



**Universidade do Minho**

Escola de Psicologia

Ana Cláudia Africano Silva Freitas

**Relação entre Prontidão para a Mudança,  
Colaboração Terapêutica e Aliança na  
Primeira Sessão**





**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Ana Cláudia Africano Silva Freitas

**Relação entre Prontidão para a Mudança,  
Colaboração Terapêutica e Aliança na  
Primeira Sessão**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia  
Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da  
**Professora Doutora Eugénia Ribeiro**

outubro de 2014

**Nome:** Ana Cláudia Africano Silva Freitas

**Endereço eletrónico:** a59024@alunos.uminho.pt

**Número do Cartão de Cidadão:** 13588666

**Título da Dissertação:**

Relação entre Prontidão para a Mudança, Colaboração Terapêutica e Aliança na Primeira Sessão

**Orientador:**

Professora Doutora Eugénia Ribeiro

**Ano de conclusão:** 2014

**Designação do Mestrado:**

Mestrado Integrado em Psicologia – Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde

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

Universidade do Minho, 17/10/2014

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Índice

<b>Agradecimentos</b> .....	iv
<b>Resumo</b> .....	vi
<b>Abstract</b> .....	vii
<b>Introdução</b> .....	1
Aliança e Colaboração Terapêutica .....	1
Prontidão para a Mudança .....	3
Prontidão para a mudança e Psicoterapia .....	4
<b>Método</b> .....	5
Participantes .....	5
Instrumentos .....	6
<i>University of Rhode Island Change Assessment – URICA</i> .....	6
Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica .....	7
Inventário de Aliança Terapêutica .....	8
Procedimento .....	9
Estratégia de análise de dados .....	10
<b>Resultados</b> .....	11
Relação entre Prontidão para a mudança e Colaboração terapêutica .....	12
Relação entre Prontidão para a mudança e Aliança terapêutica .....	15
<b>Discussão</b> .....	15
<b>Referências</b> .....	20

## Índice de Figuras e Tabelas

Figura 1. Zona de desenvolvimento proximal terapêutica (ZDPT) .....	3
Figura 2. Episódios interativos .....	8
Tabela 1. Medidas descritivas das variáveis .....	11
Tabela 2. Correlações entre Prontidão para a mudança, Colaboração terapêutica e Aliança terapêutica .....	13

## AGRADECIMENTOS

Porque a vida, tal como a psicoterapia, é um projeto de mútua e contínua *colaboração*, através da qual nos vamos sentindo *preparados* para avançar e para enfrentar os diversos desafios, quero agradecer a todos aqueles que me acompanharam ao longo desta etapa da minha vida e que, *caminhando comigo*, me ajudaram a percorrer este longo percurso...

À Professora Doutora Eugénia Ribeiro, minha orientadora, pela aprendizagem e pelo crescimento proporcionados ao longo do meu percurso académico. Agradeço, especialmente, pela paixão com que investiga e fala sobre as dimensões relacionais da terapia, pois contagiou-me com essa mesma paixão, despertando em mim o interesse e a atenção à relação terapêutica e às *pessoas* do terapeuta e do cliente. Estes preciosos ensinamentos contribuirão, certamente, para me tornar numa melhor terapeuta. Agradeço também pela sua colaboração, pelo suporte e constante disponibilidade, e pela sensibilidade, compreensão e simpatia com que sempre me acolheu.

Aos colegas da equipa de investigação, pela aprendizagem conjunta e pelas reflexões partilhadas. Agradeço, de um modo muito especial, à Dulce Pinto, pela enorme paciência e constante disponibilidade no apoio à codificação, e à Ana Pinheiro, pelo apoio na construção da base de dados.

À Débora e ao João, enquanto companheiros nesta jornada, pelo apoio e incentivo mútuos, pela entajuda e pelas experiências vividas em conjunto. Agradeço-lhes também, assim como à Andriza, pela importante colaboração no processo de codificação. À Débora agradeço ainda pelas palavras de carinho e de ânimo e pelos conselhos amigos.

Ao Eduardo, pelo amor incondicional, pela paz e estabilidade, pela enorme paciência e pela compreensão nas minhas *ausências*... Pelo tempo que te *roubei*... Por teres *esperado por mim*... Por continuares a acreditar em mim quando eu mesma já não acreditava... Por seres a minha base-segura e o meu refúgio... Por me amares e aceites como sou!

Aos meus pais e à minha irmã, sem os quais nada teria sido possível... Agradeço-vos profundamente pelo amor incondicional, pelo suporte e carinho constantes, mesmos nos momentos de maior desânimo, pela compreensão das minhas *ausências* e pela vida que me deram... Obrigada por me terem tornado quem eu sou!

À Sofia, em especial, pela energia positiva e pelo exemplo de força e coragem ☺

À minha avó, pela fé e esperança que sempre me transmitiu!

Às minhas melhores amigas, Xana e Helena, pela amizade sincera e incondicional... Por sempre me terem apoiado e incentivado e por estarem *sempre lá para mim*, apesar da distância e das minhas *indisponibilidades*.

À Catarina e à Rita, pela amizade, pelos bons momentos partilhados, e também pelos difíceis desafios que enfrentámos e que, com o apoio mútuo, conseguimos superar com sucesso.

À Dr.<sup>a</sup> Conceição Leal e à Dr.<sup>a</sup> Irene Cadime, pela preciosa ajuda no domínio da estatística.

## **Relação entre Prontidão para a Mudança, Colaboração Terapêutica e Aliança na Primeira Sessão**

### **Resumo**

Este estudo investigou a relação entre a prontidão para a mudança e quer a colaboração terapêutica, quer a aliança, na 1.<sup>a</sup> sessão de psicoterapia cognitivo-comportamental. Participaram 15 clientes, diagnosticados com depressão major ( $n = 11$ ) ou fobia social ( $n = 4$ ), e respetivos terapeutas ( $n = 5$ ). A prontidão para a mudança, qualidade da aliança e colaboração foram avaliadas, respetivamente, através do *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA), do Inventário de Aliança Terapêutica e do Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica. Os resultados revelaram que a colaboração e a aliança não estavam associadas à prontidão para a mudança e não diferiram em função da prontidão. A nível microanalítico da colaboração, os terapeutas desafiaram mais frequentemente clientes com maior prontidão do que clientes com menor prontidão ( $p = .017$ ,  $\eta^2 = 0.37$ ), mas estes dois grupos não diferiram nas respostas do cliente nem nos episódios interativos, sugerindo que o terapeuta terá sido responsivo à prontidão do cliente, adequando a sua intervenção. Assim, a prontidão para a mudança não parece influenciar a colaboração terapêutica, nem a qualidade da aliança, desde que o terapeuta seja responsivo. Por fim, apresentam-se limitações e implicações práticas do estudo, bem como orientações para investigação futura.

*Palavras-chave:* prontidão para a mudança, colaboração terapêutica, aliança terapêutica, primeira sessão.

## **Relation between Readiness to Change, Therapeutic Collaboration and Alliance in the First Session**

### **Abstract**

This study investigated the relation between client's readiness to change and either therapeutic collaboration, either working alliance, in the first session of cognitive-behavior psychotherapy. Fifteen clients, diagnosed with major depression ( $n = 11$ ) or social phobia ( $n = 4$ ), and their therapists ( $n = 5$ ) participated in the study. Readiness to change, alliance and therapeutic collaboration were assessed using University of Rhode Island Change Assessment (URICA), Working Alliance Inventory and Therapeutic Collaboration Coding System, respectively. The results showed no significant correlations between readiness to change and either collaboration or alliance and no differences on these last variables regarding readiness to change. At a micro-analytical level of collaboration, therapists challenged more often clients with more readiness to change than clients with less ( $p = .017$ ,  $\eta^2 = 0.37$ ), but these two groups did not differ on client responses nor on therapeutic exchanges, suggesting that the therapist might have been responsive to client's readiness to change, adjusting his/her intervention. Thus, the readiness to change does not seem to influence the therapeutic collaboration or the alliance quality, as long as the therapist is responsive. Study limitations and practical implications, as well as future research suggestions are presented.

*Keywords:* readiness to change, therapeutic collaboration, working alliance, first session.

## **Introdução**

A literatura no âmbito da psicoterapia tem salientado a importância de variáveis do cliente pré-terapia e de variáveis relacionais para o processo de mudança, sendo inequívoca a sua contribuição para o sucesso terapêutico (Bohart & Wade, 2013; Norcross & Lambert, 2011). Adicionalmente, a aliança terapêutica, enquanto uma das mais importantes dimensões relacionais, é influenciada por diversos fatores do cliente prévios à terapia, nomeadamente o diagnóstico psicopatológico, o estilo interpessoal e a prontidão para a mudança (DiClemente, Schlundt, & Gemmell, 2004; Horvath & Bedi, 2002; Mourão, Coutinho, & Ribeiro, 2009). Contudo, os estudos centrados na relação entre a prontidão para a mudança e a aliança baseiam-se unicamente em medidas globais desta última variável. Assim, o presente estudo pretendia investigar a relação entre a prontidão para a mudança e a colaboração terapêutica, enquanto dimensão microanalítica da aliança.

### ***Aliança e Colaboração Terapêutica***

A aliança terapêutica constitui um dos mais fortes e consistentes preditores dos resultados terapêuticos (Horvath & Bedi, 2002; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). A aliança é atualmente conceptualizada como a qualidade e a força da relação colaborativa entre terapeuta e cliente e envolve três dimensões: acordo relativamente aos objetivos, acordo relativamente às tarefas e vínculo (Bordin, 1979; Horvath et al., 2011). Assim, a dimensão de colaboração é a característica nuclear da aliança. Entre a panóplia de conceptualizações de colaboração terapêutica presentes na literatura, salientamos a proposta de Ribeiro (2009). A colaboração terapêutica, enquanto microprocesso da aliança a partir do qual esta emerge, é definida como “uma coordenação de ações do terapeuta e do cliente, enquadrada momento a momento na conversação terapêutica” (p.171). Distanciando-se claramente de outras perspetivas que definem a colaboração de um modo macroanalítico e/ou a partir de cada elemento da díade separadamente (Bachelor, Laverdière, Gamache, & Bordeleau, 2007; Lambert & Cattani, 2012; Tryon & Winograd, 2011), esta perspetiva centra-se precisamente na interação. Seguindo a sugestão de Horvath (2006) no sentido de estudar a aliança a nível microanalítico, Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath, e Stiles (2013) propuseram um modelo, segundo o qual a colaboração terapêutica, enquanto propriedade emergente da interação entre terapeuta e cliente a cada momento, é em si mesma um microprocesso de mudança, no sentido em que a qualidade dessa interação revela e potencia micromudanças na experiência e sistema de significação do cliente. Neste âmbito, a mudança terapêutica é entendida como um microprocesso de desenvolvimento, enquadrado no contexto

da interação terapêutica, através do qual o cliente avança progressivamente de um sistema de significação rígido, limitado e disfuncional para um sistema mais flexível e adaptativo. De modo a operacionalizar a articulação entre os construtos de colaboração e mudança a nível micro, os autores, na mesma linha de Leiman e Stiles (2001), tomaram como referência o conceito de *Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDPT)* a partir do conceito original de Vygostky, definindo-a como a distância entre o nível de desenvolvimento atual do cliente e o nível de desenvolvimento potencial que, em colaboração com o terapeuta, poderá alcançar. O modelo assume que é precisamente a interação terapêutica realizada dentro da ZDPT que define a colaboração, sendo, conseqüentemente, um ingrediente ativo da mudança. A mudança progressiva do cliente depende da capacidade do terapeuta utilizar estratégias que ajudem o cliente a avançar no sentido do seu nível potencial, podendo a sua intervenção ser de suporte ou de desafio. O suporte pode ser dirigido à problemática do cliente ou à inovação emergente, e caracteriza-se pela compreensão e aceitação da perspectiva do cliente. O desafio procura ajudar o cliente a mover-se para além do seu nível atual, criando espaço à revisão da perspectiva disfuncional e, conseqüentemente, ao surgimento da novidade. A perspectiva dialética subjacente à noção de colaboração implica que a intervenção do terapeuta só adquira o sentido pretendido se for assim entendida pelo cliente (Ribeiro et al., 2013; Ribeiro, 2009). Deste modo, a resposta do cliente a cada momento localiza a interação da díade relativamente à ZDPT, indicando se está a ocorrer ou não colaboração, consoante o cliente valide ou invalide a intervenção do terapeuta, ou seja, conforme aceite ou rejeite o convite para analisar a sua experiência a partir da perspectiva proposta pelo terapeuta (*Figura 1*). Por outras palavras, a colaboração reflete uma sintonia desenvolvimental terapêutica entre a díade, na qual o terapeuta é capaz de perceber as necessidades e capacidades do cliente a cada momento e este é capaz de compreender a intenção do terapeuta e acompanhá-lo, validando a sua intervenção.

Segundo o modelo, a mudança emerge do equilíbrio dinâmico entre estratégias de suporte e desafio, enquadradas dentro dos limites da ZDPT, o que, por sua vez, requer do terapeuta a capacidade de adequar de um modo sensível, momento a momento, a sua intervenção à experiência do cliente e à sua disponibilidade para mudar.

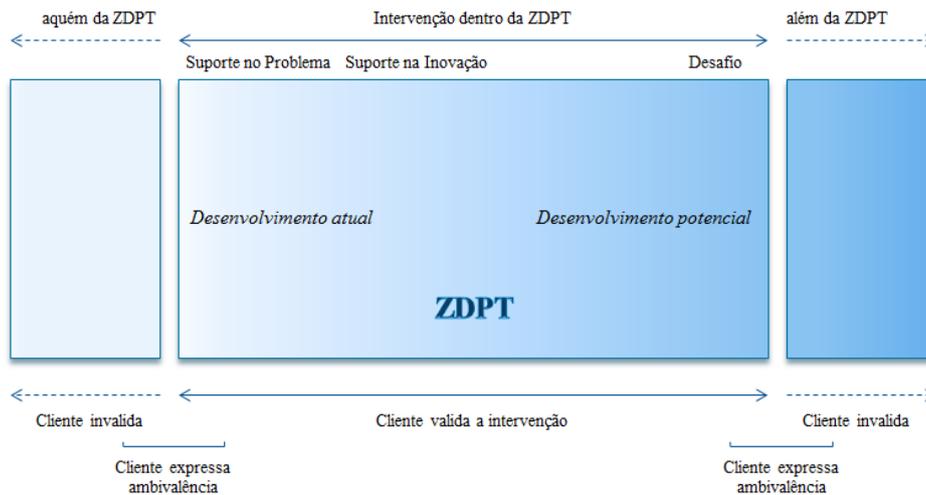


Figura 1. Zona de desenvolvimento proximal terapêutica (ZDPT). Adaptado com permissão de “How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system”, de Ribeiro et al., 2013, p. 299.

### ***Prontidão para a Mudança***

A prontidão para a mudança, também designada de motivação para a mudança, é atualmente concebida como uma componente-chave do processo de mudança terapêutica (DiClemente et al., 2004). O Modelo Transteórico de Mudança (MTM), desenvolvido por Prochaska e DiClemente (1982), conceptualiza a mudança comportamental enquanto processo que se desenvolve ao longo do tempo e que implica a progressão através de cinco estádios: Pré-contemplanção, Contemplanção, Preparação, Ação e Manutenção (Norcross, Krebs, & Prochaska, 2011; Prochaska, DiClemente, & Norcross, 1992).

A Pré-contemplanção caracteriza os indivíduos que, não estando conscientes do seu problema ou da gravidade do mesmo, não apresentam qualquer intenção de modificar o seu comportamento. Na Contemplanção, os indivíduos já reconhecem o seu problema e ponderam solucioná-lo, embora não tenham ainda tomado a decisão e o compromisso de alterar o comportamento, adotando uma postura ambivalente. Na Preparação, os indivíduos já se comprometeram com a mudança, tencionando modificar o comportamento num futuro próximo; embora já tenham iniciado pequenas mudanças, estas não correspondem ainda a ação efetiva. Na Ação, os indivíduos modificam efetivamente o seu comportamento, experiências e/ou ambiente de modo a ultrapassarem os seus problemas. Por fim, a Manutenção refere-se ao estádio no qual, perante as mudanças significativas já presentes, se procura consolidá-las e prevenir a recaída (Norcross et al., 2011). O MTM postula que para cada estádio existem processos de mudança e posturas relacionais específicas que mais

eficazmente promovem a progressão, sublinhando assim a importância de o terapeuta adequar a sua intervenção ao nível de prontidão para a mudança do cliente.

Cada estágio reflete um determinado grau de prontidão para a mudança. Este constructo, mais amplo e genérico, é habitualmente definido como uma combinação da consciencialização do indivíduo acerca do seu problema e da confiança na sua capacidade para mudar (DiClemente et al., 2004). Neste sentido, é compreensível que o nível inicial de prontidão para a mudança do cliente possa influenciar a sua capacidade para se envolver de um modo colaborativo no processo terapêutico e, conseqüentemente, os resultados terapêuticos (Prochaska et al., 1992). De facto, a literatura tem consistentemente demonstrado que o estágio de mudança inicial é preditor de variáveis do processo, nomeadamente a aliança terapêutica, e de variáveis de resultados (DiClemente et al., 2004; Norcross et al., 2011). Contudo, o MTM foi inicialmente desenvolvido e investigado no âmbito dos comportamentos de saúde, particularmente cessação tabágica e adição, sendo escassa a investigação em psicoterapia.

### ***Prontidão para a mudança e Psicoterapia***

A meta-análise de Norcross e colaboradores (2011) demonstra que o (in)sucesso terapêutico é função do estágio de mudança inicial, com uma magnitude de efeito média ( $d = .46$ ). No mesmo sentido, Mahon e colaboradores (in press) verificaram que a prontidão para a mudança influencia a melhoria sintomática. Alguns estudos revelaram que a pontuação na subescala contemplação no início da terapia está positivamente correlacionada com a qualidade da aliança na 1.<sup>a</sup> e/ou 3.<sup>a</sup> sessões (Derisley & Reynolds, 2000; Principe, Marci, Glick, & Ablon, 2006; Rochlen, Rude, & Barón, 2005). Rochlen e colaboradores (2005) constataram também que clientes em pré-contemplação apresentam menor melhoria sintomática e avaliam menos favoravelmente a qualidade da aliança do que clientes noutros estádios. Emmerling e Whelton (2009) concluíram que o estágio de mudança no final da terapia está positivamente associado à aliança e à melhoria sintomática. Embora estes estudos apontem para uma associação positiva, de pequena-média magnitude, entre prontidão para a mudança e a qualidade da aliança e/ou os resultados terapêuticos, a escassez de estudos e a discrepância entre alguns resultados sugerem prudência na generalização do MTM ao contexto psicoterapêutico, salientando a necessidade de investigação adicional (Derisley & Reynolds, 2000; Rochlen et al., 2005).

Até à conclusão deste estudo, não tínhamos conhecimento de projetos que tivessem investigado a relação entre prontidão para a mudança e colaboração terapêutica, pelo menos

enquanto definida a nível microanalítico e interativo. No entanto, no plano teórico-conceitual, é plausível a existência de uma possível relação entre as duas variáveis. Por um lado, o grau de prontidão do cliente para a mudança poderá influenciar a sua capacidade colaborativa na terapia e, por outro lado, a colaboração terapêutica implica que o terapeuta adeque a sua intervenção à capacidade que o cliente apresenta, momento a momento, para progredir (Ribeiro et al., 2013), pelo que a colaboração poderá emergir da adequação da intervenção do terapeuta ao nível de prontidão para a mudança do cliente.

Deste modo, o presente estudo teve como principal objetivo explorar a relação entre a prontidão do cliente para a mudança no início do processo e a colaboração terapêutica desenvolvida durante a primeira sessão, em casos de clientes diagnosticados com perturbação depressiva major ou fobia social, acompanhados em terapia cognitivo-comportamental. Adicionalmente, pretendíamos estudar a relação entre a prontidão para a mudança e a aliança terapêutica. Mais especificamente, este estudo foi orientado pelas seguintes questões de investigação:

1. Há associação entre prontidão para a mudança e colaboração terapêutica?
2. A colaboração terapêutica varia em função da prontidão para a mudança?
3. Há associação entre prontidão para a mudança e aliança terapêutica?
4. A qualidade da aliança terapêutica varia em função da prontidão para a mudança?

Dada a natureza exploratória deste estudo, o interesse em estudar o impacto mais imediato da prontidão para a mudança no processo terapêutico e a reconhecida importância da primeira sessão para o estabelecimento da aliança terapêutica (Hilsenroth, Cromer, & Ackerman, 2012; Horvath et al., 2011) optámos por estudar apenas a primeira sessão nesta fase inicial de investigação deste tópico.

## **Método**

### **Participantes**

Participaram neste estudo 15 clientes, diagnosticados com perturbação depressiva major ( $n = 11$ , 73.3%) ou fobia social ( $n = 4$ , 26.7%), e respetivos terapeutas ( $n = 5$ ). Os clientes, quatro (26.7%) do sexo masculino e onze (73.3%) do sexo feminino, tinham idades compreendidas entre 19 e 48 anos ( $M = 31.07$ ,  $DP = 10.03$ ). Onze (73.3%) eram solteiros, três (20.0%) eram casados e um (6.7%) era divorciado. Todos os clientes eram de etnia caucasiana e, quanto ao nível de habilitações literárias, cinco (33.3%) concluíram o ensino secundário, seis (40.0%) a licenciatura, três (20.0%) o mestrado e um (6.7%) o doutoramento. Os clientes procuraram ajuda por iniciativa própria e, para a maioria, foi a primeira vez que frequentou

psicoterapia. Os clientes apresentavam sintomatologia psicopatológica significativa, pontuando acima do ponto de corte clínico nos questionários OQ-45.2 (Lambert et al., 1996), BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) e *Social Anxiety Questionnaire for Adults* (SAQ-A30; Caballo, Salazar, Iurrtia, Arias, & Hofmann, 2012). Os clientes com fobia social apresentavam comorbidade com sintomatologia depressiva. Os clientes foram selecionados segundo os seguintes critérios: presença de perturbação depressiva major ou fobia social; ausência de história de consumo de substâncias, deficiência mental ou historial de perturbação psicótica; inexistência de tentativa de suicídio recente; e idade igual ou superior a 18 anos.

Os psicoterapeutas eram quatro (80.0%) doutorados do sexo feminino e um (20.0%) doutorando do sexo masculino, de etnia caucasiana, cuja idade variava entre 32 e 49 anos ( $M = 36.4$ ,  $DP = 7.23$ ). Os terapeutas tinham formação especializada em terapia cognitivo-comportamental e entre 8 e 22 anos de experiência profissional ( $M = 11.80$ ,  $DP = 5.93$ ). Os casos foram atribuídos aos terapeutas em função da sua disponibilidade, tendo recebido cinco, quatro, três, dois e um casos respetivamente.

#### *Juízes e Auditora*

Os seis juízes, responsáveis pela codificação da colaboração, receberam previamente treino no Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT) até atingirem um nível elevado de acordo interjuízes ( $\kappa > .75$ ). A experiência de codificação variava entre um e quatro anos. Três juízes eram finalistas do Mestrado Integrado em Psicologia e três juízes eram estudantes de Doutoramento. A auditora foi autora do SCCT, tendo vasta experiência no processo de codificação.

#### **Instrumentos**

##### ***University of Rhode Island Change Assessment – URICA***

A versão portuguesa do URICA para a população psicoterapêutica (McConaughy, Prochaska, & Velicer, 1983), traduzida por Conceição, Vaz e Machado em 2007, foi utilizada para avaliar a prontidão do cliente para a mudança. O questionário é composto por 32 itens, divididos equitativamente por quatro subescalas: Pré-contemplação, Contemplação, Ação, Manutenção. Cada subescala reflete atitudes e comportamentos relacionados com o estágio de mudança respetivo, sendo que cada pessoa adota simultaneamente, em diferente grau, atitudes e comportamentos dos diferentes estádios, posicionando-se maioritariamente num determinado estágio (DiClemente et al., 2004). É solicitado ao cliente que responda de acordo com o modo como se sente nesse momento em relação ao(s) problema(s) que o trouxe(ram) à

terapia, devendo selecionar para cada item o valor que mais se adequa numa escala *Likert* de cinco pontos, desde 1 – *discordo totalmente* até 5 – *concordo totalmente*. A pontuação de cada subescala resulta do somatório dos itens, variando entre 8 e 40.

Foram utilizados os dois procedimentos de cotação mais habituais na investigação (DiClemente et al., 2004; Príncipe et al., 2006; Rochlen et al., 2005). Calculámos o índice de Prontidão para a Mudança, resultante da fórmula *Contemplação + Ação + Manutenção – Pré-contemplação*, sendo que, neste caso, a pontuação de cada subescala é a média de apenas sete dos oito itens (<http://habitslab.umbc.edu/urica-readiness-score/>). Este índice varia entre -2 e +14. Adicionalmente, cada cliente foi classificado no estágio de mudança correspondente à subescala na qual obteve maior pontuação; caso as pontuações das subescalas *Contemplação* e *Ação* fossem as mais elevadas e iguais entre si, era classificado no estágio de *Preparação*. As subescalas apresentam elevada consistência interna, variando entre .88 e .89 (McConaughy et al., 1983).

### ***Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica***

O Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT), desenvolvido por Ribeiro e colaboradores (2013), permite analisar a colaboração terapêutica, momento a momento, ao longo da interação da díade. A codificação é realizada a partir da transcrição integral das sessões de terapia, sendo a unidade de análise o par de falas, composto pela intervenção do terapeuta e subsequente resposta do cliente. Estão contemplados três marcadores da intervenção do terapeuta: suporte no problema, suporte na inovação e desafio. Quando suporta, o terapeuta está a trabalhar sobretudo junto do nível de desenvolvimento atual do cliente, enquanto, no desafio, o trabalho terapêutico é dirigido ao seu nível potencial. A posição da intervenção do terapeuta relativamente à ZDPT do cliente influencia o tipo de experiência despoletada no cliente, a qual, por sua vez, se reflete na sua resposta. Esta resposta pode ser de validação, invalidação ou ambivalência. Esta última consiste na oscilação entre indicadores de validação e invalidação numa mesma resposta. Neste caso, o cliente pode terminar a sua resposta deslocando-se para a sua perspetiva habitual (retorno à segurança) ou deslocando-se em direção à inovação (avanço ao risco). É precisamente a resposta do cliente que permite localizar a díade relativamente à ZDPT. Assim, a validação, invalidação e ambivalência indicam que a díade está a interagir, respetivamente, dentro, fora ou nos limites da ZDPT. A invalidação resulta de uma intervenção terapêutica situada aquém ou além da ZDPT, gerando no cliente a experiência de desinteresse ou de risco intolerável, respetivamente. Por seu lado, a validação decorre de uma intervenção terapêutica enquadrada

dentro da ZDPT, perante a qual o cliente experienciona segurança ou risco tolerável, consoante na sua resposta ele se posiciona mais próximo do seu nível atual ou do nível potencial. Em função da resposta de validação e da intervenção que a antecedeu, pode inferir-se que o cliente se situa atrás, à frente ou ao mesmo nível da intervenção do terapeuta. Em síntese, o SCCT contempla três tipos de intervenção do terapeuta e seis tipos de resposta do cliente. Da combinação destes marcadores resultam dezoito episódios interativos: seis episódios colaborativos, seis não-colaborativos e seis de ambivalência (*Figura 2*).

		Resposta do cliente					
		Invalidação <i>Desinteresse</i>	Ambivalência <i>(avanço ao risco)</i>	Validação		Ambivalência <i>(retorno à segurança)</i>	Invalidação <i>Risco intolerável</i>
				<i>Segurança</i>	<i>Risco tolerável</i>		
Intervenção do terapeuta	Suporte no problema			dentro da ZDPT ao mesmo nível	dentro da ZDPT, cliente à frente do terapeuta		
	Suporte na inovação	aquém da ZDPT	limite inferior da ZDPT			limite superior da ZDPT	além da ZDPT
	Desafio			dentro da ZDPT, terapeuta à frente do cliente	dentro da ZDPT ao mesmo nível		

*Figura 2.* Episódios interativos. Adaptado com permissão de “How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system”, de Ribeiro et al., 2013, p. 305.

Este instrumento permite calcular índices (frequência relativa) globais de colaboração, bem como índices dos episódios interativos, intervenções do terapeuta e respostas do cliente. O primeiro estudo de fidelidade do SCCT (Ribeiro et al., 2013) revelou um acordo interjuízes excelente ao nível das intervenções do terapeuta ( $\kappa = .92$ ) e das respostas do cliente ( $\kappa = .93$ ).

### ***Inventário de Aliança Terapêutica***

O Inventário de Aliança Terapêutica – Versão Reduzida Revista (IAT-RR), versão portuguesa do *Working Alliance Inventory – Short Revised* (Hatcher & Gillaspay, 2006), traduzida por Machado e Ramos em 2006, foi utilizado para avaliar a qualidade da aliança na perspetiva do cliente. O questionário é composto por 12 itens, equitativamente distribuídos por três subescalas: Objetivos, Tarefas e Vínculo. Cada item é respondido numa escala *Likert* de cinco pontos, desde 1 – *raramente* até 5 – *sempre*, estando alguns itens invertidos. O IAT-RR permite calcular pontuações para cada subescala (entre 4 e 20) e uma pontuação global

(entre 12 e 60), através do somatório dos itens, sendo que maior pontuação indica maior qualidade da aliança. O instrumento apresenta elevada consistência interna, quer global ( $\alpha = .85$ ), quer nas subescalas (Objetivos  $\alpha = .80$ , Tarefas  $\alpha = .72$ , Vínculo  $\alpha = .64$ ) (Ramos, 2008).

## **Procedimento**

Este estudo estava integrado no projeto de investigação “Como a colaboração em psicoterapia se torna terapêutica: um estudo dos processos interativos e psicofisiológicos em casos de sucesso e de insucesso terapêutico” (BIAL 178/12). A participação no projeto contemplava dezasseis sessões de psicoterapia semanais e duas sessões de *follow-up* mensais gratuitas. A psicoterapia foi conduzida numa abordagem cognitivo-comportamental, com base em orientações gerais, que o terapeuta deveria respeitar, inspiradas num manual de terapia cognitivo-comportamental breve. O protocolo de investigação foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro de Investigação em Psicologia. A amostra foi obtida por um procedimento de conveniência. Alguns dos clientes que solicitaram acompanhamento psicológico no Serviço de Psicologia da Universidade do Minho entre Julho de 2013 e Julho de 2014 e cujo pedido indicava perturbação depressiva major ou fobia social foram contactados pela investigadora responsável pelo projeto para uma sessão de triagem. Nesta sessão, era feita a avaliação diagnóstica com base na SCID-CV (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1996) e, caso preenchesse os critérios de seleção, o cliente era convidado a participar no projeto, sendo apresentados os objetivos, as condições de participação e os procedimentos envolvidos. Após o consentimento informado, era solicitado o preenchimento dos questionários URICA e OQ-45.2 a todos os participantes e do questionário BDI-II ou SAQ-A30 em função do diagnóstico. A primeira sessão de cada caso foi videogravada e, posteriormente, transcrita integralmente para análise com o SCCT e, no final dessa sessão, o cliente preencheu o IAT-RR.

Relativamente ao SCCT, oito (53.3%) casos foram codificados por três pares de juízes: quatro casos pelo par A<sub>1</sub>-A<sub>2</sub>, três casos pelo par B<sub>1</sub>-B<sub>2</sub> e um caso pelo par C<sub>1</sub>-C<sub>2</sub>. Os restantes casos foram codificados por um juiz apenas: três casos pela juíza A<sub>1</sub> (investigadora principal), dois casos pelo juiz A<sub>2</sub> e dois casos pela juíza B<sub>1</sub>. Para cada caso, o procedimento de codificação envolveu a leitura da transcrição da primeira sessão e definição consensual dos problemas do cliente e daquilo que constituiria inovação, a seleção das passagens que seriam codificadas e a codificação das intervenções do terapeuta e das respostas do cliente. Nas sessões codificadas independentemente por dois juízes, estes reuniram-se após a codificação

para cálculo do acordo, deteção de diferenças na codificação e resolução consensual das mesmas. Posteriormente, a codificação de dez (66.7%) sessões foi alvo de auditoria. Por fim, a partir da codificação obtida, eram classificados os episódios interativos e calculados os índices do SCCT. Os pares de juízes obtiveram os seguintes valores médios de *kappa* de Cohen e de percentagem de acordo: par A<sub>1</sub>-A<sub>2</sub> – .77 (95.4%), par B<sub>1</sub>-B<sub>2</sub> – .94 (97.5%), par C<sub>1</sub>-C<sub>2</sub> – .76 (88.0%), relativamente às intervenções do terapeuta; e, respetivamente, .72 (97.1%), .91 (97.9%), .58 (83.0%), relativamente às respostas do cliente. Estes dados revelam um acordo interjuízes entre bom e excelente (Fleiss, 1981 citado por Martins & Machado, 2006).

### **Estratégia de análise de dados**

As análises estatísticas foram realizadas no software SPSS<sup>®</sup> - versão 20. Inicialmente, procedemos à análise descritiva das variáveis em estudo. Seguidamente, realizámos a análise exploratória de dados das variáveis envolvidas nos testes de estatística inferencial, de modo a averiguar o cumprimento dos pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos, nomeadamente os pressupostos da normalidade da distribuição e da homogeneidade das matrizes de variância-covariância.

No âmbito deste estudo, a colaboração terapêutica foi operacionalizada através dos diversos índices contemplados no SCCT e a prontidão para a mudança foi operacionalizada através do índice de prontidão para a mudança, estádios de mudança e subescalas do URICA. Orientados pelas questões de investigação, realizámos testes de associação entre a prontidão para a mudança e quer a colaboração, quer a aliança terapêuticas. No caso de o pressuposto da normalidade da distribuição não estar cumprido, recorreu-se ao coeficiente de correlação de Spearman em alternativa ao coeficiente de correlação de Pearson. Com vista à realização dos testes de diferenças, os clientes foram divididos em dois grupos em função da mediana do índice de prontidão para a mudança: menor prontidão (pontuação igual ou inferior à mediana; n = 8) e maior prontidão (pontuação superior à mediana; n = 7). A validade desta divisão foi comprovada pela existência de diferenças significativas entre os dois grupos ao nível da prontidão para a mudança,  $t(13) = -3.99$ ,  $p = .002$ . Para testar diferenças entre os grupos ao nível da colaboração e da aliança terapêutica, procedemos à realização de análises de variância multivariada (MANOVA). Este teste é considerado robusto à violação do pressuposto da normalidade multivariada (Field, 2009; Maroco, 2003) e é superior, em termos de poder estatístico e do controlo de erros tipo I, à alternativa não-paramétrica quando este é o único pressuposto violado (Finch, 2005), pelo que o utilizámos inclusivamente quando tal pressuposto não estava assegurado.

## Resultados

Análises preliminares revelaram que não há diferenças em função do diagnóstico no índice de prontidão para a mudança,  $t(13) = 0.22$ ,  $p = .83$ , nos índices globais de colaboração,  $V = 0.22$ ,  $F(3,11) = 1.01$ ,  $p = .42$ , nem na aliança terapêutica,  $V = 0.21$ ,  $F(3,11) = 0.99$ ,  $p = .43$ . A Tabela 1 apresenta as medidas descritivas das principais variáveis em estudo.

Tabela 1

*Medidas descritivas das variáveis*

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>
Prontidão para a mudança	9.43	1.09
Pré-contemplação	14.53	3.46
Contemplação	34.93	2.05
Ação	31.00	3.98
Manutenção	23.93	4.74
Índices de colaboração		
Colaboração	90.77	5.55
Não-colaboração	6.88	4.44
Ambivalência	2.35	2.22
Intervenção do terapeuta		
Suporte no problema	74.17	15.94
Suporte na inovação	3.96	4.95
Desafio	21.87	13.14
Resposta do cliente		
Desinteresse	0.99	0.90
Ambivalência – avanço ao risco	0.37	0.50
Segurança	88.93	8.00
Risco tolerável	1.84	2.74
Ambivalência – retorno à segurança	1.98	2.16
Risco intolerável	5.89	4.55

Variável	<i>M</i>	<i>DP</i>
Aliança terapêutica		
Total	43.53	7.66
Objetivos	14.60	2.59
Tarefas	13.87	2.80
Vínculo	15.07	3.26

Relativamente à URICA, os clientes apresentaram, em média, maior pontuação na subescala contemplação, sendo que 12 (80.0%) estavam no estágio de contemplação e 3 (20.0%) no estágio de preparação. Devido à reduzida variabilidade dos estágios de mudança, esta variável não foi incluída nos testes estatísticos. Quanto à colaboração terapêutica na primeira sessão, as díades apresentaram índices elevados de colaboração e índices reduzidos de não-colaboração e de ambivalência. A intervenção mais frequente do terapeuta foi Suporte no problema e a resposta mais frequente do cliente foi Segurança. Consequentemente, o episódio mais frequente foi Suporte no problema-Segurança (70.78%), seguindo-se os episódios Desafio-Segurança (14.6%), Desafio-Risco intolerável (3.85%) e Suporte na inovação-Segurança (3.52%). Os restantes episódios foram residuais. Em geral, as díades estabeleceram alianças terapêuticas de elevada qualidade.

### ***Relação entre Prontidão para a mudança e Colaboração terapêutica***

Os resultados dos testes de associação entre prontidão para a mudança e colaboração terapêutica estão apresentados na Tabela 2. O índice de prontidão para a mudança não estava associado a nenhuma das variáveis de colaboração. A subescala Manutenção foi a única que apresentou correlações significativas com a colaboração. Maiores pontuações na Manutenção estavam associadas a menor Colaboração,  $r = -.63$ ,  $p = .01$ , maior Ambivalência,  $r = .72$ ,  $p = .003$ , menos respostas de Segurança,  $r = -.62$ ,  $p = .01$ , mais respostas de Ambivalência (retorno à segurança),  $r = .64$ ,  $p = .01$ , e mais episódios de Desafio-Ambivalência (retorno à segurança),  $r = .53$ ,  $p = .05$ . Os testes revelaram também correlações marginalmente significativas entre Manutenção e Suporte no problema,  $r = -.49$ ,  $p = .06$ , Desafio,  $r = .45$ ,  $p = .09$ , Risco intolerável,  $r = .46$ ,  $p = .08$ , e episódios de Suporte no problema-Segurança,  $r = -.48$ ,  $p = .07$ , e Desafio-Risco intolerável,  $r_s = .45$ ,  $p = .09$ . Valores mais elevados na

Manutenção tendiam a estar associados a menos intervenções de Suporte no problema e mais de Desafio, mais respostas de Risco intolerável, menos episódios de SP-S e mais de D-RI.

Tabela 2

*Correlações entre Prontidão para a mudança, Colaboração terapêutica e Aliança terapêutica*

Variável	URICA				
	PM	PC	C	A	M
<b>Índices de colaboração</b>					
Colaboração	-.38	-.44	-.14	-.22	-.63*
Não-colaboração	.26	.37	.16	.19	.43
Ambivalência	.42	.35	.01	.17	.72**
<b>Intervenção do terapeuta</b>					
Suporte no problema (SP)	-.32	-.43	-.02	-.37	-.49†
Suporte na inovação (SI)	.27	.33	-.28	.26	.42
Desafio (D)	.34	.39	.15	.38	.45†
<b>Resposta do cliente</b>					
Desinteresse (D')	-.45†	.38	-.10	-.19	-.21
Ambivalência – avanço ao risco (AAR)	.25	-.09	.00	.18	.32
Segurança (S)	-.39	-.37	-.11	-.18	-.62*
Risco tolerável (RT)	.37	-.04	.02	-.002	.28
Ambivalência – retorno à segurança (ARS)	.35	.35	.02	.11	.64*
Risco intolerável (RI)	.34	.29	.18	.22	.46†
<b>Episódios interativos</b>					
SP-D'	-.49†	.43	-.06	-.49†	-.01
SP-AAR	-.07	.25	-.10	-.29	.31
SP-S	-.30	-.46†	-.02	-.36	-.48†
SP-RT	.33	-.07	.24	.08	.34
SP-ARS	.18	.11	-.10	-.08	.42
SP-RI	-.05	.07	.16	.09	-.16
SI-D'	-.37	.28	-.29	-.31	-.25

Variável	URICA				
	PM	PC	C	A	M
SI-AAR <sup>a</sup>					
SI-S	.29	.29	-.26	.29	.38
SI-RT	-.46 <sup>†</sup>	.48 <sup>†</sup>	-.48 <sup>†</sup>	-.35	.06
SI-ARS	.37	.18	.20	-.19	.36
SI-RI	.03	.17	-.06	-.09	.27
D-D'	-.06	.09	.19	.31	-.08
D-AAR	.19	-.07	-.07	.23	.29
D-S	.03	.40	-.07	.24	.11
D-RT	.41	-.07	-.11	.04	.27
D-ARS	.33	.29	.11	.10	.53 <sup>*</sup>
D-RI	.45 <sup>†</sup>	.26	.11	.36	.45 <sup>†</sup>
Aliança terapêutica					
Total	-.28	.35	-.28	.04	-.09
Objetivos	-.33	.40	-.32	-.09	-.10
Tarefas	-.28	.31	-.28	-.03	-.14
Vínculo	-.15	.24	-.16	.19	-.02

*Nota.* Os valores apresentados são coeficientes de correlação de Pearson ( $r$ ), à exceção dos valores referentes aos testes de associação que envolvam as seguintes variáveis, os quais são coeficientes de correlação de Spearman ( $r_s$ ): Suporte na inovação, Ambivalência – avanço ao risco, Risco tolerável e todos os episódios interativos exceto SP-S, SP-RI e D-ARS. PM = Índice de prontidão para a mudança; PC = Pré-contemplação; C = Contemplação; A = Ação; M = Manutenção.

<sup>a</sup>Não calculado devido a ausência de variância.

<sup>†</sup> $p < .10$ ; <sup>\*</sup> $p < .05$ ; <sup>\*\*</sup> $p < .01$ .

Para testar diferenças ao nível da colaboração em função da prontidão para a mudança, realizámos quatro MANOVA. No caso de o teste não apresentar significância estatística, foram ainda assim analisados os resultados da ANOVA de cada variável dependente, que podem ser considerados significativos se realizada a Correção de Bonferroni (Maroco, 2003). As MANOVA revelaram que não há diferenças significativas entre os grupos de menor e de maior prontidão para a mudança ao nível dos índices de colaboração,  $V = 0.27$ ,  $F(3, 11) = 1.38$ ,  $p = .30$ ,  $\eta^2 = .27$ , das intervenções do terapeuta,  $V = 0.40$ ,  $F(3, 11) = 2.49$ ,  $p = .12$ ,  $\eta^2 = .40$ , das respostas do cliente,  $V = 0.56$ ,  $F(6, 8) = 1.67$ ,  $p = .25$ ,  $\eta^2 = .56$ , e dos episódios

interativos<sup>1</sup>,  $V = 0.36$ ,  $F(4,10) = 1.39$ ,  $p = .31$ ,  $\eta^2 = .36$ . Contudo, as ANOVA com Correção de Bonferroni nas variáveis de intervenção do terapeuta ( $.05/3 = .017$ ) revelaram diferenças significativas entre os dois grupos ao nível do Desafio,  $F(1,13) = 7.55$ ,  $p = .017$ ,  $\eta^2 = .37$ . O Desafio foi mais frequente no grupo de maior prontidão para a mudança ( $M = 30.09$ ,  $DP = 12.48$ ) do que no grupo de menor prontidão ( $M = 14.67$ ,  $DP = 9.22$ ).

### ***Relação entre Prontidão para a mudança e Aliança terapêutica***

As análises revelaram não haver associações significativas entre a prontidão para a mudança e a aliança terapêutica (Tabela 2). A MANOVA revelou que não há diferenças significativas na aliança em função da prontidão para a mudança,  $V = 0.02$ ,  $F(3,11) = 0.09$ ,  $p = .96$ ,  $\eta^2 = .02$ .

## **Discussão**

Este estudo pretendia explorar a relação entre a prontidão do cliente para a mudança e quer a colaboração terapêutica, quer a aliança terapêutica, na primeira sessão. Os resultados sugerem que a prontidão para a mudança, avaliada globalmente, não está relacionada com nenhuma das duas variáveis. Adicionalmente, nenhuma das restantes medidas de prontidão (subescalas) está associada à aliança. Os resultados relativos à aliança não são coerentes com a maioria dos estudos, segundo os quais a aliança está positivamente associada à subescala contemplação (Derisley & Reynolds, 2000; Príncipe et al., 2006; Rochlen et al., 2005) e aos estádios de mudança (Emmerling & Whelton, 2009). Caso a prontidão para a mudança e a aliança estejam efetivamente relacionadas, a discrepância de resultados poderá dever-se à reduzida dimensão da nossa amostra, resultando num menor poder estatístico, e à reduzida variabilidade na prontidão para a mudança, comparativamente aos outros estudos. Note-se também que este foi o único estudo a utilizar o índice de prontidão para a mudança, pelo que não existem resultados comparáveis a esse nível. Os diversos estudos divergem consideravelmente nos instrumentos utilizados, no momento de avaliação das variáveis e nas medidas utilizadas do URICA, dificultando a comparação direta de resultados e possibilitando a sua discrepância. Por outro lado, Rochlen e colaboradores (2005) encontraram resultados relativamente congruentes com o nosso estudo. Segundo os autores, a qualidade da aliança apenas difere entre clientes em pré-contemplação e clientes nos restantes estádios, pelo que é possível que a prontidão para a mudança só prejudique a aliança se num nível muito baixo de

---

<sup>1</sup> Foram testados apenas os episódios interativos mais frequentes: SP-S, SI-S, D-S, D-RI.

prontidão, inexistente na presente amostra. Outra interpretação possível face aos resultados é de que não exista associação entre a prontidão e a aliança, caso o terapeuta seja sensível à prontidão do cliente, isto é, caso o terapeuta seja responsivo, a prontidão não influenciaria a aliança. Nesse caso, levanta-se a possibilidade de a relação entre as duas variáveis ser moderada pela responsividade terapêutica, enquanto indicador da adequação da intervenção do terapeuta à prontidão do cliente para a mudança. Perante os resultados atualmente existentes, as diversas possibilidades permanecem em aberto.

Apesar da ausência de relação entre a prontidão para a mudança e as duas variáveis relacionais, ao nível microanalítico, a frequência da intervenção de desafio variou em função da prontidão do cliente para a mudança, tendo os terapeutas desafiado mais vezes clientes com maior prontidão do que clientes com menor prontidão, sendo esta uma diferença de grande magnitude. Contudo, apesar das diferenças na intervenção do terapeuta, os clientes dos dois grupos responderam de modo similar, maioritariamente com resposta de segurança, as díades interagiram de modo similar e maioritariamente colaborativo e os clientes avaliaram a aliança de modo similar (elevada qualidade), conforme evidenciado pela ausência de diferenças ao nível das respetivas variáveis. Estes resultados parecem indicar que, numa primeira sessão, os terapeutas terão sido capazes de perceber o grau de prontidão para a mudança dos clientes, traduzido na sua necessidade de ser compreendido e na sua capacidade para ser desafiado, adequando de um modo sensível a sua intervenção em função dessa prontidão. Esta interpretação reporta-nos ao conceito de responsividade terapêutica, definida como “a competência e voluntariedade do terapeuta para adequar e implementar as suas intervenções em resposta às necessidades do cliente” (Sousa & Ribeiro, 2009, p. 90). De facto, as dimensões centrais da responsividade são a sensibilidade às necessidades e capacidades idiossincráticas de cada cliente, decorrentes nomeadamente do seu nível de prontidão para a mudança, e a flexibilidade do terapeuta para adaptar a sua intervenção de acordo com essas particularidades (Meystre, Kramer, De Roten, Despland, & Stiles, 2014; Sousa & Ribeiro, 2009). Neste sentido, os terapeutas parecem ter sido, na maioria das vezes, responsivos à prontidão para a mudança dos seus clientes, promovendo assim a colaboração e a aliança terapêuticas (Horvath et al., 2011; Sousa & Ribeiro, 2009). Na mesma linha, e à luz do modelo da colaboração terapêutica (Ribeiro et al., 2013), estes resultados corroboram a hipótese de que a colaboração parece emergir da adequação da intervenção do terapeuta à prontidão do cliente para a mudança. Adicionalmente, o próprio Modelo Transteórico de Mudança (MTM) salienta a importância de o terapeuta adaptar a sua intervenção à prontidão

do cliente, propondo diferentes processos de mudança e posturas relacionais em função do estágio de mudança (Norcross et al., 2011).

A um nível micro da prontidão para a mudança, a subescala Manutenção apresentou associações significativas de grande magnitude com variáveis da colaboração terapêutica. Clientes com maior pontuação tenderam a receber menos suporte no problema e a ser mais desafiados e, perante esta intervenção, responderam mais com ambivalência e invalidação e validaram menos as intervenções do terapeuta no geral. Para a compreensão destes resultados, é importante considerar que os clientes se situavam majoritariamente no estágio de contemplação e alguns em preparação, pelo que maior pontuação na Manutenção refletia apenas maior adoção de atitudes e comportamentos deste estágio. Considerando que a maioria destes clientes procuraram psicoterapia pela primeira vez e que, provavelmente, já teriam tentado resolver o seu problema por si mesmos, a pontuação nesta subescala significaria possivelmente o esforço para manter ou recuperar melhorias anteriormente conseguidas. É provável que os clientes com maior pontuação na Manutenção refletissem mais frequentemente no seu discurso essa vontade e/ou preocupação. Perante tais referências, os terapeutas terão percebido esses clientes como estando mais preparados para ser desafiados. Contudo, dada a ambivalência e/ou invalidação do cliente, essa intervenção parece ter sido precoce e desadequada. Com base nas referências à mudança, o terapeuta terá possivelmente sobreavaliado a verdadeira prontidão do cliente para a mudança, que era globalmente menor (contemplação ou preparação) e se caracterizava por elevada ambivalência face à mudança. Assim, nalgumas situações, os terapeutas parecem não ter sido responsivos às necessidades dos clientes com maior manutenção, para os quais seria eventualmente mais adequada uma intervenção que visasse a compreensão da dificuldade em manter as mudanças. Estes resultados salientam novamente a importância da responsividade terapêutica com vista à colaboração, para a qual é fundamental uma “compreensão holística do cliente” (Sousa & Ribeiro, 2009, p. 114), que considere o seu nível global de prontidão para a mudança e não apenas expressões momentâneas de maior prontidão, e que permita assim respeitar a ambivalência natural dos clientes em contemplação.

Em síntese, a prontidão do cliente para a mudança não parece constituir um obstáculo ou limitação ao desenvolvimento da aliança nem ao envolvimento colaborativo do cliente na terapia, desde que haja responsividade terapêutica. O desafio que se coloca aos terapeutas é, pois, o de serem responsivos aos seus clientes momento a momento, compreendendo e respeitando, simultaneamente, o nível global de prontidão para a mudança daquele cliente e as

suas capacidades e necessidades a cada momento, adequando coerentemente a sua intervenção, nomeadamente desafiando mais frequentemente clientes com maior prontidão.

Contudo, salientamos que, dada a natureza exploratória do estudo e as suas diversas limitações, decorrentes nomeadamente das especificidades da amostra, estas conclusões devem ser interpretadas com cautela, não sendo possível a sua generalização à população psicoterapêutica. O foco exclusivo na primeira sessão e a complexidade e morosidade inerentes ao processo de codificação da colaboração impossibilitaram a obtenção de uma amostra de maior dimensão, o que, por sua vez, limitou o poder estatístico do estudo. A reduzida variabilidade da amostra ao nível das variáveis de prontidão para a mudança, colaboração e aliança influenciou naturalmente os resultados e limita as conclusões deste estudo a clientes no estágio de contemplação ou preparação. A pouca variabilidade nos estádios de mudança é compreensível, dado que a maioria das pessoas que procura psicoterapia tenderá a estar nesses estádios – habitualmente, reconhecendo que têm um problema, procuram terapia por iniciativa própria, mas não terão feito ainda mudanças significativas. Por outro lado, tendo a primeira sessão uma estrutura mais transversal do que as restantes, direcionada sobretudo à compreensão do problema do cliente, é natural a similaridade nos padrões de colaboração entre os casos. Outra limitação é o facto de não ter sido controlado qual o problema específico relativamente ao qual o cliente preencheu o instrumento, sendo possível que os clientes tenham respondido simultaneamente em relação a múltiplos problemas e/ou a diversas dimensões do mesmo problema, perante os quais poderão apresentar diferentes graus de prontidão (DiClemente et al., 2004). Assim, a precisão da avaliação da prontidão para a mudança poderá ter estado comprometida.

Apesar destas limitações, este estudo é bastante relevante pelo seu carácter inovador e pelo contributo que para a compreensão do impacto da prontidão para a mudança no desenvolvimento inicial da colaboração e da aliança terapêuticas, quer para a investigação relativa à aplicação do MTM ao contexto psicoterapêutico. A relevância do estudo é igualmente reforçada pelas diversas implicações e sugestões para a prática clínica já mencionadas, particularmente em relação à importância da responsividade terapêutica à prontidão para a mudança do cliente.

Este estudo levantou também novas questões de investigação pertinentes para estudos futuros. O estudo reforçou a necessidade de se continuar a investigar a relação entre a prontidão para a mudança, colaboração e aliança, nomeadamente em amostras de maior dimensão e com maior variabilidade na prontidão para a mudança, e em diferentes fases do processo terapêutico. Estudos qualitativos poderiam esclarecer aspetos específicos dessa

relação, nomeadamente percebendo até que ponto a invalidação ou a ambivalência do cliente resultam efetivamente da inadequação da intervenção do terapeuta à prontidão do cliente. Seria também interessante perceber qual o balanceamento ideal entre suporte e desafio, promotor de melhor aliança terapêutica e maior colaboração, em função da prontidão para a mudança e da fase da terapia. No sentido de averiguar a validade das conclusões deste estudo, seriam interessantes estudos em que o terapeuta avaliasse, no final da primeira sessão, a prontidão para a mudança do cliente ou em que, antes da sessão, o terapeuta fosse informado da prontidão do cliente e fosse estudado o impacto desse conhecimento na colaboração e na aliança terapêutica. Por fim, seriam importantes estudos que investigassem concomitantemente estas três variáveis e outras variáveis relevantes, nomeadamente a responsividade e os resultados terapêuticos, explorando inclusivamente relações de mediação e moderação. É fundamental investigação adicional nesta área ainda tão pouco explorada e compreendida. A compreensão da interação das diversas variáveis permitiria eventualmente potenciar a qualidade e eficácia do processo terapêutico e, ao limite, o sucesso terapêutico.

## Referências

- 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*, *44*(2), 175–192. doi:10.1037/0033-3204.44.2.175
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bohart, A., & Wade, A. (2013). The Client in Psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th ed., pp. 219–257). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *16*(3), 252–260.  
doi:10.1037/h0085885
- Caballo, V., Salazar, I., Iurrtia, M., Arias, B., & Hofmann, S. (2012). The Multidimensional Nature and Multicultural Validity of a New Measure of Social Anxiety: The Social Anxiety Questionnaire for Adults. *Behavior Therapy*, *43*, 313–328.  
doi:10.1016/j.beth.2011.07.001
- Derisley, J., & Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, *39*(4), 371–382. doi:10.1348/014466500163374
- DiClemente, C. C., Schlundt, D., & Gemmell, L. (2004). Readiness and Stages of Change in Addiction Treatment. *The American Journal on Addictions*, *13*(2), 103–119.  
doi:10.1080/10550490490435777
- Emmerling, M., & Whelton, W. (2009). Stages of change and the working alliance in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *19*(6), 687–98.  
doi:10.1080/10503300902933170
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd ed.). London: SAGE Publications.

- Finch, H. (2005). Comparison of the Performance of Nonparametric and Parametric MANOVA Test Statistics when Assumptions Are Violated. *Methodology European Journal of Research Methods for the Behavioral and Social Sciences*, 1(1), 27–38. doi:10.1027/1614-1881.1.1.27
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press. [Versão traduzida por A. Maia, 2003]
- Hatcher, R., & Gillaspay, J. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, 16(1), 12–25. doi:10.1080/10503300500352500
- Hilsenroth, M., Cromer, T., & Ackerman, S. (2012). How to Make Practical Use of Therapeutic Alliance Research in Your Clinical Work. In R. A. Levy, J. S. Ablon, & H. Kächele (Eds.), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* (pp. 361–380). New York: Humana Press. doi:10.1007/978-1-60761-792-1
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 258–263. doi:10.1037/0033-3204.43.3.258
- Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The Alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (pp. 37–69). New York: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. J., Burlingame, G., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D., Clouse, G., & Yanchar, S. (1996). The Reliability and Validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), 249–258. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S

- Lambert, M. J., & Cattani, K. (2012). Practice-Friendly Research Review: Collaboration in Routine Care. *Journal of Clinical Psychology, 68*(2), 209–220. doi:10.1002/jclp.21835
- Leiman, M., & Stiles, W. B. (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. doi:10.1080/713663986
- Mahon, M., Laux, J., Ritchie, M., Piazza, N., Tiamiyu, M., & McGuire-Wise, S. (in press). Brief therapy at a university counseling center: Working alliance, readiness to change, and symptom severity. *Journal of College Counseling*.
- Maroco, J. (2003). *Análise Estatística - Com Utilização do SPSS* (2.<sup>a</sup> edição.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Martins, C., & Machado, C. (2006). Observação da interação humana: Considerações metodológicas. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 2*, 159–176.
- McConaughy, E., Prochaska, J. O., & Velicer, W. (1983). Stages of Change in Psychotherapy: Measurement and Sample Profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 20*(3), 368–375.
- Meystre, C., Kramer, U., De Roten, Y., Despland, J.-N., & Stiles, W. B. (2014). How psychotherapeutic exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the Assimilation Model. *Counselling and Psychotherapy Research, 14*(1), 29–41. doi:10.1080/14733145.2013.782056
- Mourão, J., Coutinho, J., & Ribeiro, E. (2009). Aliança terapêutica: o lado do cliente. In E. Ribeiro (Ed.), *Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica* (pp. 43–66). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of Change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-Based Therapy Relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

- Principe, J., Marci, C., Glick, D., & Ablon, J. (2006). The relationship among patient contemplation, early alliance, and continuation in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(2), 238–243. doi:10.1037/0033-3204.43.2.238
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276–288. doi:10.1037/h0088437
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102–1114. doi:10.1037/0003-066X.47.9.1102
- Ramos, M. (2008). *Análise das Características Psicométricas da Versão Portuguesa do Working Alliance Inventory - Short Revised* (Dissertação de mestrado). Retirado de <http://hdl.handle.net/1822/8895>
- 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: Psiquilíbrios Edições.
- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 294–314. doi:10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x
- Rochlen, A., Rude, S., & Barón, A. (2005). The Relationship of Client Stages of Change to Working Alliance and Outcome in Short-Term Counseling. *Journal of College Counseling*, 8(1), 52–64. doi:10.1002/j.2161-1882.2005.tb00072.x
- Sousa, Z., & Ribeiro, E. (2009). Responsividade terapêutica como micro-processo da aliança. In E. Ribeiro (Ed.), *Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica* (pp. 87–118). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal Consensus and Collaboration. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.