes superior a 0.7. Posto isto, procedeu-se à leitura das duas primeiras sessões do caso clínico em estudo, de forma independente, e cada juíza identificou as áreas problemáticas da cliente, assim como o que seria novidade emergente ao longo do processo, atendendo aos objetivos de mudança negociados com a cliente e de acordo com a abordagem terapêutica, chegando-se, depois, a um consenso final.

Num segundo momento, realizou-se a codificação sequencial de 30% do total de sessões, de forma independente por parte de cada juíza. Terminadas as codificações, calculou-se o acordo entre as codificações, tendo os desacordos sido discutidos entre as juízas com supervisão da auditora.

O acordo inter-juízas foi calculado previamente à auditoria e situou-se no valor 0.39 K médio relativo à intervenção do terapeuta (com uma percentagem média de acordo de 70%), e do valor 0.44 K médio relativo à resposta da cliente (com uma percentagem média de acordo de 86%). As restantes

sessões foram apenas codificadas pela juíza A. Embora reconheçamos que os valores do K são baixos, as percentagens de acordo correspondentes são elevadas. A pouca variabilidade na codificação das intervenções do terapeuta e nas respostas do cliente, fazem com que apenas um desacordo desça muito os valores do K, mantendo-se, no entanto, a percentagem de acordo elevada.

2. Apresentação e análise de resultados

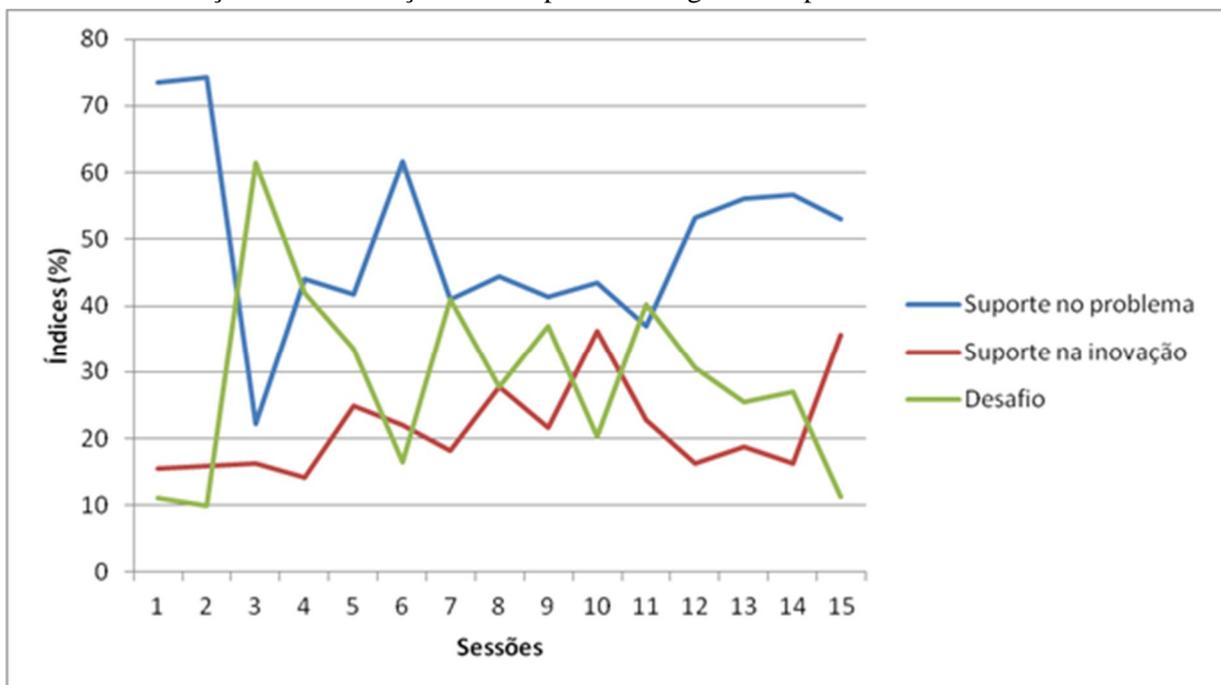
Por se enquadrar num estudo de caso, a apresentação e análise de resultados, da presente dissertação, será explanada de forma descritiva e compreensiva. Tentar-se-á responder às três questões de investigação formuladas. Num primeiro momento, focar-nos-emos numa descrição geral da colaboração terapêutica ao longo do caso. De seguida, será considerada a caracterização da colaboração terapêutica ao longo do caso nos momentos de emergência da reconceptualização, bem como a caracterização da sequência de episódios interativos mais associados a este momento de inovação.

2.1 Análise descritiva do caso clínico

2.1.1 Caracterização da colaboração terapêutica no caso Lisa

A análise dos dados que se segue resultou do cálculo dos índices de tipo de intervenções do terapeuta ao longo da terapia. Estes índices referem-se à razão entre a frequência de cada tipo de episódio e o número total de episódios de cada sessão, e serão apresentados em percentagem (Gráfico 1).

Gráfico 1: Evolução das intervenções do terapeuta ao longo da terapia

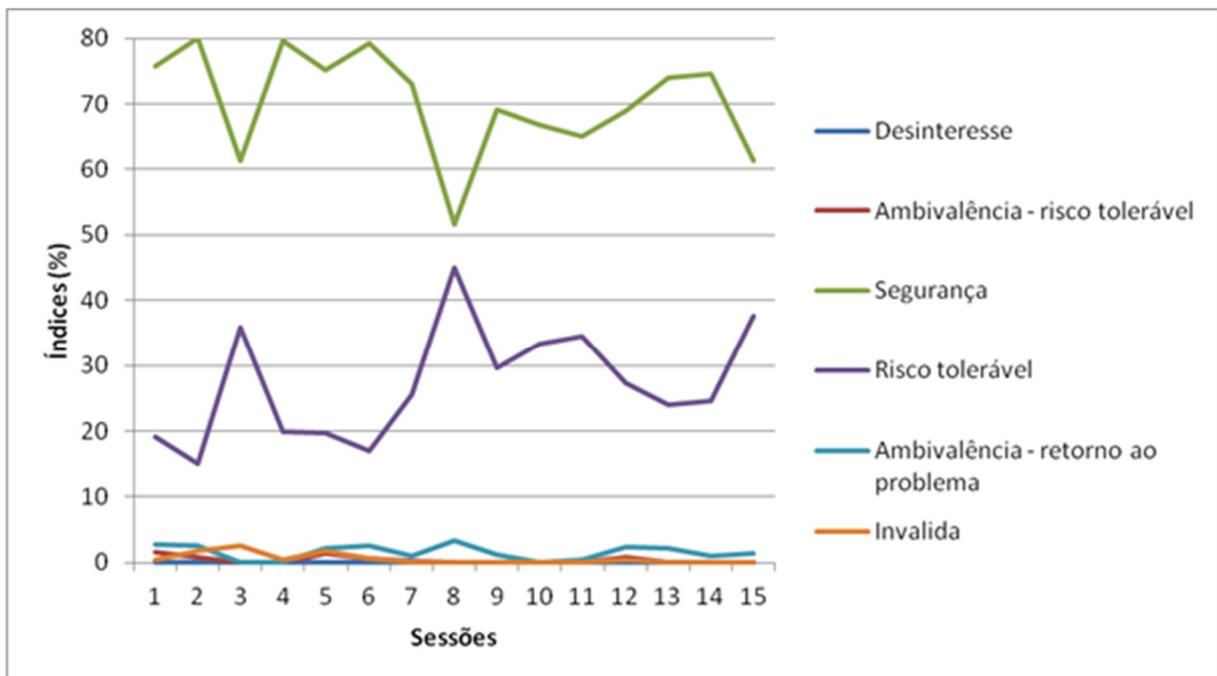


O gráfico 1 permite observar o tipo de intervenções do terapeuta e os respectivos índices ao longo das 15 sessões de terapia. No que concerne ao tipo de intervenções do terapeuta, verificamos o predomínio das intervenções de suporte no problema, que foram, tal como podemos observar, sempre superiores às intervenções de suporte na inovação.

O índice mais elevado de suporte no problema encontrou-se nas primeiras duas sessões, constatando-se uma descida acentuada na terceira sessão, que deu lugar a um predomínio de intervenções de desafio. Este padrão em que as intervenções de desafio foram superiores às intervenções de suporte apenas se voltou a verificar na sessão 11.

Embora as intervenções de suporte no problema e de desafio tenham tido a mesma proporção na sessão 7, estas tendem a variar em sentido inverso. Relativamente às intervenções de suporte na inovação, estas atingiram valores de índices máximos na 10ª e 15ª sessões.

Gráfico 2: Evolução das respostas da cliente ao longo da terapia



Atendendo, agora, às respostas da cliente, verificou-se que ao longo de todo o processo a sua resposta predominante foi a segurança. A segunda resposta com índice mais frequente, e a variar inversamente às respostas de segurança, foi a resposta de risco tolerável.

Tendo como referência a posição do cliente e do terapeuta nos episódios interativos em termos de ZDPT, a análise do gráfico 2 permite, ainda, perceber que a quase ausência de respostas de invalidação e ambivalência da cliente pressupõem um trabalho sempre dentro da ZDPT. Foi, ainda, possível assistir ao predomínio do encontro entre terapeuta e cliente no mesmo nível de

desenvolvimento, seja este atual (considerando as respostas de segurança da cliente) ou potencial (considerando as respostas de risco tolerável da cliente).

O quadro 4 apresenta a distribuição dos índices dos diferentes episódios ao longo da terapia. Estes índices referem-se à razão entre a frequência de cada tipo de episódio e o número total de episódios de cada sessão, sendo apresentados em percentagem.

Quadro 4: Distribuição de episódios mais frequentes ao longo da terapia

Sessões	1	2	3	4	5	6	7
Episódios Índices (%)	SP-S (63,7)	SP-S (67,5)	D-S (36,6)		SP-S (35,1)	SP-S (50,8)	SP-S (38,1)
	SP-RT (7,1)	SI-RT (10,0)	D-RT (24,2)	SP-S (38,8) D-S (31,3)	D-S (24,7)	SI-S (16,3)	D-S (27,3)
	SI-S (7,1)						

Sessões	8	9	10	11	12	13	14	15
Episódios Índices (%)	SP-S (31,1)	SP-S (39,5)	SP-S (39,1)	SP-S (32,3)	SP-S (47,2)	SP-S (50,0)	SP-S (48,0)	SP-S (41,3)
	SI-RT (17,8)	D-S (14,7)	SI-RT (23,2)	D-S (28,0)	D-S (16,2)	D-S (17,9)	SI-RT (18,4)	SI-RT (20,0)

Legenda: Episódio colaborativos

SP-S – Episódio de Suporte no problema - Segurança

SI-RT – Episódio na inovação - Risco tolerável

D-RT – Episódio de Desafio - Risco tolerável

D-S – Episódio de Desafio – Segurança

Foram selecionados os episódios com maior proporção por sessão. Assim, verificamos que à exceção da sessão 3, o episódio suporte no problema – segurança foi o mais frequente. A sessão 3 diferiu deste padrão, tendo sido esta sessão, na sua maioria, caracterizada pelo episódio de desafio – segurança.

Olhando, agora, para o episódio com a segunda maior incidência ao longo da terapia, constatamos que o episódio de desafio – segurança surgiu em 7 das 15 sessões.

Tendo como referência para a análise de cada episódio, os níveis de desenvolvimento na ZDPT, foi, novamente, possível verificar que terapeuta e cliente se encontraram sempre a trabalhar dentro da ZDPT. A intervenção de suporte no problema do terapeuta, e as subsequentes respostas de segurança da cliente colocaram-nos ao mesmo nível, dentro da ZDPT. Ainda dentro da zona, o terapeuta avançou em relação ao cliente nos episódios de desafio – segurança. Por sua vez, o cliente

avançou, no sentido do seu desenvolvimento potencial, em relação ao terapeuta nos episódios de suporte na inovação – risco tolerável.

2.2 Caracterização da colaboração terapêutica no momento de inovação de reconceptualização

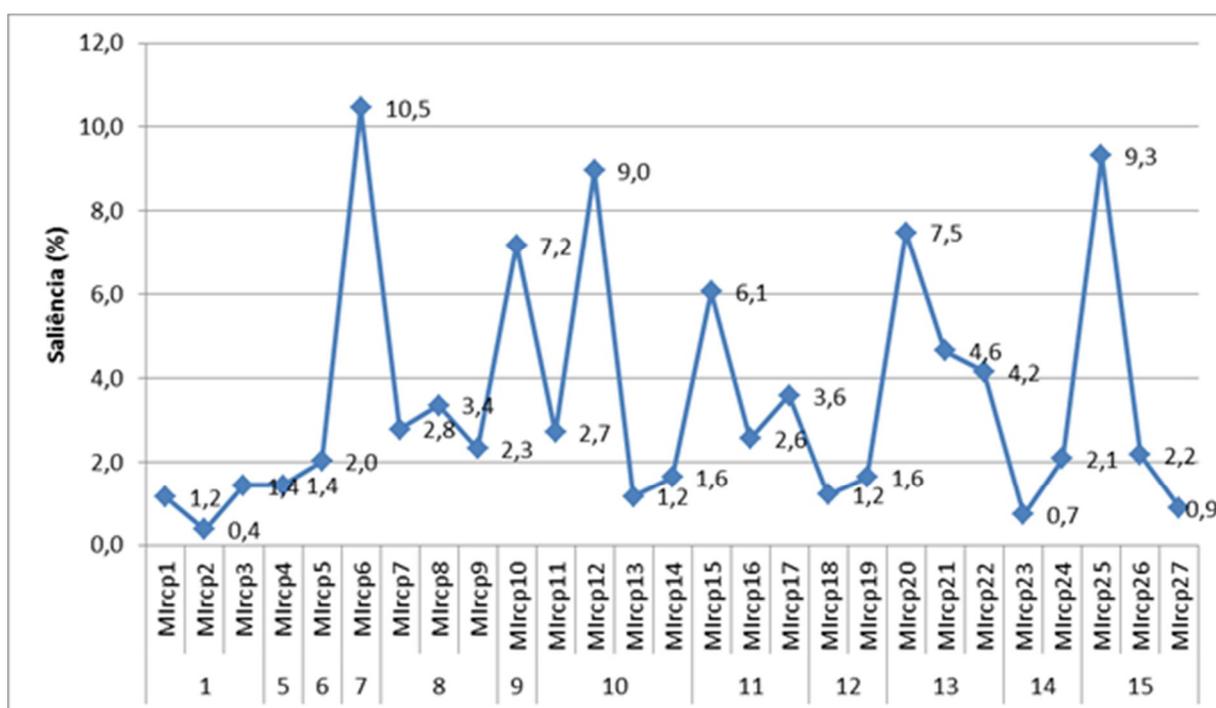
Para responder à questão de como se caracteriza a colaboração terapêutica quando da emergência do momento de inovação de reconceptualização (MIRC), consideraram-se primeiro os índices dos episódios colaborativos em todos os MIs ao longo do processo e por fim uma análise sequencial destes episódios.

Antes de passar à caracterização da colaboração no MIRC apresentamos uma evolução destes momentos em termos da sua frequência e saliência em cada sessão ao longo do processo.

2.2.1 Análise dos índices de episódios colaborativos por MIRC ao longo da terapia

Após uma descrição geral da evolução dos índices de colaboração ao longo da terapia, focar-nos-emos, agora, na evolução destes índices nos momentos de inovação de reconceptualização emergentes ao longo da terapia. Antes de passar à caracterização da colaboração no MIRC apresentamos uma evolução destes momentos em termos da sua frequência e saliência.

Gráfico 3: Saliência e frequência dos MIRC ao longo da terapia



A leitura do gráfico 3 permite-nos observar a ocorrência de 27 MIs de reconceptualização ao longo das 15 sessões de terapia. Este MI teve pouca saliência na primeira sessão, e esteve ausente da segunda à quarta sessão. Ressurgiu, então na sessão 5 ainda com baixa saliência, e voltou a emergir como maior saliência ao longo do tempo a partir desta sessão.

Para a caracterização da colaboração no MIRC calcularam-se os índices dos episódios interativos em cada um dos 27 MIs de reconceptualização, através da razão entre a frequência de cada tipo de episódio e o número total de episódios de cada MIRC.

O quadro 5 descreve os episódios interativos com índices mais elevados nos MIRC.

Quadro 5: Índices dos episódios interativos mais elevados nos MIRC

Sessões	Episódios MIRC- Índices		MIRC
1	SI-S	67%	1
	SP-RT	100%	2
	SI-RT	67%	3
5	SI-RT	75%	4
6	SI-RT	50%	5
7	SI-RT	54%	6
8	SI-RT	40%	7
	SI-RT	86%	8
	D-RT	100%	9
9	SI-RT	58%	10
10	SI-RT	80%	11
	SI-RT	75%	12
	SI-RT/SI-S/D-RT	33%	13
11	SI-RT	75%	14
	SI-RT	91%	15
	SI-RT	80%	16
12	SI-RT	54%	17
	SP-AMb.RT	100%	18
13	SP-S	100%	19
	SI-RT	91%	20
	SI-RT	64%	21
14	SP-RT	100%	22
	SP-RT	50%	23
15	SI-RT	77%	24
	SI-RT	100%	25
	SI-RT	78%	26
	SI-S	67%	27

Nas sessões do presente caso foram identificados 27 MIs de reconceptualização, sendo que uma análise ao nível micro deste Momento de Inovação permitiu verificar que o episódio interativo mais frequente foi o *suporte na inovação – risco tolerável*. Tendo por referência a ZDPT, o cliente trabalhou, em todas as sessões, no nível de desenvolvimento posterior aquele que a intervenção do

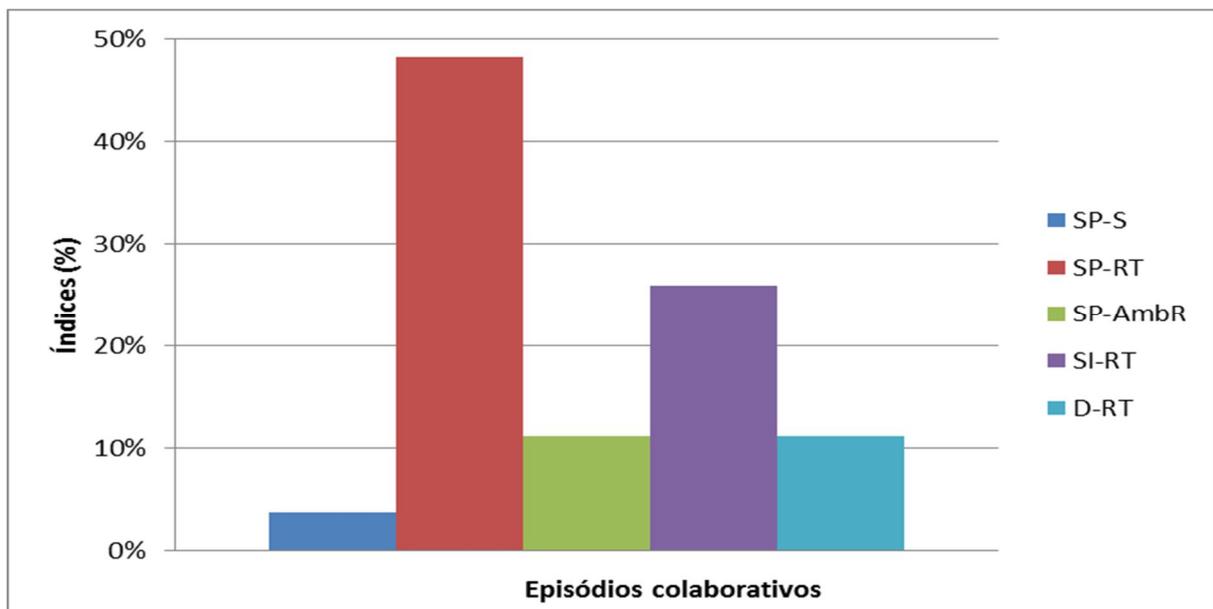
terapeuta propôs, ou seja, no seu nível de desenvolvimento potencial. O terapeuta, por sua vez, validou este avançar na zona do cliente através do suporte na inovação.

2.2.2 Análise sequencial dos episódios colaborativos ao longo do MIRC

Percebido o padrão global da colaboração terapêutica ao longo da terapia nos MIs de reconceptualização, interessou-nos perceber, a um nível micro, como é que se desenvolve a colaboração terapêutica antes, durante, e após este momento significativo. Para isso fizemos uma análise sequencial das interações em cada MIRC, no sentido de perceber que episódios são mais frequentes nesta sequência selecionada.

O gráfico 4 mostra a distribuição dos episódios colaborativos que iniciam os MIRC.

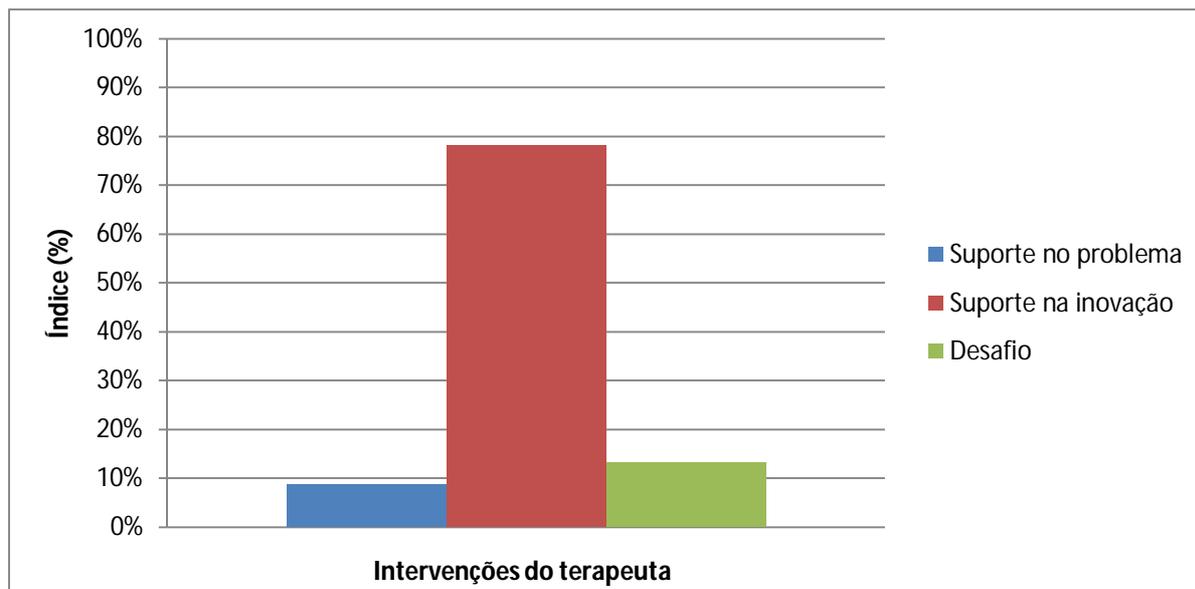
Gráfico 4: Episódio que dá início ao MIRC



A análise do gráfico leva-nos a concluir que foi o cliente que deu início ao momento de inovação de reconceptualização, uma vez que, face à intervenção do terapeuta de suporte no problema, este avançou na zona de um nível atual para um nível potencial, através da resposta de risco tolerável. Assim, no primeiro episódio colaborativo da maior percentagem do MIRC, o cliente avançou para um nível de desenvolvimento da ZDPT à frente daquele em que o terapeuta interveio.

Com o intuito de perceber como é que o terapeuta respondeu a este avanço na zona por parte do cliente no sentido da inovação, analisou-se a intervenção subsequente do terapeuta (Gráfico 5).

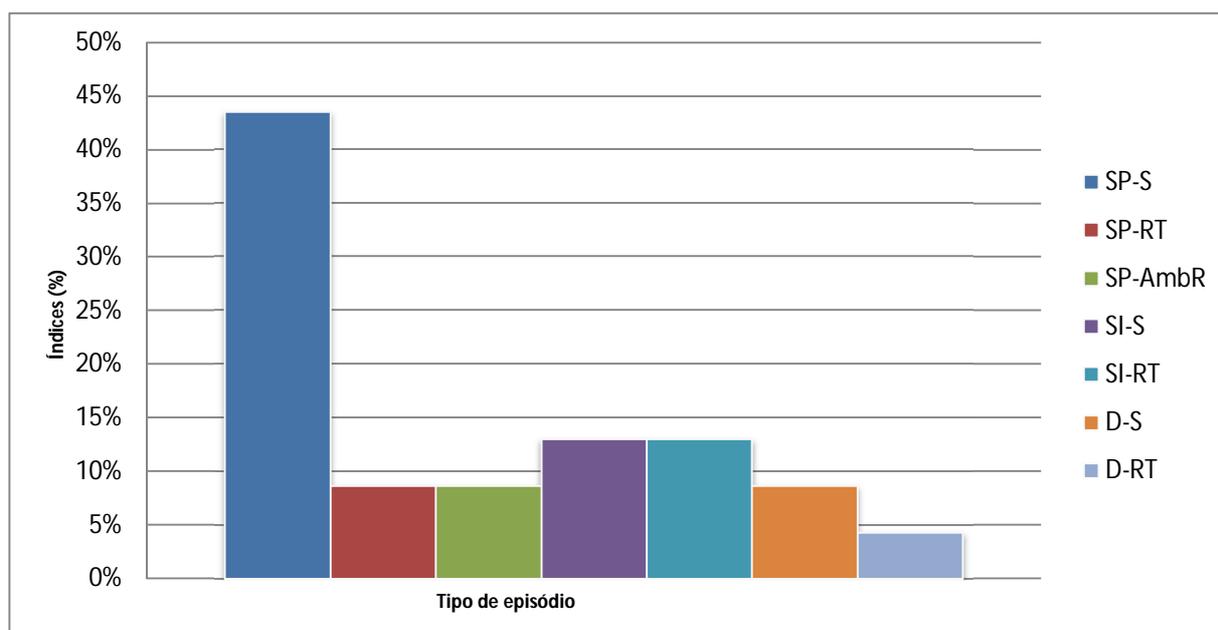
Gráfico 5: Intervenção do terapeuta que sucede o primeiro episódio colaborativo do MIRC



Como se pode verificar pelo gráfico 5 o terapeuta validou a inovação do cliente, em 78% das vezes, através de intervenções de suporte na inovação. O terapeuta só avançou, na zona, além do cliente em 13% das vezes, através de intervenções de desafio. O retorno ao problema, por parte do terapeuta, apenas ocorreu 9% das vezes.

Analisado o momento de início do MIRC, focar-nos-emos, agora, na forma como este terminou. O gráfico 6 mostra os índices de episódios que encerram este momento de inovação.

Gráfico 6: Episódio que finaliza o MIRC



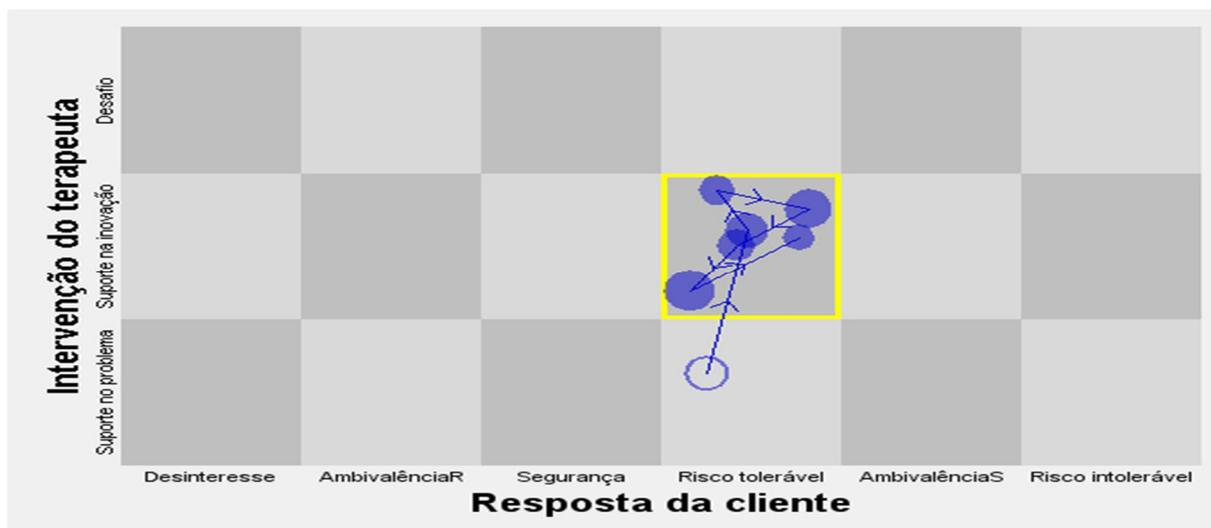
O índice mais elevado do episódio que finalizou o momento de inovação de reconceptualização foi o *suporte no problema – segurança*. Assim, neste caso, verificou-se que foi o terapeuta que termina o MIRC, voltando a focar o problema da cliente. A resposta da cliente indica que esta acompanhou o terapeuta, recuando também na sua ZTDP, e retomando, assim, o nível de segurança, passando ambos a trabalhar no mesmo nível da ZDPT.

Ainda no sentido de complementar a resposta à questão de como é que evolui a colaboração terapêutica ao longo do MI de reconceptualização utilizamos o método *State Space Grids - SSGs* (Lewis, Lamey, & Douglas, 1999), para estudar a trajetória da díade no espaço interativo definido pela intersecção entre as intervenções do terapeuta e as respostas do cliente e identificar a interação central em que a díade estabiliza durante os MIRC.

A análise com o *Gridware* permitiu a representação gráfica da trajetória de díade, em tempo real, nos MIRC, numa grelha definida por três variáveis: a Intervenção do Terapeuta – eixo y; a Resposta da Cliente – eixo do x e a duração de cada episódio (representado pelo tamanho dos círculos). Cada círculo na grelha corresponde à interação entre a intervenção do terapeuta e a resposta da cliente, constituindo-se um episódio. O círculo vazio corresponde ao primeiro episódio do MIRC, as linhas representam as transições ao longo de todos os episódios representados e as setas representam a direção entre cada transição.

De forma exemplificativa, a figura 2 corresponde à grelha obtida no 8º MIRC. O quadrado amarelo significa que a célula da grelha que intersecta a intervenção do terapeuta de suporte na inovação e a resposta do cliente de risco tolerável, sendo por isso, o episódio *suporte na inovação – risco tolerável* considerado um episódio atrator da colaboração neste momento de inovação.²

Figura 2: Grelha com o episódio atrator do 8º MIRC identificado



² Consultar anexo para análise das grelhas dos MIRCs restantes, com os atratores devidamente identificados

O quadro 6 contempla a sumarização dos atractores encontrados ao longo dos 27 MIRC's identificados.

Quadro 6: Distribuição dos atractores identificados em cada momento de inovação

		Resposta do cliente			
		Ambivalência em direção à segurança	Segurança	Risco tolerável	Ambivalência de retorno ao problema
Intervenção do terapeuta	Suporte no problema		20,25	20,25	19
	Suporte na inovação		13	4,5,6,7,8,10,11,12,14,15 16,17,18,22,23,26,27,28	
	Desafio			9	

Nota: Os números dentro das células representam os MIs de reconceptualização em que essa célula se constitui como atractor

Tendo como base de análise os 27 MIs de reconceptualização procurou-se identificar os atractores encontrados nestes momentos significativos, sendo assim possível identificar os episódios em que a díade estabilizou.³

Como é possível verificar pelo quadro 6, o episódio *suporte na inovação-risco tolerável* foi o mais prevalente correspondendo a 66,7% do total de atractores. Tal indica que a díade se concentrou num tipo de interação em que o terapeuta suportou o avanço do cliente no sentido da inovação, sem no entanto se colocar ao mesmo nível do cliente através de intervenções de desafio. Este avançar do terapeuta para o mesmo nível do cliente, intervenções de desafio e respostas de risco tolerável, aconteceu em 3,6% do total de atractores. O atractor *suporte no problema – risco tolerável* correspondeu a 17,9% do total de atractores, fazendo concluir que apesar do terapeuta persistir no suporte da perspetiva problemática da cliente, esta manteve as suas respostas no sentido da inovação.

Relativamente aos episódios em que a resposta da cliente era de ambivalência, apenas se verificou um único atractor (3,6% do total de atractores). Neste caso, o terapeuta ao intervir num nível

³ Uma vez que não foi identificado nenhum episódio que envolvesse a resposta de desinteresse e risco intolerável por parte da cliente, estas respostas não serão apresentadas no quadro 6

anterior ao desenvolvimento potencial da cliente, a sua resposta foi no sentido de exploração da inovação mas com retorno à experiência problemática.

Terapeuta e cliente interagiram no nível de segurança desta última com 7,1% de atratores no episódio *suporte no problema – segurança* e 3,6% para os episódios de suporte na inovação – segurança.

O trabalho colaborativo no nível potencial da cliente aconteceu 88,2% do total de atratores, por comparação aos 14,3% de trabalho no nível atual da cliente, ou no limite superior da ZDPT.

Mais uma vez confirmou-se a ausência de episódios não colaborativos quer pela inexistência de respostas de desinteresse, quer pela inexistência de respostas de risco intolerável.

Estes resultados são consistentes com os anteriormente encontrados na análise de frequências do momento de inovação de reconceptualização. Ambas as análises permitiram constatar que o episódio que caracterizou a sequência do MIRC, quer porque é o mais frequente quer porque é aquele em que a movimentação interativa da díade estabiliza, foi o *suporte na inovação – risco tolerável*. Daqui resultou uma colaboração terapêutica caracterizada por episódios colaborativos entre terapeuta e cliente, nos quais o avanço da cliente na zona foi suportado, através da sua validação, pelo terapeuta.

De forma ilustrativa, a figura 3 permite acompanhar o movimento colaborativo entre terapeuta e cliente ao longo de um momento de reconceptualização, tendo por base os índices mais frequentes dos episódios antes, durante e depois deste momento significativo.

Figura 3a: Episódios interativos que caracterizam a colaboração terapêutica ao longo do MIRC: suporte no problema – risco tolerável

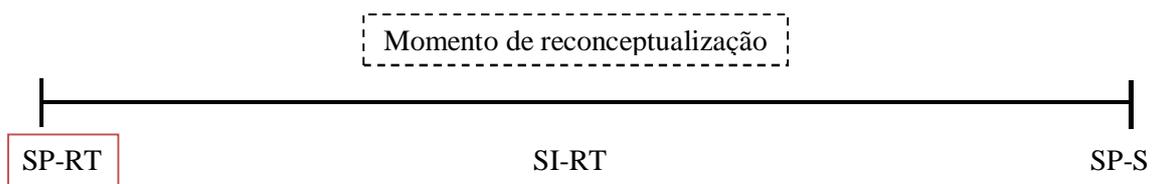


Ilustração clínica (sessão 8)

Momento de reconceptualização 8

(A cliente fala sobre as melhorias, nomeadamente o apoio que tem encontrado na sua igreja. Encontrar suporte para si mesma funciona como fonte de força)

T: just sort of letting it wash over you (C: yeah, that's right) that's what you told me.

C: I know I've gained a lot of strength; like – like I still say I'm not strong but (T. you've gained strength) I've gained strength.

Figura 3b: Episódios interativos que caracterizam a colaboração terapêutica ao longo do MIRC: suporte na inovação – risco tolerável

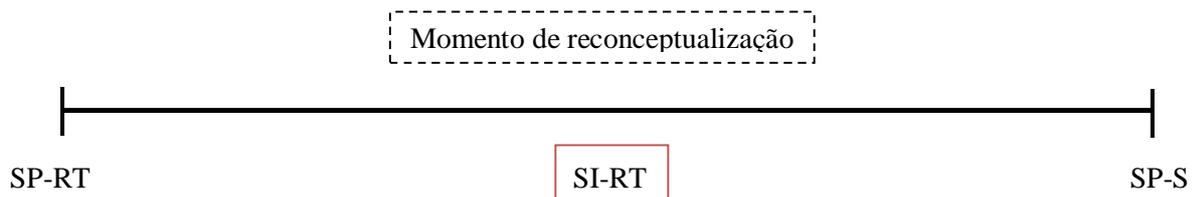


Ilustração clínica (sessão 8)

Momento de reconceptualização 8

T: you feel stronger.

C: yeah I do, and it's nice to have the support of my church also (T. yeah) that-that feels good, like I don't feel, as much alone, like if-if I 'me feeling down I can call somebody (T. uh huh, yeah) so that's-that's...

T: you know where to go for support.

C: yeah that's there (T. mm hm) and um I guess right now is it's good to have that it's - it's another way out (T. mm hm).

T: it's another place to go for what you need.

C: yeah, yeah that's right instead of, you know, I guess, you know, really getting depressed again and then either taking it out on the children or; (T. mm hm) it's like, you know, just speaking to another voice to give that little strength, um is helpful (T. yeah).

T: yeah so you're sort of focused on trying to (sigh) support yourself right now (C: yeah) get your strength (C: that's right).

C: and just acknowledging, you know, the feelings (T. uh huh) let – allowing them (T. uh huh).

T: just allowing whatever comes to come?

C: yeah that's just the way it's going to be and um there's only so much I can do (T. yeah) and it's like I'm not going to try to take care of the whole world, it's just it's just (T. yeah) what's on my plate, which is um, the family you know (T. mm hm) the children (T. mm hm).

T: so everything's okay for now if you just let those.

C: yeah that feels good (T. yeah), I feel like I'm doing my part (T. yeah).

Figura 3c: Episódios interativos que caracterizam a colaboração terapêutica ao longo do MIRC: suporte no problema – segurança

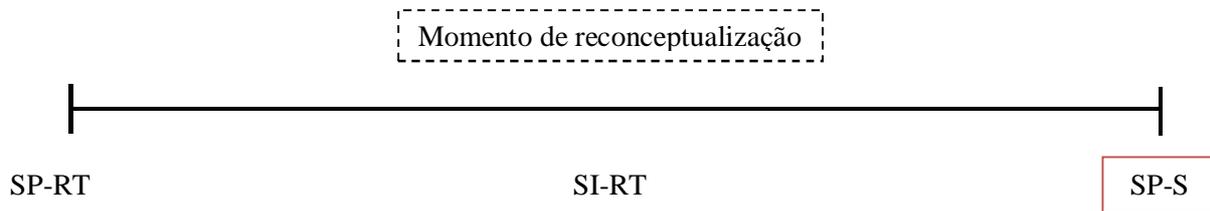


Ilustração clínica (sessão 8)

Momento de reconceptualização 8

T: yeah, so there is still a lot of feelings there that's what you're saying...

C: yeah, there are, feelings um of sadness (crying), um of still I guess resentment (T. mm hm resentment towards him?) yeah (T. towards V.) hm hm and um, and that's where I'm at right now.

2.3 Síntese comparativa entre a colaboração terapêutica ao longo da terapia e no MIRC

Nesta análise foram tidas em conta as 15 sessões analisadas tendo como base dois momentos de análise: a evolução da colaboração terapêutica ao longo da sessão e a evolução da colaboração terapêutica em segmentos identificados como um momento de inovação de reconceptualização. Esta análise teve em conta os índices dos episódios colaborativos predominantes nestes dois momentos (consultar quadro 4 e 5).

Desta análise comparativa resultou o predomínio do trabalho da díade no nível de desenvolvimento atual da cliente, com episódios interativos de *suporte no problema – segurança*. Assim, a perspetiva habitual da cliente foi suportada e validada pelo terapeuta durante o processo terapêutico. Por sua vez, os momentos de inovação de reconceptualização apresentaram um padrão de interação diferente, onde a cliente, em resposta ao suporte no problema por parte do terapeuta, respondeu avançando para o risco tolerável, trabalhando, assim, à frente do terapeuta, e no seu nível potencial. As intervenções de suporte na inovação, por parte do terapeuta, validaram este avanço por parte da cliente.

A caracterização da colaboração terapêutica ao longo da terapia encontrou a sua única exceção ao padrão anteriormente referido na 3ª sessão, onde o terapeuta trabalhou maioritariamente à frente da cliente, através de intervenções de desafio, tendo esta mantido as suas respostas no seu nível atual, com respostas de segurança.

3. Discussão dos resultados

A discussão de resultados deste estudo será orientada pela análise das diferenças e semelhanças encontradas entre os dados do caso clínico em foco e a informação apontada pela literatura existente neste domínio, seguindo-se assim os princípios defendidos por Stiles (2009) relativamente à realização de estudos de caso.

Reportamo-nos, então, aos dados encontrados relativos à evolução da colaboração terapêutica ao longo de um caso clínico de sucesso seguido em Terapia Focada nas Emoções. No cômputo geral, a díade trabalhou sempre dentro da ZDPT, o que se traduz na existência praticamente nula de respostas de invalidação, e ausência de respostas de desinteresse, por parte da cliente. O episódio interativo mais frequente, encontrado nesta análise, foi o *suporte no problema – segurança*. Este episódio, tendo por referência a posição relativa dos elementos da díade face aos níveis de desenvolvimento na ZDPT, manteve cliente e terapeuta a trabalhar ao mesmo nível, ou seja, no nível de desenvolvimento atual da cliente.

Estes resultados contrastam com a proposta teórica subjacente ao *Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica - SCCT* (Ribeiro et al., 2012), segundo a qual são as intervenções de desafio por parte do terapeuta, e não as do suporte no problema, que favorecem o avanço do trabalho terapêutico para o nível de desenvolvimento potencial da cliente, desafiando-a a avançar do seu nível de desenvolvimento atual para o potencial. Este desafio permite que a cliente flexibilize a sua auto-narrativa problemática no sentido da inovação, e consequentemente da mudança terapêutica. No entanto, nenhum outro caso de sucesso analisado através do SCCT reportou níveis tão elevados de colaboração, se tivermos como referência o trabalho predominante, neste caso clínico, dentro da ZDPT (Azevedo, 2010; Oliveira 2010). Temos, assim, a ausência de trabalho fora da ZDPT a sublinhar a disponibilidade da cliente para a mudança.

Honos-Webb, Stiles, Greenberg, e Goldman (1988) num estudo comparativo entre um caso de sucesso (Lisa) e de insucesso (George), seguidos em Terapia Focada nas Emoções, tendo como base o Modelo de Assimilação de Stiles (1999) relatam resultados que nos parecem consistentes com os que encontramos no nosso estudo e que poderão ajudar a encontrar uma possível explicação para estes resultados. Na análise destes casos, ambos os clientes partiram de níveis baixos na escala de assimilação de experiências problemáticas, sendo que o avançar nos níveis implica um aumento da atenção em tópicos dolorosos. Comparativamente ao caso de insucesso, a Lisa manteve-se mais focada nestes tópicos. Esta exploração de tópicos problemáticos, como potenciadora do nível de consciência das emoções associadas ao problema, pode justificar os índices elevados de episódios de suporte no problema – segurança encontrados neste estudo. Assim sendo, a compreensão e reflexão empática por parte do terapeuta destas experiências, poderá ter proporcionado à cliente a experiência de segurança necessária para ela avançar para níveis de desenvolvimento ou mudança mais próximos do nível

potencial, podendo assim, o suporte no problema constituir-se também como um catalisador de movimentos internos da cliente no sentido da mudança.

É ainda importante não perder de vista o modelo terapêutico adotado neste caso clínico. A Terapia Focada nas Emoções tem na formação da sua teoria de base conceitos desenvolvidos pelas terapias humanistas, como seja empatia e a aceitação incondicional. O cliente é assim encorajado a expressar as suas necessidades, que validadas pelo terapeuta possibilitam o seu crescimento no sentido de um *self* mais flexível e adaptado (Greenberg, & Goldman, 2007). A identificação e articulação dos processos cognitivo-emocionais envolvidos na formação dos sintomas do cliente são um esforço colaborativo entre terapeuta e cliente. Qualquer formulação do problema é realizada de forma tentativa, onde o terapeuta constantemente se assegura com o cliente da sua relevância, tendo em conta a experiência deste último, momento a momento, na sessão (Greenberg, & Goldman, 2007).

Desta forma, o suporte da perspectiva habitual da cliente permite trabalhar terapêuticamente perto da sua zona de desenvolvimento atual, e ao sentir esta perspectiva suportada a cliente parece experienciar a segurança necessária para se aceitar e flexibilizar.

Não podemos, no entanto, ignorar os índices relativos aos episódios menos frequentes, mas que também ocuparam uma parte da sessão (suporte no problema – risco tolerável; suporte na inovação – risco tolerável; desafio – segurança; desafio – risco tolerável), já que apesar de mais prevalente, o episódio suporte no problema – segurança não ocupa 100% da sessão. Tendo como base que a mudança em psicoterapia é concebida como um processo desenvolvimental que ocorre na ZDPT, podemos pressupor que este episódio é a base de segurança necessária às intervenções de desafio.

Do ponto de vista da perspectiva da teoria da mentalização, a sensação de segurança é um pré-requisito para a capacidade de mentalização (Liotti, & Gilbert, 2011), ou seja, a cliente compreende os seus estados mentais, bem como as próprias intervenções do terapeuta. Assim, podemos supor que a interação de suporte no problema, favorecendo a experiência de segurança, favorece a capacidade da cliente para tolerar e assimilar intervenções de desafio, mesmo que estas sejam muito menos frequentes e, assim, avançar na ZDPT (Ribeiro et al., 2012), com menos, ou nenhuma, ambivalência ou invalidação.

Reportamo-nos, agora, a estudos anteriores que analisaram o mesmo caso clínico em estudo (Greenberg, 2008). No início da terapia, o problema é formulado pela cliente como a experiência de tristeza e ressentimento em relação à família. No entanto, a expressão destas emoções substituíu a expressão da raiva, que a cliente reprimia e que foi emergindo à medida que o terapeuta foi suportando o problema identificado, através da exploração emocional. Esta expressão emocional esteve associada, ao longo do caso, a uma diminuição dos sintomas depressivos, tendo Greenberg (2008) sugerido que a raiva poderia ser a emoção latente desta cliente no início da terapia. Em nosso entender, este aspeto justificaria a maior incidência do episódio de suporte no problema – segurança, já que a exploração emocional e emergência de novas emoções negativas constituem um renovar do

nível atual da cliente. Se se considerar os constantes movimentos da díade na ZDPT, o que coloca, num momento, a cliente num nível potencial (risco tolerável), no momento seguinte é assimilado, reatualizando o nível atual da cliente, o que conduz, também, a um reatualizar da colaboração terapêutica.

Se num primeiro momento a expressão de raiva, por contraponto à repressão emocional, se constitui como inovação, num segundo momento a exploração desta emoção negativa enquadra-se na exploração do problema. Podemos, aqui, referenciar novamente o modelo de assimilação de experiências problemáticas do Stiles (1999), e pressupor que o nível de desenvolvimento atual da cliente inclui um avançar nos níveis da sua experiência problemática, tendo em conta a sua movimentação na ZDPT.

Podemos, ainda, compreender este processo de renovação do estado atual da cliente recorrendo ao conceito de retrocessos proposto por Gabalda e Stiles (2009). Estes retrocessos constituem-se como impasses, reincidências e crises, mas noutros casos podem sugerir uma mudança de atenção produtiva para um problema mais difícil ou o regresso a uma zona de segurança quando o cliente não acompanha o desafio proposto pelo terapeuta (Gabalda & Stiles, 2009). Atendo às particularidades do caso da Lisa, o terapeuta ao desafiar a cliente, num exercício de cadeira vazia, para expressar o que sente em relação ao pai faz emergir a emoção negativa de raiva, que embora num primeiro momento seja considerada como inovação, a exploração subsequente desta emoção enquadra-se no suporte do problema, já que a cliente necessita, agora, de compreender e resignificar esta emoção negativa. Os retrocessos podem assim representar oportunidades para se tentar uma nova direção ou uma nova aproximação ao problema, sendo que, quando o cliente acompanha o foco do terapeuta de forma bem-sucedida pode, no entanto, ocorrer um recuo temporário na ZDPT (Gabalda & Stiles, 2009).

Avancemos, agora, para a discussão dos resultados encontrados referentes ao desenvolvimento da colaboração terapêutica ao longo do momento de inovação de reconceptualização.

A análise descritiva revelou que ao longo dos 27 MIs identificados, o episódio colaborativo mais frequente foi o *suporte na inovação – risco tolerável*, o que contrasta com o episódio de suporte no problema – segurança encontrado ao longo das sessões. Os nossos resultados sugerem que na emergência destes momentos de inovação, é a cliente que avança à frente do nível do terapeuta dentro da ZDPT, indicando uma experiência de risco tolerável, e que, na sequência deste arriscar da cliente, o terapeuta intervém ao nível em que a cliente se colocou, validando a inovação da cliente. Este resultado parece ser congruente com o próprio conceito de reconceptualização proposto por Gonçalves e colaboradores (Gonçalves et al.,2009), já que este MI pressupõe a elaboração em torno de um *self* passado (dominado pelo problema), do *self* atual (crescente na capacidade de assimilação de inovação) e do processo pelo qual foi possível passar de um estado ao outro. É esta tomada de perspectiva que permite um sentido de autoria por parte da cliente da sua própria mudança, o que justifica que as

intervenções do terapeuta sejam apenas de compreensão empática da experiência da inovação da cliente. Esta explicação pode também enquadrar o resultado encontrado de que quem inicia este momento significativo é a cliente, já que o episódio mais frequente encontrado foi o *suporte no problema – risco tolerável*. Mais uma vez, é o suporte na perspectiva habitual da cliente que funciona como base de segurança para que esta avance na ZDPT.

Mais uma vez, estes resultados parecem-nos também congruentes com a terapia em questão, já que segundo os princípios humanistas que regem este modelo é crucial o não assumir de uma postura autoritária na qual o terapeuta toma decisões, ou apenas informa o cliente da origem dos seus problemas, uma vez que se pode tornar algo problemático. Isso poderá, ainda, quebrar a delicada natureza interpessoal da ligação terapêutica e criar situações em que os clientes são impedidos de descobrir a origem do seu problema, uma vez que não se focam na sua própria experiência emergente, que é idiossincraticamente significativa para eles. Coerente com o que temos vindo a desenvolver em volta da experiência de segurança como potenciadora de mudança, neste modelo terapêutico entende-se também o processo de auto-organização como chave da mudança, já que este se constitui como um poderoso processo de aprendizagem experiencial (Greenberg, & Goldman, 2007).

Na Terapia Focada nas Emoções, esta auto-organização é viabilizada no trazer à consciência de esquemas emocionais mal-adaptativos, que permite, assim, uma simbolização das emoções e posterior resignificação das mesmas em novos esquemas (Greenberg, Rice & Elliott, 1993). Este processo de simbolização e significação da experiência emocional é feito através de uma síntese dialética, e deste modo só em colaboração com o terapeuta é que esta consciência de esquemas emocionais mal-adaptativos emerge.

Deste modo, este processo de auto-organização pode ser facilitado nos momentos de reconceptualização, já que este pressupõe uma conscientização do processo de mudança, ou seja, é a possibilidade de trazer à consciência o processo através do qual a mudança operou que se possibilita a reconceptualização do problema. Nesta medida, há uma semelhança entre as características do MIRC e o que é considerado mudança na Terapia Focada nas Emoções. Este modelo terapêutico, também, insere a mudança numa perspectiva narrativa, e deste modo, esta simbolização e posterior resignificação de emoções negativas permite que o cliente vá progressivamente adquirindo um maior sentido de coerência do *self*, o que possibilita o sentido de autoria do seu próprio processo de mudança, e conseqüentemente um sentido de auto-eficácia e mestria do seu mundo psicológico (Greenberg & Goldman, 2007).

A análise realizada com recurso ao método *SSGs* revelou que o atrator mais frequente nos 27 MIRCs identificados foi o *suporte na inovação – risco tolerável*. Estes dados são consistentes com a análise de índices dos episódios nos MIRCs.

Por último, analisando o episódio que finaliza o MI de reconceptualização encontramos com maior prevalência o *suporte no problema – segurança*. O terapeuta recua em relação à cliente, já que

durante a reconceptualização trabalhavam na inovação, e a cliente acompanha este movimento do terapeuta respondendo com segurança e recuando ao seu desenvolvimento atual.

De novo, poderá recorrer-se à teoria da mentalização, e neste caso, a percepção dos estados emocionais da cliente e a própria percepção do processo de mudança como não linear por parte do terapeuta, poderão explicar este recuo, uma vez que o terapeuta poderá ter percebido um esgotar da disponibilidade para arriscar na ZDPT. Esta última explicação sai reforçada pela resposta da cliente, já que esta regressa ao seu nível atual reforçando a ideia de necessidade de voltar a uma zona de segurança e de voltar a explorar as dinâmicas do problema.

Atente-se, ainda, a uma característica da reconceptualização, este MI apresenta um carácter provisório no que diz respeito à história que está a ser contada e simultaneamente ensaiada (Gonçalves & Ribeiro, 2012). Poderá, então, supor-se que estes primeiros rascunhos, exceções ao problema, não esgotam todas as vozes problemáticas, podendo ser este retorno ao problema potenciador do contraste entre o *self* atual e o *self* passado favorecendo assim a capacidade de metacognição da cliente.

4. Limitações do estudo e propostas para estudos futuros

Os resultados deste estudo foram um primeiro passo na compreensão da colaboração terapêutica, enquanto micro-processo de mudança, na emergência de momentos de inovação de reconceptualização. As novidades trazidas por estes dados permitiram contribuir para elaborar o modelo teórico de colaboração terapêutica em que este estudo se enquadrou. No entanto, é importante notar que, tratando-se de um estudo exploratório e sendo o primeiro caso de sucesso, seguido em Terapia Focada nas Emoções, analisado conjuntamente com o *SCCT* e o *SCMI* não será adequado generalizar as tendências na colaboração terapêutica ao longo do MIRC a outros casos de sucesso seguidos neste modelo.

Assim, deverão ser efetuadas mais análises com diferentes tipos de clientes e diferentes tipos de terapia. Relativamente ao conteúdo dos momentos de inovação de reconceptualização foi possível observar um fenómeno de crescente internalização do discurso do terapeuta por parte da cliente. Seria interessante, num estudo futuro explorar de que forma este fenómeno se interliga, ou não, com o momento de inovação de reconceptualização, e perceber um eventual envolvimento no processo de mudança desta cliente. Era, também, importante na exploração do conteúdo destes MIs, a atenção a indicadores não-verbais que pudessem, por exemplo, explicar o regresso ao problema por parte do terapeuta, já que estes indicadores podem funcionar como informação importante para a percepção do esgotar da disponibilidade do cliente para trabalhar a um nível de desenvolvimento potencial.

Os valores baixos do *Kappa de Cohen*, referentes ao acordo inter-juízas, constituem-se como uma limitação deste estudo. Possíveis explicações já foram dadas, no entanto seria importante que o acordo inter-juízas, fosse neste caso, referente à codificação de 100% do caso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review* 23, 1 – 33.
- Ackerman, S., & Hilsenroth, M. (2001). A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 2(38), 171-185.
- Bachelor, A., Laverdière, O., Gamache, D., & Bordeleau, V. (2007). Clients' collaboration in therapy: self-perceptions and relationships with client psychological functioning, interpersonal relations, and motivation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2(44), 175-192.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Brinegar, M. G., Salvi, L. M., & Stiles, W. (2008). The case of Lisa and the assimilation model: The interrelatedness of problematic voices. *Psychotherapy Research*, 18(6), 657-666.
- Brinegar, M. G., Salvi, L. M., & Stiles, W. B. (2008). The case of Lisa and the assimilation model: The interrelatedness of problematic voices. *Psychotherapy Research*, 18(6), 657-666.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Azzara, C., & Catania, D. (2003). 'Rewriting self-narratives: The therapeutic process.' *Journal of Constructivist Psychology*, 16, 155–181.
- Gabalda, C. & Stiles, W. B. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, 2, 199-212.
- Gonçalves & Ribeiro, (2012). Therapeutic change, innovative moments, and the reconceptualization of the self: A dialogical account. *International Journal for Dialogical Science*, 6(1), 81-98
- 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
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., & Greenberg, L. (2010). Innovative moments and change in emotional focused therapy: The case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 1-28.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, P. A., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research*, 21, 497–509.
- Gonçalves, M., & Ribeiro, A. (2012). Therapeutic change, innovative moments, and the reconceptualization of the self: A dialogical account. *International Journal for Dialogical Science*, 6(1), 81-98.
- Gonçalves, M., Matos, M., Salgado, J., Santos, A., Mendes, I., Ribeiro, A., Cunha, C., & Gonçalves, J. (2010). Innovations in psychotherapy: Tracking the narrative construction of change. In J. D.

- Raskin, S. K. Bridges, & R. Neimeyer (Eds.), *Studies in meaning 4: constructivist perspectives on theory, practice, and social justice* (pp. 27-62). New York: Pace University Press.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused Therapy: Coaching Clients to Work through their Feelings*. Washington: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2008) The case of Lisa: An integration and reaction to the process analyses. *Psychotherapy Research*, 18(6), 677-682.
- Greenberg, L. S. (2008). The case of Lisa: An integration and reaction to the process analyses. *Psychotherapy Research*, 18(6), 677-682.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centred relationship conditions and process interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210–224.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The Moment-by-Moment Process*. New York: Guilford.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. (2007). Case Formulation in Emotion-Focused Therapy. In T. D. Eells (Ed.), *Handbook of Psychotherapy Case Formulation* (pp. 379-411). Nova Iorque: The Guildford Press
- Hatcher, R. (1999). Therapists' views of treatment alliance and collaboration in therapy. *Psychotherapy Research*, 9(4), 405–423.
- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 292–299. doi:10.1037/0033-3204.43.3.292
- Hermans, H. J. (2003). The construction and reconstruction of a dialogical self. *Journal of Constructivist Psychology*, 16, 89-130.
- Hermans, H. J. (2004). 'The innovation of self-narratives: A dialogical approach.' In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, Theory and Research* (pp. 175–192). Thousand Oaks: Sage.
- Hermans, H. J. (2004). The dialogical self: between exchange and power. In H. J. Hermans, & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). Nova Iorque: Brunner-Routledge
- Hermans, H. J., & Kempen, H. J. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement*. San Diego: Academic Press
- Hermans, H. J., & Kempen, H.J. (1993). *The Dialogical Self: Meaning as Movement*. San Diego: Academic Press.
- Honos-Webb, L. & Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35, 23–33.
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and the outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149.

- L., Hono-Web, W. B., Stiles, L. S., Greenberg, & R., Goldman (1988). Assimilation Analysis of Process-Experiential Psychotherapy: A Comparison of Two Cases. *Psychotherapy Research*, 8(3), 264-286.
- Lambert, M. L. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Lamey, A., Hollestein, T., Lewis, M., & Granic, I. (2004). *The GridWare Manual (Version 1.1)*. [Computer software]. <http://statespacegrids.org>
- Leiman, M. (2002). 'Toward semiotic dialogism: The role of sign-mediation in the dialogical self'. *Theory and Psychology*, 12, 221-235.
- 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.
- Lepper, G., & Mergenthaler, E. (2007). Therapeutic collaboration: How does it work?. *Psychotherapy Research*, 17(5), 576-587.
- 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.
- Liotti, G., & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 9-25.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19(1), 68-80.
- Moment-by-Moment Process*. New York: Guilford.
- Neimeyer, R. A., & Buchanan-Arvey, M. (2004). The dialogical self in psychotherapy. Performing the self: therapeutic enactment and the narrative integration of traumatic loss. In H. J. Hermans, & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 173-189). Nova Iorque: Brunner-Routledge
- Ribeiro, A. P., Salgado, J., Stiles, W. B. & Gonçalves, M. M. (2011). A dynamic look at narrative change in psychotherapy: A case study tracking innovative moments and protonarratives using state space grids. *Psychotherapy Research*, 21(1), 54-69.
- Ribeiro, E. (2009). A aliança terapêutica reconsiderada: Colaboração terapêutica em zonas de mudança proximal. In E. Ribeiro (Ed.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (pp. 167- 181). Braga: Psiquilibrios Edições.
- Ribeiro, E., Ribeiro, A., Gonçalves, M., Horvath, A., & Stiles, W. B. (2012) How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. Advance online publication.

- Ribeiro, A. P., Bento, T., Salgado, J., Stiles, W. B., & Gonçalves, M. M. (2011). A dynamic look at narrative change in psychotherapy: A case study tracking innovative moments and protonarratives using state space grids. *Psychotherapy Research, 21*(1), 54-69
- 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. doi:10.1037/0033-3204.43.3.286
- Spitzer, R., Williams, J., Gibbons, M., & First, M. (1989). *Structured clinical interview for DSM-III-R*. Nova Iorque: American Psychiatric Press.
- Stiles, W. (2009). Logical operations in theory-building case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 2*(5), 9-22.
- Stiles, W. B. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research 9*(1), 1-21.
- Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 7*(2), 122-127.
- Stiles, W. B. (2011). Coming to terms. *Psychoterapy Research, 21*, 367-384
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A. & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy, 27*, 411–420.
- Stiles, W. B., Osatuke, K., Glick, M. J., & Mackay, H. C. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: an elaboration of the assimilation model. In H. J. Hermans, & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). Nova Iorque: Brunner-Routledge
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in Society: the development of higher psychological processes*. Cambridge: Harvard University Press.
- Watson, Goldman, & Greenberg, (2007). *Case studies in emotion-focused treatment of depression a comparison of good and poor outcome cases*. Washington: American Psychological Association
- Yin, R. K. (2003). *Case study research: Design and methods*. Thousand Oaks: Sage.

Figura 4: Grelhas dos episódios atractores identificados no 27 MIs de reconceptualização

