



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Dulce Patrícia Vale de Vasconcelos Pinto

**O desenvolvimento da colaboração terapêutica
em casos clínicos de desistência**

Dulce Patrícia Vale de Vasconcelos Pinto
**O desenvolvimento da colaboração terapêutica
em casos clínicos de desistência**

UMinho | 2017

janeiro de 2017

FCT
Fundação para a Ciência e a Tecnologia
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA

PO QH QUALIFICAR É CRESCER.

QR EN QUADRO DE REFERÊNCIA ESTRATÉGICO NACIONAL PORTUGAL 2007.2013

 Governo da República Portuguesa

 UNIÃO EUROPEIA Fundo Social Europeu



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Dulce Patrícia Vale de Vasconcelos Pinto

**O desenvolvimento da colaboração terapêutica
em casos clínicos de desistência**

Tese de Doutoramento em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Eugénia Ribeiro

janeiro de 2017

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração da presente tese. Confirmando que em todo o trabalho conducente à sua elaboração não recorri à prática de plágio ou a qualquer forma de falsificação de resultados.

Mais declaro que tomei conhecimento integral do Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 31 de Janeiro de 2017

Dulce Patrícia Vale de Vasconcelos Pinto

Dulce Patrícia Vale de Vasconcelos Pinto

AGRADECIMENTOS / ACKNOWLEDGEMENTS

Esta tese é o resultado de um processo de colaboração com diferentes pessoas, cuja existência, apoio, compreensão, confiança, afeto e incentivo, me permitiram avançar e evoluir ao longo dos últimos anos. Deste modo, gostaria de agradecer a quem, direta ou indiretamente, contribuiu para este produto final, especialmente:

À Professora Eugénia Ribeiro, que muito estimo e que tive o privilégio de ter como minha orientadora em mais esta etapa do meu percurso académico, por se ter feito sempre tão presente, ora empaticamente suportando as minhas dúvidas e realizações ora, de forma igualmente empática mas firme, desafiando-me para avançar sempre mais;

Ao Professor Miguel Gonçalves, por gentilmente me ter cedido os casos clínicos que foram objeto de estudo nesta tese, originalmente recolhidos no âmbito do projeto “Mudança Narrativa em Psicoterapia” com a referência PTDC/PSI/72846/2006, desenvolvido sob a sua coordenação na Escola de Psicologia da Universidade do Minho;

À Professora Inês Sousa, docente do Departamento de Matemática e Aplicações da Universidade do Minho, pela sua importante colaboração na análise de dados do primeiro estudo desta tese;

To Professor Anssi Peräkylä, for kindly receiving me for a three months training at the Finnish Centre of Excellence in Research on Intersubjectivity in Interaction of the University of Helsinki, with whom I had the privilege to deepen my knowledge on Conversation Analysis, essential to the prosecution of this work; as well as to the other members of the Centre;

Aos meus colegas da Equipa de Investigação em Relação Terapêutica (EIRT), por tantas vezes terem partilhado comigo momentos de reflexão e aprendizagem, assim como de interajuda e descontração; em particular, à Ana Pinheiro, outrora colaboradora da EIRT e minha amiga, e à Cátia Vasconcelos, por comigo terem partilhado muitas horas de codificação e categorização dos casos em estudo; bem como, à Ângela Ferreira, pela sua companhia e incentivo preciosos na fase final deste trabalho;

Aos colegas que, embora pertencendo a outras equipas de investigação que não a EIRT, comigo partilharam questões e conhecimentos indispensáveis ao desenvolvimento desta tese, em especial ao António Ribeiro e ao Rodrigo Teixeira Lopes pelos seus importantes contributos numa fase mais inicial da mesma;

Aos meus amigos, da academia e de fora dela, pelos momentos de desconpressão, muitas vezes em torno de mesas fartas, não só de comida mas sobretudo de boa disposição e gargalhadas, tão refrescantes e importantes face ao trabalho; em particular, à Libânia, minha amiga de há mais de vinte anos, por quem, sendo filha única, nutro um sentimento de fraternidade que muito me emociona e ultrapassa;

Ao Ricardo, meu companheiro de desde quase sempre, por me ter acompanhado e comigo crescido em mais este processo, sempre de mãos dadas, num abraço que se faz sempre presente, e de olhos postos num futuro que há de ser para sempre o nosso;

À Alice, nossa filha e menina dos nossos olhos, por ser a concretização viva do nosso Amor, e cujo aparecimento numa fase intermédia deste trabalho me proporcionou uma visão maior da vida e me motivou a querer alcançar ainda mais, a todos os níveis, no melhor interesse do seu e do nosso bem-estar, e dos seus muitos impagáveis sorrisos e conquistas passo a passo;

Aos meus pais, minha base segura, cujo amor, orgulho e apoio incondicionais me permitiram querer para além de ser, em mim depositando todas as suas expectativas e confiança para alcançar sempre mais;

À minha restante família, que em maior ou menor grau se fez sempre presente e mostrou estar disponível e confiante em mim;

À Cristina, pela preciosa ajuda na revisão do Inglês;

A todos quantos alguma vez se cruzaram no meu caminho, outrora ou presentemente, anónimos, referências distantes, antigos professores, conhecidos, colegas e/ou amigos, cuja existência em algum momento tocou e transformou a minha.

Muito obrigada!

A presente tese de doutoramento beneficiou do apoio da Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) através da Bolsa de Doutoramento Individual com a referência SFRH/BD/82583/2011



O DESENVOLVIMENTO DA COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA EM CASOS CLÍNICOS DE DESISTÊNCIA

RESUMO

Os estudos que compõem a presente tese foram desenvolvidos no sentido de dar resposta às recomendações da investigação de processo em psicoterapia acerca da necessidade de explicitar o modo como a psicoterapia funciona, ao nível da interação entre terapeuta e cliente, momento a momento. Assumindo a conceptualização de colaboração terapêutica proposta por Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath, e Stiles (2013), analisámos casos clínicos de desistência e insucesso seguidos em Terapia Narrativa por recurso a duas abordagens metodológicas distintas: o Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT) e a Análise de Conversação (AC).

O SCCT pressupõe a codificação, momento a momento, das intervenções do terapeuta e respostas do cliente, permitindo aferir se o trabalho terapêutico entre ambos se situou dentro, nos limites ou fora da Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDPT) do cliente – definida como o contínuo entre o seu nível de desenvolvimento atual e o nível de desenvolvimento que poderá potencialmente atingir em colaboração com o terapeuta. Assim, por recurso ao SCCT, no primeiro estudo procurámos descrever o padrão de desenvolvimento da colaboração terapêutica num conjunto de sete casos clínicos de desistência e insucesso acompanhados pelo mesmo terapeuta, tendo verificado que, independentemente das respostas dos clientes, este tendeu a aumentar as suas intervenções de desafio e a diminuir as de suporte, ao longo das sessões. Por seu turno, os clientes tenderam a oscilar entre respostas indicadoras de experiências de segurança, não avançando para além do seu nível de desenvolvimento atual, e respostas indicadoras de experiências de risco intolerável, colocando o trabalho terapêutico numa zona de não colaboração, para além dos limites das respetivas ZDPT.

Tendo verificado a correspondência entre os padrões individuais de desenvolvimento da colaboração terapêutica de cada um dos sete casos clínicos de desistência e insucesso analisados, e o padrão geral do conjunto dos casos, do primeiro para o segundo estudo selecionámos o caso clínico de desistência e insucesso mais representativo do padrão de desenvolvimento da colaboração terapêutica encontrado, tendo este sido então comparado com um caso clínico contrastante, finalizado e de sucesso, seguido pelo mesmo terapeuta, por recurso ao método *State Space Grids*

(SSGs). De um modo geral, os resultados obtidos sugerem que existiu uma tendência para ambas as díades interagirem mais tempo dentro das ZDPT das clientes, próximas dos seus níveis de desenvolvimento atuais. No entanto, no caso clínico de desistência e insucesso verificou-se uma duração superior de interações fora da ZDPT da cliente, para além do seu nível de desenvolvimento potencial, do que no caso clínico finalizado e de sucesso. Já no caso clínico finalizado, foram captados avanços consistentes da cliente em direção a níveis superiores de desenvolvimento, dentro da sua ZDPT, não captados no caso da cliente desistente (correspondentes a episódios interativos atratores de Desafio – Risco tolerável). Por outro lado, o terapeuta parece ter sido mais responsivo às necessidades sinalizadas pela cliente do caso clínico finalizado do que do caso clínico de desistência, ao ter sido capaz de assegurar um maior equilíbrio relativamente ao (não)restabelecimento da colaboração terapêutica após os episódios interativos de Desafio – Risco intolerável identificados, atratores distintivos entre os casos.

Por fim, no terceiro estudo propusemo-nos a categorizar e comparar as ações do terapeuta e das clientes dos casos clínicos analisados no segundo estudo, após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, utilizando a metodologia de AC. Para além disso, averiguámos a associação entre as ações do terapeuta e das clientes após tais episódios e o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica, em função das várias categorias e subcategorias de ação definidas. Verificámos que, tanto no caso clínico de desistência como no caso clínico finalizado, o terapeuta tendeu a insistir na sua intervenção anterior. Verificámos, ainda, que houve uma associação significativa entre as ações de insistência e desistência do terapeuta e o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica. Por sua vez, ambas as clientes tenderam a privilegiar Respostas de desalinhamento face às ações prévias do terapeuta, tendo-se verificado uma associação significativa entre as várias categorias de ação das clientes e o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica.

Os resultados obtidos nos três estudos revelaram-se consistentes entre si, bem como para com os resultados obtidos em estudos prévios realizados por recurso ao SCCT, contribuindo para a validação interna e externa do modelo de colaboração terapêutica adotado nesta tese. Serão discutidas as suas implicações teóricas e práticas.

THE THERAPEUTIC COLLABORATION DEVELOPMENT IN DROPOUT CLINICAL CASES

ABSTRACT

The studies of this thesis were developed in order to address the recommendations of the process research in psychotherapy about the need to clarify the way psychotherapy works, in terms of the interaction between therapist and client, at a moment to moment level. Assuming the conceptualisation of the therapeutic collaboration proposed by Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath, and Stiles (2013), we analysed poor outcome dropouts of Narrative Therapy by using two different methodological approaches: the Therapeutic Collaboration Coding System (TCCS) and the Conversation Analysis (CA).

The TCCS implies the coding, at a moment to moment level, of the therapist's interventions and client's responses, allowing to assess if the therapeutic work between both of them stands within, at the limit or out of the client's Therapeutic Zone of Proximal Development (TZPD) – defined as the continuum between his/her actual developmental level and the developmental level that the client can potentially achieve in collaboration with the therapist. Therefore, by using the TCCS, in the first study we tried to describe the developmental pattern of therapeutic collaboration in a set of seven poor outcome dropouts followed by the same therapist, having concluded that, regardless of the clients' responses, the therapist tended to increase his interventions of challenging and to decrease the supporting ones, throughout the sessions. On the other hand, the clients tended to oscillate between responses that indicated safety experiences, not progressing beyond their actual developmental level, and responses that indicated experiences of intolerable risk, placing the therapeutic work in a zone of non-collaboration, beyond the limits of their TZPD.

Having verified the correspondence between the individual developmental patterns of therapeutic collaboration of each of the seven poor outcome dropouts analysed, and the general pattern of all the dropouts, from the first to the second study we have selected the poor outcome dropout that we found more representative of the developmental pattern of the therapeutic collaboration, which was then compared to a contrasting clinical case, a good outcome completer, followed by the same therapist, by using the State Space Grids (SSGs) method. Overall, the results obtained suggest that

there was a tendency for both dyads to interact for longer periods of time within the clients' TZPD, close to their actual developmental levels. However, in the poor outcome dropout we witnessed a longer duration of interactions out of the client's TZPD, beyond their potential developmental level, higher than in the good outcome completer. When it comes to the completer, it was possible to capture solid progressions of the client towards higher developmental levels, within her TZPD (corresponding to attractor interactive episodes of Challenging – Tolerable risk), which were not captured in the dropout case. On the other hand, the therapist seemed to be more responsive to the client's needs of the completer case than of the dropout case, by being capable to assure a higher balance regarding the (non)re-establishment of the therapeutic collaboration after the attractor interactive episodes of Challenging – Intolerable risk, distinctive between the cases.

Finally, in the third study, we set out to categorise and compare the actions of the therapist and the actions of the clients of the same clinical cases analysed in the second study, after the attractor interactive episodes of Challenging – Intolerable risk, by using the CA methodology. Besides that, we tracked the association between the therapist's and clients' actions after such episodes and the therapeutic collaboration (non)re-establishment, according to the different defined categories and subcategories of action. We noticed that, in both dropout and completer cases, the therapist tended to insist on his previous intervention. We also noticed there was a significant association between the therapist's insist and quit actions and the therapeutic collaboration (non)re-establishment. In turn, both clients tended to privilege responses of misalignment in relation to the previous actions of the therapist. There was a significant association between all the clients' actions and the therapeutic collaboration (non)re-establishment.

The results obtained in the three studies proved to be consistent between them, as well as to the results obtained in previous studies using the TCCS, thus contributing to the internal and external validation of the therapeutic collaboration model adopted in this thesis. Their theoretical and practical implications will be discussed.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
Enquadramento teórico	3
<i>Desistência em psicoterapia.....</i>	<i>3</i>
<i>Colaboração e mudança em psicoterapia.....</i>	<i>8</i>
Enquadramento metodológico	19
<i>Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT).....</i>	<i>19</i>
<i>Análise de Conversação (AC).....</i>	<i>26</i>
Apresentação e fundamentação dos estudos	32
CAPÍTULO I – AN EXPLORATORY STUDY OF THE THERAPEUTIC COLLABORATION IN DROPOUT CASES OF NARRATIVE THERAPY	39
ABSTRACT.....	41
RESUMO	41
INTRODUCTION	42
Present study: Goals and questions	44
METHOD	44
Participants.....	44
Therapy	45
Researchers.....	46
Measures	46
<i>Working Alliance Inventory.....</i>	<i>46</i>
<i>Outcome Questionnaire - 45.2.....</i>	<i>46</i>
<i>Therapeutic Collaboration Coding System</i>	<i>47</i>
Procedure	48
Statistical analysis	48
RESULTS	49
Overall proportions of the therapist’s interventions and clients’ responses ...	49
How did the clients respond to each therapist’s intervention?	51
How did the therapist respond to each clients’ response?.....	52
DISCUSSION.....	53
REFERENCES.....	58

CAPÍTULO II – ESTUDO COMPARATIVO DO DESENVOLVIMENTO DA COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA NUM CASO CLÍNICO DE DESISTÊNCIA E INSUCESSO E NUM CASO CLÍNICO FINALIZADO COM SUCESSO	65
RESUMO	67
ABSTRACT	68
INTRODUÇÃO	68
MÉTODO	73
Participantes	73
<i>Caso clínico de desistência e de insucesso</i>	<i>73</i>
<i>Caso clínico finalizado e de sucesso</i>	<i>74</i>
Terapeuta e terapia	75
Investigadoras	75
Instrumentos	76
<i>Inventário da Aliança Terapêutica</i>	<i>76</i>
<i>Outcome Questionnaire - 45.2</i>	<i>76</i>
<i>Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica</i>	<i>76</i>
Procedimento	77
<i>Procedimento de recolha</i>	<i>77</i>
<i>Procedimento de codificação</i>	<i>78</i>
<i>Procedimento de análise</i>	<i>79</i>
RESULTADOS	81
Como é que se caracterizou o padrão de colaboração terapêutica num caso clínico de desistência e insucesso e num caso clínico finalizado com sucesso, ao longo das sessões?	81
Como é que se caracterizou o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica num caso clínico de desistência e insucesso e num caso clínico finalizado com sucesso, após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, ao longo das sessões?	87
DISCUSSÃO	92
REFERÊNCIAS	97
CAPÍTULO III – ANÁLISE DE CONVERSAÇÃO DAS AÇÕES DO TERAPEUTA E DO CLIENTE APÓS EPISÓDIOS INTERATIVOS DE NÃO COLABORAÇÃO NUM CASO CLÍNICO DE DESISTÊNCIA E INSUCESSO E NUM CASO CLÍNICO FINALIZADO COM SUCESSO	103

RESUMO	105
ABSTRACT.....	106
INTRODUÇÃO.....	106
MÉTODO	113
Participantes	113
Instrumentos	114
Procedimento	114
<i>Procedimento de recolha dos casos clínicos.....</i>	<i>114</i>
<i>Procedimento de seleção das unidades de análise.....</i>	<i>114</i>
<i>Procedimento de análise / categorização.....</i>	<i>115</i>
RESULTADOS	118
Categorização das ações de terceira posição do terapeuta após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável	118
Categorização das ações de quarta posição das clientes após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável	122
(Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável.....	125
<i>Ações de terceira posição do terapeuta</i>	<i>125</i>
<i>Ações de quarta posição das clientes</i>	<i>128</i>
<i>Ações de terceira posição do terapeuta – (Re)Ações de quarta posição das clientes.....</i>	<i>132</i>
DISCUSSÃO.....	139
REFERÊNCIAS.....	145
CONCLUSÃO.....	151
REFERÊNCIAS	163
ANEXOS	183
ANEXO I – CONVENÇÕES PARA A TRANSCRIÇÃO COM ANÁLISE DE CONVERSAÇÃO	185
ANEXO II – GRELHAS OBTIDAS POR RECURSO AO <i>GRIDWARE</i> PARA O CASO CLÍNICO DE DESISTÊNCIA, EM CADA UMA DAS SUAS SESSÕES	187
ANEXO III – GRELHAS OBTIDAS POR RECURSO AO <i>GRIDWARE</i> PARA O CASO CLÍNICO FINALIZADO, EM CADA UMA DAS SUAS SESSÕES	191

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 <i>Categorias e subcategorias da intervenção do terapeuta</i>	20
Tabela 2 <i>Categorias e subcategorias da resposta do cliente</i>	22
Tabela 3 <i>Episódios interativos por referência à ZDPT do cliente</i>	25
Tabela 4 <i>Sumário das questões de investigação e das abordagens utilizadas na tese</i> ..	35
Tabela 5 <i>Grelha de categorização das ações das clientes</i>	117
Tabela 6 <i>Grelha de categorização das ações do terapeuta</i>	119
Tabela 7 <i>Percentagem das subcategorias de ação do terapeuta no caso clínico de desistência</i>	121
Tabela 8 <i>Percentagem das subcategorias de ação do terapeuta no caso clínico finalizado</i>	122
Tabela 9 <i>Percentagem das subcategorias de ação da cliente no caso clínico de desistência</i>	123
Tabela 10 <i>Percentagem das subcategorias de ação da cliente no caso clínico finalizado</i>	124
Tabela 11 <i>(Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às subcategorias de ação do terapeuta no caso clínico de desistência</i>	126
Tabela 12 <i>(Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às subcategorias de ação do terapeuta no caso clínico finalizado</i>	128
Tabela 13 <i>(Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às subcategorias de ação da cliente no caso clínico de desistência</i>	130
Tabela 14 <i>(Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às subcategorias de ação da cliente no caso clínico finalizado</i>	132

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Representação da interação da díade por referência à ZDPT do cliente.....	15
<i>Figura 2.</i> Representação do processo de investigação subjacente à tese.	35
<i>Figure 3.</i> Overall proportion of the therapist's different interventions.	49
<i>Figure 4.</i> Individual profiles of the therapist's different interventions.....	50
<i>Figure 5.</i> Overall proportion of the clients' different responses.....	50
<i>Figure 6.</i> Individual profiles of the clients' different responses.	51
<i>Figure 7.</i> Proportion of the clients' different responses following each type of therapist' intervention.....	52
<i>Figure 8.</i> Proportion of the therapist's different interventions following each type of clients' response.	53
<i>Figura 9.</i> Grelha exemplificativa obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na primeira sessão do caso clínico de desistência.....	80
<i>Figura 10.</i> Atratores de colaboração encontrados no caso clínico de desistência.....	82
<i>Figura 11.</i> Atratores de colaboração identificados no caso clínico finalizado.....	84
<i>Figura 12.</i> (Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica no caso clínico de desistência após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável.....	88
<i>Figura 13.</i> (Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica no caso clínico finalizado após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável.	89
<i>Figura 14.</i> Percentagem das categorias de ação do terapeuta no caso clínico de desistência.	120
<i>Figura 15.</i> Percentagem das categorias de ação do terapeuta no caso clínico finalizado.	121
<i>Figura 16.</i> Percentagem das categorias de ação da cliente no caso clínico de desistência.	122
<i>Figura 17.</i> Percentagem das categorias de ação da cliente no caso clínico finalizado.	124
<i>Figura 18.</i> (Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às categorias de ação do terapeuta no caso clínico de desistência.....	126
<i>Figura 19.</i> (Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às categorias de ação do terapeuta no caso clínico finalizado.	127
<i>Figura 20.</i> (Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às categorias de ação da cliente no caso clínico de desistência.	129

<i>Figura 21.</i> (Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às categorias de ação da cliente no caso clínico finalizado.	131
<i>Figura 22.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na segunda sessão do caso clínico de desistência.	187
<i>Figura 23.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na terceira sessão do caso clínico de desistência.	187
<i>Figura 24.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na quarta sessão do caso clínico de desistência.	187
<i>Figura 25.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na quinta sessão do caso clínico de desistência.	188
<i>Figura 26.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na sexta sessão do caso clínico de desistência.	188
<i>Figura 27.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na sétima sessão do caso clínico de desistência.	188
<i>Figura 28.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na oitava sessão do caso clínico de desistência.	189
<i>Figura 29.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na nona sessão do caso clínico de desistência.	189
<i>Figura 30.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na primeira sessão do caso clínico finalizado.	191
<i>Figura 31.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na segunda sessão do caso clínico finalizado.	191
<i>Figura 32.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na terceira sessão do caso clínico finalizado.	191
<i>Figura 33.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na quarta sessão do caso clínico finalizado.	192
<i>Figura 34.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na quinta sessão do caso clínico finalizado.	192
<i>Figura 35.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na sexta sessão do caso clínico finalizado.	192
<i>Figura 36.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na sétima sessão do caso clínico finalizado.	193
<i>Figura 37.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na oitava sessão do caso clínico finalizado.	193

<i>Figura 38.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na nona sessão do caso clínico finalizado.....	193
<i>Figura 39.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na 10ª sessão do caso clínico finalizado.....	194
<i>Figura 40.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na 11ª sessão do caso clínico finalizado.....	194
<i>Figura 41.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na 12ª sessão do caso clínico finalizado.....	194
<i>Figura 42.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na 13ª sessão do caso clínico finalizado.....	195
<i>Figura 43.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na 14ª sessão do caso clínico finalizado.....	195
<i>Figura 44.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na 15ª sessão do caso clínico finalizado.....	195
<i>Figura 45.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na 16ª sessão do caso clínico finalizado.....	196
<i>Figura 46.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na 17ª sessão do caso clínico finalizado.....	196
<i>Figura 47.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na 18ª sessão do caso clínico finalizado.....	196
<i>Figura 48.</i> Grelha obtida por recurso ao <i>GridWare</i> na 19ª sessão do caso clínico finalizado.....	197

ÍNDICE DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 <i>Episódio interativo de Desafio – Segurança ocorrido na sexta sessão do caso clínico de desistência</i>	83
Ilustração 2 <i>Episódio interativo de Desafio – Risco intolerável ocorrido na sétima sessão do caso clínico de desistência</i>	83
Ilustração 3 <i>Episódio interativo de Suporte no problema – Segurança ocorrido na oitava sessão do caso clínico finalizado</i>	85
Ilustração 4 <i>Episódio interativo de Desafio – Segurança ocorrido na quarta sessão do caso clínico finalizado</i>	86
Ilustração 5 <i>Episódio interativo de Desafio – Risco tolerável ocorrido na quarta sessão do caso clínico finalizado</i>	86
Ilustração 6 <i>Não restabelecimento da colaboração terapêutica na segunda sessão do caso clínico de desistência, após um episódio interativo de Desafio – Risco intolerável</i>	90
Ilustração 7 <i>Restabelecimento da colaboração terapêutica na segunda sessão do caso clínico finalizado, após um episódio interativo de Desafio – Risco intolerável</i>	91
Ilustração 8 <i>Não restabelecimento da colaboração terapêutica no caso clínico de desistência: Insistência do terapeuta e desalinhamento da cliente</i>	133
Ilustração 9 <i>Restabelecimento da colaboração terapêutica no caso clínico finalizado: Insistência do terapeuta e alinhamento da cliente</i>	135
Ilustração 10 <i>Restabelecimento da colaboração terapêutica no caso clínico finalizado: Desistência do terapeuta e alinhamento da cliente</i>	137

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

A presente tese é composta por três estudos, desenhados e realizados sequencialmente no âmbito da Equipa de Investigação em Relação Terapêutica (EIRT) da Universidade do Minho, sob a orientação científica da Professora Doutora Eugénia Ribeiro, entre Setembro de 2011 e Janeiro de 2017. Esta introdução visa oferecer um enquadramento geral dos referidos estudos, quer do ponto de vista teórico e conceptual quer do ponto de vista metodológico.

A nível teórico será realizada uma apresentação detalhada do estado da arte relativamente ao fenómeno de desistência em psicoterapia e às mais relevantes concetualizações de colaboração e mudança no contexto desta tese, desde as referências mais clássicas às mais recentes contribuições. O Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT; Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles, 2013) e a estratégia de Análise de Conversação (AC; e.g, Jefferson, 2004) serão depois enquadrados metodologicamente. Por fim, será apresentada uma breve fundamentação dos três estudos que compõem esta tese, no sentido de clarificar a sua relevância e inovação face a estudos com os quais partilham algumas comunalidades, bem como a identificar os principais objetivos e questões de investigação que os nortearam.

Enquadramento teórico

Desistência em psicoterapia

O fenómeno de desistência em psicoterapia constitui-se como um dos problemas mais comuns na prática clínica, frequentemente com consequências negativas para todas as partes envolvidas, desde os participantes diretos no processo terapêutico à globalidade do contexto institucional no qual este decorre (Beckam, 1992; Pekarik, 1985; Werbart, Andersson, & Sandell, 2014). Neste domínio, vários são os estudos que sugerem que, perante a desistência de um cliente, o terapeuta tende a apresentar sinais de desmoralização conducentes a uma diminuída perceção de autoeficácia e autoconfiança, bem como sentimentos de impotência, perda, confusão, rejeição e raiva, assumindo muitas vezes para si a responsabilidade pelo fracasso do processo (DuBrin & Zastowny, 1988; Piselli, Halgin, & MacEwan, 2011; Reis & Brown, 1999; Swift & Greenberg, 2012). De acordo com Farber (1983), a desistência é inclusivamente a

terceira maior fonte de stresse ocupacional com a qual um terapeuta se confronta na sua prática, podendo conduzir ao desenvolvimento de estratégias de *coping* desajustadas, segundo as quais ora se pode distanciar ora envolver excessivamente nos processos terapêuticos de que posteriormente venha a ser responsável (Ogrodniczuk, Joyce, & Piper, 2005).

Por seu turno, em grande parte dos casos clínicos de desistência, o cliente tende a abandonar o processo terapêutico antes de atingir os objetivos que motivaram a sua procura de ajuda, desse modo vendo as suas dificuldades e sintomas manterem-se ou até agravarem-se (Knox et al., 2011; Sherman & Anderson, 1987). Tal desfecho conduz frequentemente a uma manifesta insatisfação do cliente para com o processo, bem como a sentimentos de descrença acerca da possibilidade de resolução dos seus problemas, assim aumentando a sua desmotivação e desencorajando-o a envolver-se numa procura de ajuda futura (DuBrin & Zastowny, 1988; Knox et al., 2011; Sherman & Anderson, 1987; Strickland & Crowne, 1963). Finalmente, para as instituições que asseguram serviços de psicoterapia, a desistência de um cliente representa muitas vezes um prejuízo considerável ao nível dos recursos humanos e financeiros de base investidos, para além de dificultar uma mais eficiente gestão das listas de espera (Greenspan & Kulish, 1985; Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2013; Piselli et al., 2011).

Na meta-análise clássica de Baekeland e Lundwall (1975) foi identificada uma taxa de desistência de cerca de 31 a 79% dos casos clínicos em psicoterapia, sendo que a maioria dos clientes desses casos compareceu a um mínimo de três sessões e a um máximo de 13. Posteriormente, numa outra meta-análise de referência, Wierzbicki e Pekarik (1993) verificaram que aproximadamente 47% dos clientes que iniciaram a terapia não a completaram; e, mais recentemente, Swift e Greenberg (2012) e Cooper e Conklin (2015) identificaram uma taxa de desistência de cerca de 20%, que, embora inferior às previamente referidas, continua a afigurar-se preocupante, dado traduzir-se no facto de que um em cada cinco clientes de psicoterapia continua a abandonar prematuramente o seu processo.

Infelizmente, estas discrepâncias ao nível das taxas de desistência são um sinal evidente do caos na literatura acerca do fenómeno, uma vez que existem inúmeras definições de desistência, muitas vezes ambíguas, incompatíveis ou até contraditórias entre si, que naturalmente concorrem para diferentes resultados entre estudos, no contexto da psicoterapia (Baekeland & Lundwall, 1975; Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008; Benetti & Cunha, 2008; Cuijpers, Straten, Andersson, &

Oppen, 2008; Gastaud & Nunes, 2010; Roos & Werbart, 2013; Sales, 2003; Shamir, Szor, & Melamed, 2010; Swift & Greenberg, 2012). Beckam (1992), por exemplo, estabeleceu um número mínimo de sessões abaixo do qual definiu estar perante casos clínicos de desistência, sem considerar que o número de sessões realizadas, mesmo tratando-se de um número inferior ao pré-estabelecido, possa ter sido suficiente para o cumprimento dos objetivos terapêuticos previamente definidos; Sales (2003) e Huang, Hill, e Gelso (2013) consideraram como casos clínicos de desistência casos nos quais os clientes efetuaram o pedido ajuda mas não compareceram sequer à primeira sessão de psicoterapia, assim assumindo a diferenciação entre *prior/early dropouts* e *later dropouts* ou *non-engagers* e *engagers*, respetivamente; e, Corning, Malofeeva, e Bucchianeri (2007) usaram como critério para a definição da desistência do cliente o julgamento do terapeuta, não assegurando necessariamente o acordo do próprio cliente relativamente a esse julgamento; etc.

Na linha da proposta de Jung e colaboradores (2013) e de outros autores (e.g. Garfield, 1994; Pekarik, 1985; Strickland & Crowne, 1963), nesta tese definimos o fenómeno de desistência em psicoterapia como referente a casos clínicos nos quais o cliente tomou a iniciativa unilateral de abandonar prematuramente o processo terapêutico, após ter comparecido a pelo menos uma sessão, sem o conhecimento e o acordo prévio do terapeuta, assim enfatizando o não cumprimento do protocolo terapêutico pré-estabelecido. Na nossa perspetiva, esta premissa baseada na iniciativa unilateral do cliente para abandonar a terapia enfatiza a quebra no envolvimento colaborativo entre a díade terapêutica, cuja qualidade parece ser determinante para a manutenção de uma boa relação entre os elementos da díade terapêutica (Bordin, 1974). Para além disso, enfatizamos a prematuridade do abandono do processo por parte do cliente na linha de grande parte dos estudos, que indica que a maioria dos casos de desistência em psicoterapia são casos de insucesso, isto é, casos nos quais o cliente não compareceu a um número suficiente de sessões por forma a manifestar uma mudança clinicamente significativa do ponto de vista da redução da sua sintomatologia (e.g., Baekeland & Lundwall, 1975; Beckam, 1992; Cahill et al., 2003).

Tradicionalmente, a investigação acerca do fenómeno de desistência em psicoterapia tem-se focado na identificação dos fatores preditores subjacentes, nomeadamente ao nível das variáveis contextuais e das contribuições individuais do terapeuta e do cliente (e.g., Benetti & Cunha, 2008; DuBrin & Zastowny, 1988; Cooper & Conklin, 2015; Mueller & Pekarik, 2000; Prochaska & Norcross, 2001; Smith,

Subich, & Kalodner, 1995; Swift & Greenberg, 2012; Werbart et al., 2014; Werner-Wilson & Winter, 2010; Westmacott, Hunsley, Best, Rumstein-McKean, & Schindler, 2010; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Também neste caso a consistência dos resultados entre estudos é problemática, dada a adoção de múltiplas definições de desistência (Barrett et al., 2008; Benetti & Cunha, 2008; Cuijpers et al., 2008; Sales, 2003).

Do ponto de vista das variáveis contextuais, isto é, das características do contexto institucional no qual a psicoterapia decorre e do seu modo de funcionamento, as clínicas em contexto universitário apresentam habitualmente maiores taxas de desistência (Swift & Greenberg, 2012). Por outro lado, parecem não existir diferenças significativas ao nível da modalidade de tratamento (psicoterapia por si só, ou psicoterapia combinada com toma de medicação) nem entre abordagens terapêuticas, ao passo que terapias com durações mais longas ou sem limite de tempo protocolado, assim como terapias não manualizadas, parecem apresentar maiores taxas de desistência (Cooper & Conklin, 2015; Swift & Greenberg, 2012).

De entre os fatores individuais do terapeuta, o estudo de Cooper e Conklin (2015) não identificou quaisquer diferenças ao nível do tipo de finalização da terapia em função das habilitações do terapeuta, medidas em termos da sua fase de formação ou treino e/ou dos seus anos de experiência profissional. Este resultado não é, contudo, corroborado pelos resultados da maior parte dos estudos neste domínio (e.g., Greenspan & Kulish, 1985; Roos & Werbart, 2013; Swift & Greenberg, 2012), segundo os quais terapeutas mais experientes apresentam menores taxas de desistência por parte dos seus clientes.

Relativamente aos fatores individuais do cliente, a idade (mais jovem), o sexo (masculino) e o estado civil (não envolvido numa relação íntima) parecem estar associados a taxas mais elevadas de desistência (Swift & Greenberg, 2012), embora a consistência destes resultados seja também pouco consensual em relação a outros estudos (e.g., Baekeland & Lundwall, 1975; Sales, 2003). Por outro lado, a pertença a um nível socioeconómico baixo – sobretudo se condicente com a pertença a um grupo social minoritário (Cooper & Conklin, 2015; Greenspan & Kulish, 1985; Wierzbicki & Pekarik, 1993) – e a dificuldade na deslocação entre a sua residência e a instituição prestadora do serviço (Bados, Balaguer, & Saldaña, 2007), tende não só a prevenir o cliente de encetar a procura de ajuda, como também a contribuir para a sua manutenção em terapia por um menor número de sessões, potenciando a desistência (Fiester & Rudestam, 1975; Werner-Wilson & Winter, 2010; Westmacott et al., 2010). De igual

modo, a pertença a um nível socioeconómico baixo conduz muitas vezes a uma maior dificuldade de identificação entre o cliente e o terapeuta, dado estar associada a uma maior discrepância em termos do nível educacional de ambos (e.g., Swift & Greenberg, 2012), dos seus sistemas de valores, e das expectativas de cada um relativamente à eficácia, natureza e duração da terapia (Aubuchon-Endsley & Callahan, 2009; Baekeland & Lundwall, 1975; Garfield, 1994; Mueller & Pekarik, 2000; Pulford, Adams, & Sheridan, 2008; Wierzbicki & Pekarik, 1993).

Para além disso, de acordo com Prochaska e Norcross (2001) cerca de 40% dos clientes que desistem da terapia (nomeadamente, até à terceira sessão) situam-se numa fase de pré-contemplação da mudança, assim apresentando um nível reduzido de prontidão para alterar o seu comportamento num futuro próximo e frequentemente não estando sequer conscientes de quais são os seus problemas e de quais os comportamentos que necessitam de ver alterados. A sua motivação é, muitas vezes, diminuta (Bados et al., 2007), sendo que os clientes desistentes tendem a perceber os seus problemas como situacionais e/ou externos a si mesmos e, por isso, não suscetíveis de serem por si modificados (Baekeland & Lundwall, 1975; Greenspan & Kulish, 1985; Pekarik, 1985). Além do mais, clientes com uma elevada necessidade de aprovação nas relações interpessoais (nomeadamente, na relação com o terapeuta) tendem a desistir mais precocemente da terapia, sendo percecionados pelo terapeuta como mais defensivos ou desorganizados (Baekeland & Lundwall, 1975; Strickland & Crowne, 1963). Também o diagnóstico de uma perturbação de personalidade ou de uma perturbação alimentar se encontram associados a uma maior probabilidade de desistência (Swift & Greenberg, 2012).

Mais recentemente, a investigação acerca do fenómeno de desistência em psicoterapia tem acompanhado as recomendações gerais da investigação neste domínio, notando-se uma tendência crescente para alterar o foco do estudo das contribuições contextuais e individuais do terapeuta e do cliente para o estudo da sua contribuição mútua, no âmbito da relação terapêutica (nível macro) e da sua interação momento a momento (nível micro) (e.g., Barrett et al., 2008; DuBrin & Zastowny, 1988; Eaton, Abeles, & Gutfreund, 1993; Elliot, 2010; Greenspan & Kulish, 1985; Horvath, 2006; Johansson & Eklund, 2006; Principe, Marci, Glick, & Ablon, 2006; Reis & Brown, 1999; Roos & Werbart, 2013; Sharf, Primavera, & Diener, 2010). Beckam (1992), por exemplo, foi um dos primeiros autores a sugerir que níveis de relação terapêutica de qualidade elevada desde o início do processo terapêutico “estão claramente relacionados

com o processo de decisão dos clientes para permanecerem no tratamento” (p. 181), uma ideia igualmente suportada por outros autores (e.g., Corning et al., 2007; Knox et al., 2011; Pires, Ribeiro, Janeiro, Azevedo, & Horvath, 2016; Reis & Brown, 1999; Tryon & Kane, 1995; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Aliás, a investigação em psicoterapia tem consistentemente demonstrado que existe uma correlação negativa entre a qualidade da aliança terapêutica e o fenómeno de desistência (e.g., Saatsi, Hardy, & Cahill, 2007; Sharf et al., 2010), sendo que a insatisfação de um dado cliente desistente para com o seu terapeuta e/ou a terapia poderá estar relacionada com a qualidade dessa aliança, uma vez que esta afeta não só a manutenção do vínculo entre a díade terapêutica, como também o seu acordo relativamente às tarefas e objetivos (Roos & Werbart, 2013).

Por sua vez, vários são os estudos com foco nas ruturas na aliança que têm suportado a relevância da dimensão colaborativa para a prevenção da desistência dos clientes (e.g., Quintana & Holahan, 1992). Efetivamente, a associação positiva entre a ocorrência de ruturas na aliança e a desistência dos clientes tem sido amplamente descrita na literatura (e.g., Coutinho, Ribeiro, Sousa, & Safran, 2013; Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2010). Para além disso, há evidências empíricas que sugerem que abordagens terapêuticas focadas na resolução das ruturas na aliança têm significativamente menores taxas de desistência quando comparadas com abordagens em que esse foco não é claramente assumido (Muran, Safran, Samstag, & Winston, 2005; Safran, 1993).

Colaboração e mudança em psicoterapia

Nas últimas décadas, a aliança tem sido o elemento da relação terapêutica que mais interesse tem recebido por parte da investigação e literatura no domínio da investigação focada nos processos relacionais em psicoterapia (Norcross, 2010). Historicamente, o conceito de aliança teve a sua origem no âmbito das teorias psicanalíticas clássicas (e.g., Freud, 1994), tendo sido posteriormente adotado no âmbito das mais variadas concetualizações acerca do processo terapêutico. Foi Bordin (1979) o primeiro autor a propor uma definição transteórica de aliança, segundo a qual a mesma configura de três componentes fundamentais: o vínculo entre terapeuta e cliente, ou nível de confiança e compreensão mútua; e o acordo entre ambos relativamente aos objetivos que o cliente deverá alcançar em terapia, bem como em relação às tarefas ou

atividades que ambos deverão colocar em prática no sentido de permitir que este alcance os referidos objetivos. No seguimento, vários são os estudos que demonstram que a aliança é um dos mais importantes fatores comuns em psicoterapia (Lambert, 2004; Norcross & Goldfried, 2005; Wampold, 2001) e o mais forte e confiável preditor dos resultados obtidos neste contexto (Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Martin, Garske, & Davis, 2000).

Mais recentemente, numa perspetiva de complementaridade e avanço para além da investigação focada nos resultados que tem sido amplamente conduzida e difundida no domínio da psicoterapia a respeito da aliança, a investigação focada no processo terapêutico tem vindo a suscitar o interesse dos investigadores, constituindo-se como uma das principais promessas do panorama investigativo atual (Elliot, 2010). Assim, mais do que analisar e replicar os estudos que apontam para a relação de causalidade entre aliança e resultados terapêuticos a um nível macro (já sobejamente conhecidos e de relevância indiscutível), parece importante estudar os processos através dos quais essa aliança se concretiza momento a momento na relação terapêutica, possibilitando a emergência dos referidos resultados, a um nível micro (Cooper, 2012; Hatcher & Barends, 2006; Horvath, 2006; Safran & Muran, 2006).

De um modo geral, a literatura e investigação sobre aliança partilha da noção de que esta é melhor entendida como a qualidade do envolvimento colaborativo necessário à formação e manutenção de uma relação produtiva entre a díade terapêutica (e.g., Bachelor & Horvath, 1999; Bachelor, Laverdière, Gamache, & Bordeleau, 2007; Berdondini, Elliot, & Shearer, 2012; Bordin, 1974, 1979; Horvath, 2006; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000; Tryon & Winograd, 2001, 2002). No entanto, quando analisados detalhadamente pode perceber-se que muitos dos primeiros esforços para operacionalizar esse envolvimento descuram a natureza recíproca das interações entre terapeuta e cliente, focando-se frequentemente apenas na contribuição de um dos elementos da díade (nomeadamente, do cliente). São exemplos disso o conceito de coordenação de Westerman e Foote (1995) e de Westerman, Foote e Winston (1995), bem como o conceito de colaboração de Bachelor e coautores (2007).

Efetivamente, Westerman e Foote (1995) são claros na sua definição de coordenação enquanto “aspectos da contribuição do cliente para a aliança, que são especialmente relevantes para uma relação terapêutica produtiva” (p. 222); e, de modo análogo, Bachelor e coautores (2007) referem-se a diferentes modos de colaboração, dependentes do grau de participação do cliente (ativa, mútua ou dependente do

terapeuta), sendo que só o modo de colaboração mútua se parece aproximar das propostas mais recentes no sentido de considerar a efetiva contribuição do terapeuta e do cliente para a interação terapêutica, numa perspectiva de reciprocidade e bidirecionalidade (e.g., Hatcher, 1999; Ribeiro, 2009).

Não descurando a necessidade de considerar a contribuição de ambos, Safran e Muran (2000, 2006) preferem o termo negociação ao termo colaboração, defendendo que “a ideia de que a aliança é negociada entre terapeuta e cliente numa base contínua enfatiza o facto de esta não ser uma variável estática que é necessária para que a intervenção terapêutica funcione, mas sim uma propriedade emergente da relação terapêutica em constante mudança” (p. 288), que inclui a negociação de aspetos tanto conscientes quanto inconscientes, com vista à promoção da mudança do cliente. Por seu turno, derivando o seu trabalho a partir dos conceitos de coordenação (Westerman & Foote, 1995; Westerman et al., 1995) e de complementaridade (Tracey, 1993), Lepper e Mergenthaler (2007, 2008) consideram que a interação entre terapeuta e cliente é melhor compreendida enquanto uma sequência de ações discursivas e comunicacionais com determinadas propriedades linguísticas e significado clínico, tendo desenvolvido o Modelo de Ciclos Terapêuticos (MCT) com base em princípios da Análise de Conversação (AC; e.g., Jefferson, 2004).

De acordo com o MCT (Lepper & Mergenthaler, 2008), “o processo de mudança terapêutica resulta da interação entre as experiências emocionais e a reflexão cognitiva acerca dessas mesmas experiências” (p. 635), sendo que a coerência de tópico entre terapeuta e cliente parece constituir-se como um marcador de elevado envolvimento entre ambos, assim como de produtividade terapêutica, especialmente nos períodos (ou ciclos) durante os quais os marcadores linguísticos de emocionalidade ou abstração têm uma prevalência superior à média.

Por sua vez, em concordância com Horvath e Bedi (2002), Ribeiro (2009) retoma o termo colaboração, conceptualizando-o como “uma coordenação de ações entre terapeuta e cliente, enquadrada momento-a-momento na conversação terapêutica” (p. 171), mediante a qual ambos os participantes utilizam e co-constroem as contribuições um do outro (Anderson, 2012; Bakhtin, 1981; Berdondini et al., 2012; Shotter, 1984; Strong, Sutherland, & Ness, 2011), contínua e sequencialmente ao longo do tempo, assim possibilitando a mudança do cliente. Partindo do conceito de “validação de significados” de Kelly (1955, p. 95), para Ribeiro (2009) a colaboração terapêutica implica necessariamente um processo de validação mútua das experiências e

significados do cliente e do terapeuta, abordados no contexto da conversação terapêutica. Assim, observar o sistema de significados do cliente a partir do ponto de vista privilegiado do terapeuta permite ao terapeuta envolver-se verdadeiramente com o cliente, progredindo com ele num contínuo no qual o cliente não conseguiria progredir sozinho.

Na mesma linha, Ribeiro e coautores (2013) sugerem que a colaboração terapêutica ocorre interactivamente num processo em que terapeuta e cliente devem ser empáticos um com o outro, bem como ser capazes de compreender e partilhar o significado das suas ações e experiências momento a momento. Para validar as experiências do cliente, o terapeuta não só necessita de ser empático com a sua experiência mal adaptativa e de sofrimento, mas também de ser responsivo às suas expectativas e prontidão para a mudança.

Assim, de acordo com Ribeiro e coautores (2013), o terapeuta deve assegurar o equilíbrio entre as suas intervenções de suporte e desafio, desse modo validando as necessidades do cliente de se sentir seguro e de compreender a sua experiência atual, bem como as suas necessidades de avançar e experienciar novidade na sua vida. Por meio das intervenções de suporte, o terapeuta pode oferecer apoio e promover um sentimento de segurança no cliente, expressando a sua compreensão e aceitação para com a sua perspectiva mal adaptativa ou para com as mudanças emergentes. Por outro lado, o terapeuta pode fazer uso de diferentes estratégias de desafio para promover mudanças na experiência do cliente e ajudá-lo a rever a sua perspectiva mal adaptativa, assim estimulando a emergência de uma perspectiva alternativa.

Neste seguimento, importa ressaltar que demasiadas intervenções de suporte por parte do terapeuta (especialmente se focadas na perspectiva mal adaptativa do cliente) podem reforçar as assunções mal adaptativas deste e, desse modo, bloquear a mudança; ao passo que, demasiadas intervenções de desafio por parte do terapeuta podem promover uma ansiedade excessiva no cliente, podendo resultar, em última instância, na sua desistência da terapia (Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, Gabalda, & Ribeiro, 2016). Por outras palavras, ao promover a oportunidade para o cliente optar por uma das perspectivas disponíveis (atual *versus* potencial), o terapeuta deve preocupar-se em fazê-lo de modo equilibrado, de modo a tornar compatível a necessidade de continuidade do *self* do cliente com a sua necessidade de desconstrução do *self* e mudança (Fernandes, Senra, & Feixas, 2009). De outro modo, o desequilíbrio entre a validação e a invalidação do sistema de significação do cliente poderá ativar mecanismos do próprio

no sentido da autoproteção do *self* e contribuir para a sua rigidificação, aprisionando-o no próprio sistema de significação, “num conjunto de implicações que lhe deixam pouca margem de liberdade para arriscar ser diferente” (Fernandes et al., 2009, p. 15) e criar novos significados – isto é, impossibilitando a ocorrência de mudança e, possivelmente, contribuindo para o seu não envolvimento e/ou abandono do processo terapêutico.

Posto isto, para ser bem-sucedida, a conversação terapêutica implica necessariamente uma “compreensão interpessoal” (Kelly, 1955, p. 95): por um lado, o terapeuta deve ser capaz de empaticamente compreender as experiências e necessidades do cliente, bem como de aceitar a percepção do cliente acerca das mesmas; e, por outro lado, o cliente deve não só ser capaz de compreender as propostas do terapeuta, mas também de estar recetivo a considerá-las e a efetivamente aceitá-las, quer sejam de suporte ou de desafio (Ribeiro et al., 2013). O sentimento de ser reconhecido ao nível das suas experiências e expectativas de mudança tipicamente promove no cliente a aceitação das propostas do terapeuta, isto é, respostas de validação (Ribeiro et al., 2013). Pode dizer-se, portanto, que estas respostas de validação envolvem diferentes tipos de processos interpessoais, tais como processos de metacognição e mentalização (Corbella et al., 2009; Dimmagio et al., 2011; Dimmagio, Carcione, Salvatore, Semerari, & Nicolò, 2010; Fonagy, Bateman, & Bateman, 2011; Karlsson & Kermott, 2006; Liotti & Gilbert, 2011; Lysaker, Gumley, & Dimaggio, 2011), que representam a efetiva co-construção de significados por parte dos elementos da díade em torno das experiências do cliente (Kelly, 1955).

Influenciada pelos conceitos de Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDPT; Leiman & Stiles, 2001) e de “validação de significados” (Kelly, 1955, p. 95), Ribeiro (2009) sugere ainda que a colaboração terapêutica deve ser compreendida como um processo desenvolvimental de co-construção de significados. Neste processo, a díade terapêutica deve mover-se entre compreender e empaticamente negociar as dificuldades atuais do cliente (que o impedem de responder de forma ajustada aos obstáculos da vida) e enfatizar as suas capacidades potenciais, estimulando-o a (re)construir significados. Neste sentido, enquadrar e responder às necessidades do cliente numa perspetiva desenvolvimental não só promove a colaboração terapêutica como promove a mudança do cliente.

Do mesmo modo, Ribeiro e coautores (2013) propõem que o terapeuta facilita a mudança do cliente quando intervém dentro dos limites da ZDPT deste, definida como a distância entre o seu nível de desenvolvimento atual (correspondente à sua experiência e

perspetiva mal adaptativa) e o nível de desenvolvimento potencial que este poderá atingir em colaboração com o terapeuta. Posto isto, de acordo com esta premissa, a mudança do cliente será facilitada mediante o uso, por parte do terapeuta, de estratégias que lhe permitam progredir na sua ZDPT.

O conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP; Vygotsky, 1978) foi primeiramente transposto para a psicoterapia por Leiman e Stiles (2001), que consideram que a ZDPT “consiste numa forma de descrever a atividade conjunta (entre terapeuta e cliente), e não uma disposição ou nível de competência do cliente” (p. 315), sendo por isso um fenómeno diádico que não deve ser compreendido como uma variável que reflete características estáveis da díade ou de cada um dos seus elementos, mas sim como um contínuo desenvolvimental. De acordo com o Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas (MAEP; Stiles et al., 1990, 1991) no qual se apoiam, os autores (Leiman & Stiles, 2001) acreditam que, numa terapia com bom resultado, o cliente progride numa sequência desenvolvimental relativamente às suas experiências problemáticas, desde o seu reconhecimento à sua eventual resolução. No seguimento, à semelhança do que Ribeiro e coautores (2013) propõem, também Stiles e coautores (2016) consideram que para as intervenções do terapeuta serem produtivas devem respeitar os limites da ZDPT do cliente ao longo dessa sequência, sendo que intervenções que ocorram fora dessa ZDPT constituir-se-ão como erros clínicos e serão teoricamente ineficientes.

Já de um ponto de vista narrativo, a mudança do cliente ocorre a partir da emergência e expansão de resultados únicos (White & Epston, 1990), contrastantes com a narrativa problemática por si apresentada no início do processo terapêutico. Partindo do conceito de White e Epston (1990) e em linha com outros autores (e.g., Shazer, 1991), Gonçalves, Matos, e Santos (2009) propõem que esses resultados únicos sejam melhor conceptualizados como momentos de inovação, assim enfatizando a natureza processual da mudança do cliente assente na transformação da sua narrativa problemática, que lhe provoca sofrimento, em novas e alternativas narrativas, que potenciem o seu bem-estar. Também nesta perspetiva, tanto o terapeuta como o cliente contribuem ativamente para a emergência de novidade, na medida em que o terapeuta intervém de forma a promover essa emergência mas o cliente pode também iniciá-la, avançando para além das propostas do terapeuta (e.g., Gonçalves & Bento, 2008; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2008),

No seguimento, os limites da ZDPT do cliente devem ser revistos à medida que a terapia for progredindo, uma vez que as mudanças emergentes na sua vida tenderão a modificar o seu nível de desenvolvimento potencial ao longo do tempo (Ribeiro et al., 2013). De acordo com Stiles (2002), a necessidade de revisão dos limites da ZDPT do cliente em função das mudanças emergentes implica igualmente uma alteração ao nível da intervenção terapêutica, no sentido de esta lhes ser responsiva a cada momento e de, ao sê-lo, eventualmente promover novas mudanças. O oposto é igualmente verdade: quando o cliente apresenta um retrocesso no seu processo de mudança, o que lhe proporcionava um sentimento de segurança no início torna-se arriscado, contribuindo para o seu regresso a um nível de desenvolvimento inferior. Também nesse caso a intervenção terapêutica deverá ser responsiva, de forma a restabelecer a segurança do cliente e a potenciar o seu avanço para níveis superiores de desenvolvimento.

Posto isto, de acordo com o modelo de Ribeiro e coautores (2013) são as respostas do cliente às intervenções do terapeuta que indicam se o trabalho terapêutico ocorreu dentro, nos limites ou para além dos limites da sua ZDPT, num dado momento. Teoricamente, quando o terapeuta intervém dentro da ZDPT do cliente, este tende a experienciar segurança face a intervenções de suporte ou risco tolerável face a intervenções de desafio; em ambos os casos as propostas do terapeuta são aceites e, por isso, validadas. Por outro lado, quando o terapeuta intervém para além dos limites da ZDPT do cliente, o cliente tende a recusar-se a considerar e/ou a aceitar as suas intervenções, isto é, a invalidar as propostas do terapeuta. Tal será mais esperado se o terapeuta desafiar o cliente em demasia, trabalhando acima do limite superior da sua ZDPT e assim conduzindo-o a experienciar um risco intolerável; mas poderá ocorrer igualmente se o terapeuta trabalhar abaixo do limite inferior da ZDPT do cliente, desse modo levando-o a experienciar desinteresse e/ou aborrecimento relativamente às propostas realizadas, redundantes ou desadequadas. Por fim, quando o terapeuta trabalha nos limites da ZDPT do cliente, o cliente tende a experienciar ambivalência e a oscilar entre a validação e a invalidação das propostas do terapeuta numa mesma resposta, ora no sentido do risco tolerável (se a intervenção do terapeuta ocorrer no limite inferior da ZDPT) ora no sentido da segurança (se a intervenção ocorrer no limite superior desta) (Figura 1).

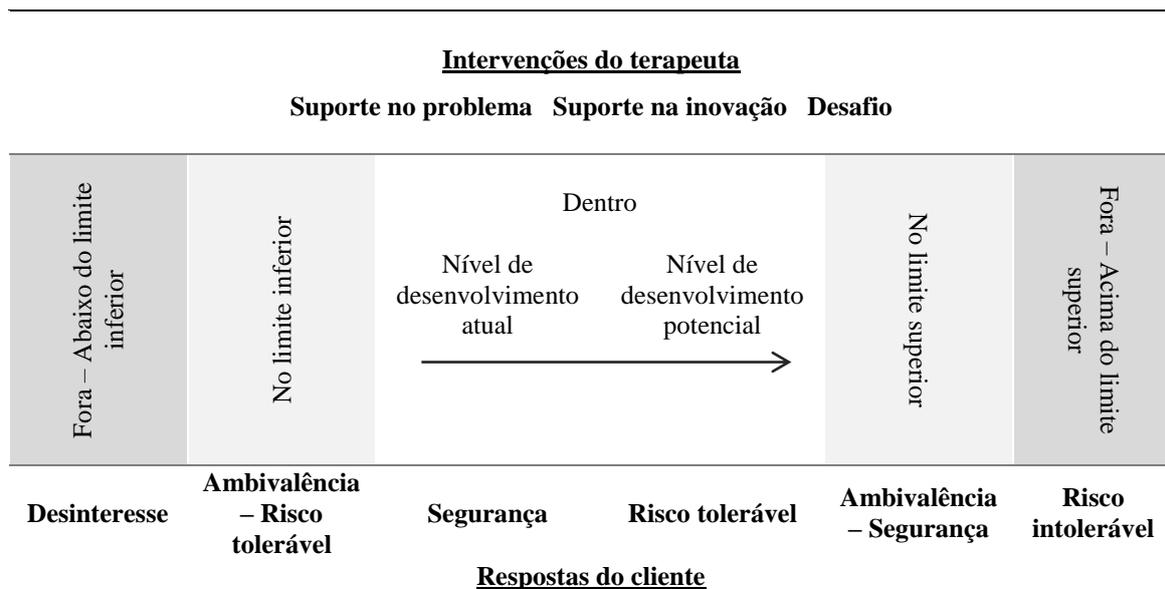


Figura 1. Representação da interação da díade por referência à ZDPT do cliente. Retirada e adaptada de *How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system*, de Ribeiro e coautores (2013), com a devida autorização.

Torna-se, assim, possível fazer um paralelismo entre o modelo de colaboração terapêutica de Ribeiro e coautores (2013) e a Teoria dos Sistemas Dinâmicos (e.g., Lewis, 2000), segundo a qual a característica central de um sistema dinâmico (tal como o é o sistema terapeuta-cliente) é a de que este se orienta por um princípio de auto-organização a partir das interações entre os seus elementos, denominado “emergência”, que por sua vez é reciprocamente causal, na medida em que as interações entre estes se influenciam mutuamente. Efetivamente, esta noção de sistema dinâmico originária da Psicologia do Desenvolvimento (e.g., Hollestein, 2013; Lewis, 2000) parece coadunar-se com a proposta de Ribeiro e coautores (2013), ao permitir conceptualizar o sistema terapeuta-cliente como um sistema marcadamente bidirecional, orientado por dois princípios básicos, tempo e mudança, também eles previstos no modelo da colaboração terapêutica.

Em suma, seguindo as recomendações de múltiplos autores (e.g., Cooper, 2012; Hatcher & Barends, 2006; Horvath, 2006; Lepper & Mergenthaler, 2007; Safran & Muran, 2006) e conforme detalhadamente explanado, Ribeiro e coautores (2013) oferecem um enquadramento conceptual deveras inovador do trabalho colaborativo entre terapeuta e cliente, em articulação com um modelo de mudança em psicoterapia. Para os autores, a colaboração terapêutica ocorre de um modo contínuo e bidirecional, a par do progresso terapêutico por referência à ZDPT do cliente. Posto isto, os três

estudos que compõem a presente tese assentam a sua fundamentação teórica no trabalho conceptual de Ribeiro e coautores (2013), do qual resultou uma ferramenta metodológica essencial à sua aplicação empírica: o Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT).

Em consonância com o modelo de colaboração terapêutica que o enquadra teoricamente (Ribeiro et al., 2013), o SCCT pretende ser transteórico, sendo que a análise de casos clínicos de diferentes abordagens terapêuticas tem suportado empiricamente a sua transversalidade. Por exemplo, no seu estudo, Ribeiro e coautores (2014b) utilizaram o SCCT (Ribeiro et al., 2013) para descrever o padrão de desenvolvimento da colaboração terapêutica num caso clínico finalizado com sucesso, seguido em Terapia Centrada na Pessoa (TCP). Como resultado, verificaram que a interação entre a díade terapêutica ocorreu maioritariamente dentro dos limites da ZDPT do cliente, assim assegurando-lhe um contexto de segurança propício à mudança. Tal resultado suporta, por um lado, a expectativa teórica do modelo de colaboração terapêutica proposto por Ribeiro e coautores (2013) de que a terapia é mais produtiva quando a interação terapêutica ocorre dentro dos limites da ZDPT do cliente; bem como as expectativas relativas aos pressupostos da própria TCP, segundo os quais a natureza empática da atitude do terapeuta é fundamental para a promoção de mudança no cliente (e.g., Greenberg, Rice, & Watson, 1994; Rogers, 1951, 1957).

De modo semelhante, num estudo de dois casos finalizados seguidos em Terapia Focada nas Emoções (TFE) mas com diferentes resultados clínicos – sucesso *versus* insucesso –, os autores (Ribeiro et al., 2016b) verificaram que ambos os terapeutas tenderam a intervir dentro dos limites da ZDPT dos clientes. No entanto, o terapeuta do caso de sucesso parece ter sido mais responsivo ao nível de desenvolvimento da cliente, ao garantir um maior equilíbrio entre as suas intervenções de suporte e desafio, do que o terapeuta do caso de insucesso. Também nesse estudo foi corroborada a expectativa teórica subjacente ao modelo de colaboração terapêutica de Ribeiro e coautores (2013) já referida, bem como as expectativas relativamente à própria abordagem terapêutica, enquanto abordagem de processo experiencial que integra, por um lado, condições relacionais características da TCP com intervenções experienciais de processo mais diretivas, com vista a facilitar a mudança do cliente ao nível das suas emoções (e.g., Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Greenberg & Watson, 1998).

Por sua vez, Ribeiro, Silveira, Senra, Azevedo, e Ferreira (2017) utilizaram o SCCT (Ribeiro et al., 2013) para comparar o padrão de desenvolvimento da colaboração

terapêutica em dois casos clínicos finalizados, ambos seguidos em Terapia Construtivista (TC) mas também distintos quanto ao resultado (sucesso *versus* insucesso). Os resultados do seu estudo demonstraram que no caso clínico de insucesso os episódios não colaborativos foram quatro vezes mais frequentes do que no caso clínico de sucesso, e que a terapeuta tendeu a aumentar as suas intervenções de desafio progressivamente ao longo da terapia. Por contraste, no caso clínico de sucesso, a terapeuta interveio de modo mais equilibrado, alternando entre intervenções de desafio e suporte, e a cliente respondeu mais frequentemente com indicações de inovação. Parece, portanto, que, no caso clínico de insucesso, intervenções demasiado diretivas por parte da terapeuta com foco na mudança da cliente terão estado associadas a uma maior resistência por parte desta e a uma menor qualidade da colaboração entre ambas. De acordo com a TC, tal resistência poderá ser entendida como uma elevada ansiedade ou dificuldade para significar a experiência antecipada, funcionando desse modo como uma proteção do próprio sentido de identidade por parte da cliente (e.g., Feixas & Saúl, 2004; Feixas et al., 2013; Fernandes, 2007).

Por seu turno, Ferreira, Ribeiro, Pinto, Pereira, e Pinheiro (2015) recorreram ao SCCT (Ribeiro et al., 2013) para descrever e comparar o padrão de desenvolvimento da colaboração terapêutica em dois casos clínicos seguidos em Terapia Narrativa (TN), ambos de insucesso mas distintos quanto ao tipo de finalização (caso finalizado *versus* caso de desistência). Os resultados do seu estudo demonstraram que no caso clínico de desistência as interações entre a díade terapêutica ocorreram cinco vezes mais fora dos limites da ZDPT da cliente, quando comparadas com as interações entre a díade terapêutica do caso clínico finalizado. Por outro lado, embora se tenha verificado uma tendência crescente do terapeuta para estimular o avanço de ambas as clientes nas suas ZDPT, assim procurando a sua mudança, as últimas sessões do caso clínico de desistência foram caracterizadas por um aumento considerável de interações não colaborativas entre a díade terapêutica, ao passo que as últimas sessões do caso clínico finalizado foram caracterizadas por uma maior capacidade de a cliente acompanhar as propostas do terapeuta.

Já nos seus estudos, Gonçalves e coautores (2012) e Ribeiro e coautores (2014a) utilizaram o SCCT (Ribeiro et al., 2013) para descrever a natureza e qualidade da interação terapêutica em episódios específicos de ambivalência, num caso clínico finalizado com insucesso, seguido na mesma abordagem (TN). Como resultado, verificaram que sempre que o terapeuta desafiava a cliente após a manifestação de

ambivalência, a cliente tendia a retornar à sua perspectiva mal adaptativa, invalidando a intervenção deste. Este resultado viria a ser sustentado num estudo posterior (Ribeiro et al., 2016a), no qual o SCCT foi utilizado para analisar o padrão de desenvolvimento da colaboração terapêutica no mesmo tipo de episódios (ambivalência), desta vez comparando dois casos clínicos finalizados, um igualmente de insucesso e um outro de sucesso. Verificou-se, então, que em ambos os casos clínicos o terapeuta respondeu aos episódios de ambivalência de modo semelhante, alternando entre suportá-los e desafiá-los, mas que o cliente do caso clínico de sucesso tendeu a responder-lhe no nível de desenvolvimento proposto, ao passo que a cliente do caso clínico de insucesso tendeu a responder-lhe num nível de desenvolvimento inferior. À semelhança dos resultados de outros estudos nos quais o SCCT foi utilizado, os resultados destes últimos estudos no âmbito da TN (Gonçalves et al., 2012; Ferreira et al., 2015; Ribeiro et al., 2014a, 2016a) suportam, mais uma vez, a expectativa teórica de que as interações que ocorrem dentro dos limites das ZDPT do cliente são potencialmente mais produtivas, bem como as expectativas decorrentes das especificidades do modelo terapêutico considerado, dado que a TN consiste numa abordagem mais diretiva e focada na emergência de novidade (e.g., Matos et al., 2009; White & Epston, 1990), assim justificando-se as intervenções de desafio constantes dos terapeutas no sentido de fazerem os seus clientes avançarem nas respetivas ZDPT.

Finalmente, Corrêa (2016) recorreu ao SCCT (Ribeiro et al., 2013) para identificar que tipo de episódios interativos marcava o início de momentos específicos, perspectivados como significativos quer por parte da terapeuta quer por parte do cliente, num caso clínico finalizado com sucesso, seguido em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Verificou-se, pois, que a maioria dos momentos significativos identificados por ambos tinha início com episódios de efetiva colaboração, resultantes de uma intervenção de desafio por parte da terapeuta e de uma resposta de segurança por parte do cliente. Estes resultados sugerem, assim, que ao encorajar o cliente a avançar na sua ZDPT a terapeuta terá contribuído para a promoção desses momentos significativos, assim como para a experiência de segurança do cliente.

Na secção que se segue será realizado o enquadramento metodológico detalhado do SCCT (Ribeiro et al., 2013) e da estratégia de AC (e.g., Jefferson, 2004), ambos utilizados no decurso dos estudos que compõem a presente tese.

Enquadramento metodológico

Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT)

Tal como referido anteriormente, o SCCT foi desenvolvido teoricamente a partir do modelo de colaboração terapêutica que o enquadra (Ribeiro et al., 2013), tendo sido posteriormente refinado e validado a partir de uma análise indutiva de 60 sessões de psicoterapia (32 de TN e 28 de TCC, num total de 6680 interações terapêuticas). Para essa análise, foram obtidas percentagens de acordo superiores a 80%, um critério de qualidade que permite assegurar a sua confiabilidade (Almeida & Freire, 2000) e que é igualmente requerido aquando do treino na sua aplicação e posteriores codificações.

A unidade de análise do SCCT (Ribeiro et al., 2013) consiste no par de falas adjacentes do terapeuta e do cliente (intervenção e resposta, respetivamente), contextualizado no seu par de falas imediatamente anterior (contexto imediato) e na globalidade da sessão e/ou processo terapêutico em estudo (contexto alargado). Cada um desses pares de falas é designado de episódio interativo. Por sua vez, o procedimento de codificação propriamente dito pressupõe quatro etapas fundamentais: i) transcrição integral da sessão a ser analisada; ii) leitura da transcrição e definição da perspetiva problemática e da perspetiva potencial/inovadora do cliente, por referência aos limites da sua ZDPT; iii) revisão da transcrição e eliminação de material não clínico; e, iv) codificação de cada uma das falas dos elementos da díade terapêutica com base nas respetivas categorias. À exceção da primeira etapa, as restantes etapas do procedimento são habitualmente realizadas por um par de juízes, primeiramente de modo independente e depois sendo consideradas as suas versões de consenso. Por sua vez, essas suas versões de consenso são sujeitas a posterior auditoria.

A Tabela 1 apresenta uma breve descrição das diferentes categorias e subcategorias de intervenção do terapeuta (Ribeiro et al., 2013). As categorias correspondem à intenção de uma dada intervenção do terapeuta (suporte ou desafio) e as subcategorias correspondem aos especificadores dessa mesma intenção (e.g., reflexão no contexto de uma intervenção de suporte ou confrontação no contexto de uma intervenção de desafio).

Tabela 1

Categorias e subcategorias da intervenção do terapeuta

Suporte	
Reflexão	O terapeuta reflete o conteúdo, significado ou sentimentos subjacentes ao discurso do cliente, podendo fazer uso das palavras do cliente ou traduzi-los nas suas próprias palavras, sem no entanto lhes acrescentar informação nova. A reflexão pode ser feita de modo afirmativo (por exemplo, através de uma paráfrase) ou, por outro lado, de modo mais interrogativo/tentativo/confirmatório (habitualmente, no sentido de o terapeuta se certificar de que compreendeu bem o discurso do cliente).
Sumarização	O terapeuta sintetiza o discurso do cliente, fazendo uso das palavras do cliente ou das suas próprias palavras, sem no entanto acrescentar informação nova. Pode implicar um pedido de <i>feedback</i> implícito ou explícito.
Especificar informação	O terapeuta procura concretizar ou clarificar alguma informação dada pelo cliente, através do uso de questões fechadas, com foco específico e bem delimitado.
Questionamento aberto	O terapeuta explora a experiência do cliente através de uma questão aberta, dando-lhe espaço para falar e desenvolver a sua resposta num ou em vários sentidos possíveis.
Demonstração de interesse/atenção	O terapeuta mostra, de modo bastante explícito, estar interessado no discurso e/ou experiência do cliente.
Encorajamento mínimo	O terapeuta encoraja minimamente o discurso do cliente, repetindo algumas das suas palavras de modo afirmativo ou mesmo interrogativo.
Desafio	
Interpretação	O terapeuta propõe uma nova perspetiva ao cliente, utilizando as suas próprias palavras, mas mantendo um sentido de continuidade em relação ao discurso do cliente.

Confrontação	O terapeuta questiona a perspectiva do cliente ou propõe-lhe uma nova. Há uma clara descontinuidade entre a intervenção do terapeuta e o discurso do cliente; ou, na mesma fala, o terapeuta contrasta explicitamente a perspectiva problemática e a perspectiva inovadora do cliente, salientando a sua oposição/oscilação.
Convite a adotar uma nova perspectiva	O terapeuta convida o cliente a compreender uma dada experiência de forma diferente. Habitualmente fá-lo de modo diretivo, oferecendo uma dada perspectiva alternativa possível.
Convite a pôr em prática uma nova ação	O terapeuta convida o cliente a agir de uma forma diferente, na própria sessão ou fora dela.
Convite a explorar um cenário hipotético	O terapeuta convida o cliente a considerar diferentes possibilidades cognitivas, emocionais e/ou comportamentais para a forma como compreende e experiencia o mundo.
Mudança de nível de análise	O terapeuta convida o cliente a mudar o nível de análise da sua experiência, de um nível descritivo para um nível mais abstrato ou vice-versa.
Enfatizar a novidade / Dar visibilidade	O terapeuta convida o cliente a falar sobre uma dada mudança emergente, enfatizando-a.
Debate de crenças	O terapeuta questiona a evidência ou lógica dos pensamentos e crenças do cliente.
Procura de evidências para a mudança	O terapeuta questiona o cliente no sentido de explorar indicadores de mudança.

Nota. Retirada e adaptada de *How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system*, de Ribeiro e coautores (2013), com a devida autorização.

As intervenções de suporte por parte do terapeuta (independentemente de serem focadas no problema apresentado pelo cliente ou na novidade emergente/inação) caracterizam-se pelo facto de se centrarem na perspectiva deste num dado momento (Ribeiro et al., 2013). Neste caso, quando o terapeuta suporta a perspectiva do cliente tem como intenção/objetivo procurar compreendê-la, ora de um ponto de vista exploratório, ora de um ponto de vista mais reflexivo e de confirmação.

Por seu turno, as intervenções de desafio do terapeuta caracterizam-se pelo facto de proporem ao cliente uma nova perspetiva sobre o seu problema ou experiência (Ribeiro et al., 2013). Podem ser de dois tipos: a) focadas na mudança potencial ou inovação; ou, b) focadas no processo. As intervenções de desafio focadas na mudança potencial ou inovação assentam na intenção de propor ao cliente a adoção de uma postura ou perspetiva diferente, assim estimulando a mudança e fazendo-o avançar na sua ZDPT; por outro lado, as intervenções de desafio focadas no processo, ainda que contextualizadas no problema do cliente, assentam na intenção de facilitar o seu *insight* sobre o mesmo num dado momento, estimulando-o a perspetivar o problema de um modo diferente do habitual.

A Tabela 2 apresenta um sumário das categorias e subcategorias de resposta do cliente (Ribeiro et al., 2013). As categorias correspondem à validação, invalidação ou manifestação de ambivalência por parte do cliente face à intervenção prévia do terapeuta e as subcategorias correspondem aos respetivos especificadores (e.g., elaboração no contexto de uma resposta de validação, negação do progresso no contexto de uma resposta de invalidação, e ambivalência com movimento para o risco tolerável no contexto de uma resposta de ambivalência).

Tabela 2

Categorias e subcategorias da resposta do cliente

Validação	
Confirma	O cliente aceita e/ou concorda com a intervenção do terapeuta, prontamente e sem deferência, sem no entanto desenvolver a sua resposta.
Fornece informação	O cliente providencia nova informação de forma a responder ao pedido específico do terapeuta, sem no entanto avançar na sua ZDPT.
Elabora	O cliente responde à intervenção do terapeuta, fornecendo informação nova com indicadores de mudança.
Reformula a sua própria perspetiva	O cliente responde à intervenção do terapeuta, não só fornecendo nova informação com indicadores de mudança mas mostrando reconhecê-los por oposição à sua perspetiva inicial.

Invalidação

Expressa confusão	O cliente mostra-se hesitante e responde de forma confusa, sem ser capaz de se posicionar; ou, expressa, de forma aberta, a sua incapacidade para responder à intervenção do terapeuta.
Centra-se na sua perspectiva habitual	O cliente persiste em desenvolver um determinado tópico a partir da sua perspectiva habitual, desconsiderando a perspectiva proposta pelo terapeuta.
Discorda com a intervenção do terapeuta / Defende a sua perspectiva habitual	O cliente discorda abertamente com a intervenção do terapeuta, de uma forma combativa e/ou até irónica; ou, o cliente defende os seus pensamentos, sentimentos ou comportamento mal adaptativos, contra-argumentando com o terapeuta.
Nega o progresso	O cliente nega a ocorrência de novidade ou mudança face a evidências no sentido oposto.
Auto-criticismo e/ou desesperança	O cliente é muito autocrítico ou culpabiliza-se de forma exagerada, ficando absorvido num processo de desesperança e negando a possibilidade de mudança.
Ausência de envolvimento na resposta	O cliente dá uma resposta mínima pouco clara ou ambígua face ao esforço do terapeuta para explorar e/ou compreender a sua experiência.
Mudança de tópico	O cliente não responde à intervenção do terapeuta, mudando clara e abruptamente de assunto.
Desconexão de tópico	O cliente responde tangencialmente à intervenção do terapeuta ou persiste no desenvolvimento de um tópico previamente discutido, desconsiderando o esforço deste para explorar um novo tópico.
<i>Storytelling</i> / Foco na reação dos outros	O cliente fala de forma excessivamente descritiva e demorada, desenvolvendo o seu discurso em torno de tópicos circunstanciais e/ou irrelevantes; ou, o cliente desenvolve a sua resposta focando na perspectiva de outrem em vez de na sua própria perspectiva, sem que tal lhe tenha sido pedido.
Resposta sarcástica	O cliente questiona a intervenção do terapeuta ou é irónico face à mesma.

Ambivalência

Ambivalência – Risco tolerável	O cliente oscila entre validar e invalidar a intervenção do terapeuta, terminando a sua resposta no sentido da validação.
Ambivalência – Segurança	O cliente oscila entre validar e invalidar a intervenção do terapeuta, terminando a sua resposta no sentido da invalidação.

Nota. Retirada e adaptada de *How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system*, de Ribeiro e coautores (2013), com a devida autorização.

A resposta do cliente a uma dada intervenção do terapeuta reflete o nível de segurança ou risco que o cliente experiencia face a essa intervenção (Ribeiro et al., 2013). Assim, assume-se que a resposta do cliente pode ser interpretada como indicadora da posição da díade face à sua ZDPT num dado momento. Nesse sentido, as respostas do cliente validam as intervenções do terapeuta que respeitam a sua ZDPT (refletindo um nível de segurança ou risco tolerável) e invalidam as intervenções que se desviam desta (refletindo desinteresse ou risco intolerável). O cliente pode ainda oscilar entre validar e invalidar a intervenção do terapeuta, assim experienciando ambivalência ora com movimento para o risco tolerável ora com movimento para a segurança.

O cliente valida uma dada intervenção do terapeuta quando aceita, mais ou menos explicitamente, a proposta deste seja para compreender a sua experiência, seja para a considerar a partir de uma nova perspetiva (Ribeiro et al., 2013). Esta validação corresponde a uma resposta preferencial/esperada e implica necessariamente que a intervenção do terapeuta tenha tido em consideração a experiência e necessidades do cliente, bem como a sua recetividade à mesma, num dado momento. Nesse sentido, quer tenha sido uma intervenção de suporte quer tenha sido uma intervenção de desafio, a intervenção do terapeuta terá sido percebida pelo cliente como tendo sido empática e responsiva, vendo-se assim assegurada a interação da díade dentro da ZDPT do cliente e a colaboração efetiva entre ambos os participantes.

Por outro lado, o cliente invalida uma dada intervenção do terapeuta quando rejeita, mais ou menos explicitamente, a proposta deste para considerar a sua experiência a partir de uma perspetiva diferente ou quando a intervenção do terapeuta é percebida como desinteressante ou irrelevante (Ribeiro et al., 2013). Esta invalidação corresponde a uma resposta não esperada por parte do cliente e é interpretada, por sua vez, como indicadora de que a intervenção do terapeuta não teve em consideração a sua

experiência atual e/ou a sua incapacidade/indisponibilidade para a receber num dado momento. Nesse sentido, quer tenha sido uma intervenção de suporte quer tenha sido uma intervenção de desafio, a intervenção do terapeuta terá sido percebida pelo cliente como pouco ou nada responsiva, assim colocando a interação da díade fora da sua ZDPT e ameaçando a colaboração entre ambos. Note-se que o cliente poderá invalidar uma dada intervenção do terapeuta por desinteresse (no caso de a intervenção do terapeuta, qualquer que tenha sido a sua intenção, ter sido redundante ou pouco competente) ou por risco intolerável (no caso de ter sido demasiado exigente e ameaçadora). Por fim, uma mesma fala do cliente poderá incluir simultaneamente indicadores de validação e invalidação, constituindo uma resposta de ambivalência do cliente face à intervenção do terapeuta e, assim, colocando a interação da díade no limite inferior ou superior da sua ZDPT. Da combinação das diferentes categorias de intervenção do terapeuta e respostas do cliente resultam 18 episódios interativos possíveis por referência à ZDPT do último: seis colaborativos, seis não colaborativos e seis de ambivalência (Tabela 3).

Tabela 3

Episódios interativos por referência à ZDPT do cliente

		Resposta do cliente					
		Fora da ZDPT – Abaixo do limite inferior	No limite inferior da ZDPT	Dentro da ZDPT – Nível de desenvolvimento atual	Dentro da ZDPT – Nível de desenvolvimento potencial	No limite superior da ZDPT	Fora da ZDPT – Acima do limite superior
		Desinteresse	Ambivalência – Risco tolerável	Segurança	Risco tolerável	Ambivalência – Segurança	Risco intolerável
Intervenção do terapeuta	Suporte no problema	Suporte no problema – Desinteresse	Suporte no problema – Ambivalência (Risco tolerável)	Suporte no problema – Segurança	Suporte no problema – Risco tolerável	Suporte no problema – Ambivalência (Segurança)	Suporte no problema – Risco intolerável
	Suporte na inovação	Suporte na inovação – Desinteresse	Suporte na inovação – Ambivalência (Risco tolerável)	Suporte na inovação – Segurança	Suporte na inovação – Risco tolerável	Suporte na inovação – Ambivalência (Segurança)	Suporte na inovação – Risco intolerável
	Desafio	Desafio – Desinteresse	Desafio – Ambivalência (Risco tolerável)	Desafio – Segurança	Desafio – Risco tolerável	Desafio – Ambivalência (Segurança)	Desafio – Risco intolerável

Nota. Retirada e adaptada de *How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system*, de Ribeiro e coautores (2013), com a devida autorização.

Comparativamente a outros sistemas de codificação da interação terapêutica, como por exemplo o *Rupture Resolution Rating System* (3RS; Eubanks-Carter, Mitchell, Muran, & Safran, 2009), o SCCT (Ribeiro et al., 2013) permite analisar todas as interações entre terapeuta e cliente, assim considerando a contribuição de ambos e a sua influência mútua, momento a momento, ao longo da totalidade da sessão ou processo terapêutico. Contrariamente, o 3RS é focado na codificação de eventos específicos da relação terapêutica, correspondentes a marcadores de rupturas e de respetiva resolução, podendo esta ser ou não imediata (e.g., Coutinho, Ribeiro, Hill, & Safran, 2011). Para além disso, no seguimento do modelo que o enquadra, o SCCT é um sistema baseado em transcrições (isto é, no conteúdo verbal da interação entre terapeuta e cliente) e de aplicação transteórica, transversal a múltiplas abordagens terapêuticas; ao passo que o 3RS assenta em premissas de natureza interpessoal, considerando quer processos conscientes quer processos inconscientes de ambos os participantes (e.g., Coutinho, Ribeiro, & Safran, 2009). Fundamentalmente, o 3RS é um sistema focado em momentos de resistência por parte do cliente, ao passo que o SCCT inclui igualmente a análise de episódios interativos de efetiva colaboração e mudança.

A secção que se segue apresentará uma revisão detalhada da estratégia de Análise de Conversação (AC; e.g., Jefferson, 2004) e das suas potencialidades, nomeadamente quando aplicada ao contexto da investigação em psicoterapia. Serão discutidas as suas comunalidades e diferenças em relação ao SCCT e modelo teórico que o enquadra (Ribeiro et al., 2013).

Análise de Conversação (AC)

A AC assenta a sua base conceptual na teoria da organização da interação social de Sacks (1963), tendo sido posteriormente refinada no seguimento das contribuições de Garfinkel (1967), Goffman (1967) e Jefferson (2004). A propósito do trabalho de Sacks (1963), Silverman (1998) denota que uma das observações básicas acerca da interação humana é de que as pessoas tendem a falar umas de cada vez, de acordo com determinadas sequências e/ou padrões conversacionais. Por exemplo, num diálogo entre dois participantes – A e B, sequencialmente –, B tende a produzir uma fala cuja forma decorre do formato da fala prévia de A, ou seja, a fala de A tende a criar um espaço ou momento conversacional para que a fala de B ocorra de acordo com uma determinada expectativa. Fala-se por isso em preferência (e.g., mediante uma pergunta de A é

expetável que ocorra a produção de uma resposta por parte de B). Ao par de falas de A e B, Sacks (1963) denominou de unidade ou par adjacente, sendo que a fala de cada um dos participantes não corresponde necessariamente a uma frase de acordo com os princípios gramaticais para a sua definição. Por um lado, pode tratar-se apenas de uma verbalização curta como “hm” ou “hm_hm”; por outro, pode constituir-se por um conjunto de várias palavras, expressões ou frases produzidas sequencialmente.

Metodologicamente, a AC (e.g., Jefferson, 2004) consiste numa estratégia de análise de grande detalhe, que implica um grande esforço de observação, transcrição e interpretação dos aspetos vocais e visuais das falas em estudo (Peräkylä, 2008; Streeck, 2008). Na verdade, as falas de A e B acima referidas são melhor compreendidas enquanto ações em sentido mais lato, assim englobando todas as contribuições dos participantes na interação, vocalizadas, verbalizadas e/ou expressas não verbalmente, através da sua postura, orientação, movimentos e gestos, etc. No Anexo I podem verificar-se algumas das principais convenções para a transcrição de acordo com a AC, desenvolvidas primordialmente por Jefferson (2004) e amplamente difundidas entre os investigadores e teóricos da área, tendo sido de igual modo adotadas no terceiro estudo da presente tese.

No que diz respeito à psicoterapia, a conversação é indiscutivelmente a atividade central entre terapeuta e cliente, sobretudo quando esta se dirige a adultos e se orienta por modelos individuais de intervenção, tal como se verifica nos casos em estudo nesta tese (a explicitar detalhadamente na secção seguinte). Deste modo, o recurso à AC (e.g., Jefferson, 2004) enquanto estudo da fala-em-interação parece, de facto, adequar-se e apresentar-se como promissor na resposta às múltiplas recomendações para estudar os processos relacionais e de mudança numa perspetiva interativa e microanalítica (e.g., Bavelas, Dan McGee, Phillips, & Routledge, 2000; Cooper, 2012; Horvath, 2006; Lepper & Mergenthaler, 2007; Madill, Widdicombe, & Barkham, 2001; Pain, 2009; Safran & Muran, 2006).

Efetivamente, o modo como a conversação se organiza e desenvolve ao longo da psicoterapia tem sido referido na literatura como facilitador não só dos resultados mas também do estabelecimento e manutenção da aliança terapêutica (Bordin, 1994; Horvath & Symonds, 1991). De acordo com Peräkylä (2013), “qualquer prática organizada sequencialmente é um veículo para a relação, e a relação emerge das práticas organizadas sequencialmente” (p. 554). No seguimento, o diálogo terapêutico consiste no meio através do qual terapeuta e cliente utilizam a linguagem e outras formas de

comunicação (inclusivamente não verbal) para assegurarem o seu entendimento mútuo e partilharem ações, sendo que, por outro lado, o conteúdo e a forma das suas ações poderão ser também avaliados enquanto evidências do progresso terapêutico (Kondratyuk & Peräkylä, 2011; Strong, Busch, & Couture, 2008; Voutilainen, Peräkylä, & Ruusuvuori, 2010, 2011).

No entanto, a aplicação da AC (e.g., Jefferson, 2004) à investigação em psicoterapia é relativamente recente e tem sido particularmente focada em abordagens psicanalíticas (e.g., Forrester & Reason, 2006; Milbrath et al., 1999; Peräkylä, 2010, 2011), havendo ainda muito poucos estudos focados noutras abordagens terapêuticas (e.g., Sutherland, Peräkylä, & Elliot, 2014; Voutilainen, 2012; Voutilainen et al., 2010, 2011) ou comparativos entre abordagens terapêuticas (e.g., Kondratyuk & Peräkylä, 2011; Weiste, 2015). Por exemplo, nos seus estudos de Terapia Psicanalítica (TP), Peräkylä (2010, 2011) verificou que após uma primeira interpretação do terapeuta e subsequente resposta do cliente, o terapeuta tendia a procurar licitar uma nova mudança de perspetiva no cliente, mais do que apenas validar e aceitar a sua primeira resposta. Desse modo, com essa ação interpretativa de terceiro nível (por ocupar a terceira posição na sequência: 1. fala/ação do terapeuta; 2. fala/ação do cliente; e, 3. fala/ação do terapeuta), o terapeuta fazia referência a aspetos ou implicações diretas da sua primeira interpretação, não incorporadas na resposta do cliente à mesma. Curiosamente, embora nem sempre o cliente adotasse tal referência como sendo sua no imediato, os resultados sugerem que a mesma era objeto de trabalho terapêutico nas sessões subsequentes.

Já nos seus estudos de Terapia Cognitivo-Constructivista (TCCa), Voutilainen e coautores (2010) e Voutilainen (2012) descreveram dois tipos de ações da terapeuta após descrições de experiências emocionais por parte da cliente – o reconhecimento e a interpretação –, tendo demonstrado que estas duas ações se encontravam combinadas de formas específicas nas falas da terapeuta, e sugerido que o reconhecimento (ou responsividade emocional, de acordo com os próprios) se constitui como um pré-requisito para ações de cariz mais interpretativo por parte da terapeuta. Posteriormente, ainda com base no mesmo caso clínico, Voutilainen e coautores (2011) focaram-se na alteração de sequências interativas específicas, constituídas por uma primeira conclusão da terapeuta e a resposta da cliente imediatamente subsequente. Nessas conclusões, a terapeuta explorava e desafiava a tendência da cliente para transformar os seus sentimentos de desilusão em raiva e auto-culpabilização. Curiosamente, ao longo do curso da terapia, a cliente foi alterando as suas respostas a tais conclusões, tendo

passado de rejeitá-las a demonstrar ambivalência e, por fim, a concordar com as mesmas.

Por sua vez, Sutherland e coautores (2014) conduziram um estudo em TFE, tendo analisado e descrito detalhadamente o modo como os terapeutas facilitavam a passagem do diálogo terapêutico habitual com os respectivos clientes para o exercício de cadeira vazia, através de instruções específicas, de formas peculiares de sequenciar as ações na interação, de explicações e justificações acerca da importância da tarefa, da utilização dos pronomes como forma de distinguir entre os participantes na tarefa (os próprios clientes *versus* os seus relativos), de correções às falas dos clientes, e de marcadores de reconhecimento simples, como “hm_hm”, “sim” ou “boa”. Por seu turno, no seu estudo comparativo entre Terapia Existencial (TE) e Terapia Cognitiva (TC), Kondratyuk e Peräkylä (2011) descreveram e compararam as ações dos respectivos terapeutas no sentido de orientarem os seus clientes ou de refocalizarem as falas destes nas suas experiências imediatas. Já no seu estudo, Weiste (2015) verificou que as formulações se constituem como práticas interativas centrais no trabalho das experiências emocionais dos clientes, quer em TP, em TC e em Terapia Centrada nos Recursos (TCR).

Finalmente, são também muito poucos os estudos conduzidos em psicoterapia nos quais a AC (e.g., Jefferson, 2004) teve como particular enfoque as características paralinguísticas da fala/ação dos participantes. De entre estes destacam-se o estudo de Rice e Wagstaff (1967) com foco na qualidade vocal e no estilo expressivo dos clientes, e os estudos de Wynn e Wynn (2005) e de Weiste e Peräkylä (2014) com foco na comunicação empática e/ou na prosódia dos terapeutas.

Curiosamente, na sua construção, tanto o 3RS (Eubanks-Carter et al., 2009) como o SCCT (Ribeiro et al., 2013) consideraram a influência de alguns marcadores tipicamente conversacionais (e.g., Jefferson, 2004) no estabelecimento das categorias e subcategorias que propõem para a codificação dos respetivos fenómenos de interesse (ruras e sua resolução *versus* intervenções do terapeuta e respostas do cliente). Os especificadores de confrontação e de resposta mínima são exemplos disso mesmo. No entanto, por diferentes motivos, a sua análise e resultados distinguem-se claramente da estratégia de AC propriamente dita. No que diz respeito ao 3RS, a sua natureza interpessoal e a consideração de aspetos tanto conscientes quanto inconscientes dos participantes na interação terapêutica contrapõe-se com a natureza claramente social da AC, segundo a qual a interação entre quaisquer participantes consiste numa forma de

ação observável, acessível e pormenorizadamente descritível e replicável, de acordo com marcadores linguísticos e paralinguísticos específicos. Por sua vez, a natureza das categorias e subcategorias do SCCT, bem como a sua descrição e interpretação, é marcadamente psicológica e clínica, dado que o modelo de colaboração terapêutica proposto por Ribeiro e coautores (2013) não é apenas um modelo de análise fatural e concreta da interação entre terapeuta e cliente, mas sim um modelo em cuja interação entre terapeuta e cliente é compreendida à luz da ZDPT do cliente e da sua potencial capacidade de mudança.

Metodologicamente, o SCCT (Ribeiro et al., 2013) e a AC (e.g., Jefferson, 2004) foram assumidamente as duas estratégias de análise da interação terapêutica utilizadas na presente tese: o SCCT tendo assumido particular destaque nos primeiros dois estudos que a compõem e a AC tendo sido a estratégia de análise de eleição no terceiro dos estudos. Curiosamente, tanto a AC como o SCCT consideram como a sua unidade básica de análise o par de falas adjacentes dos participantes na díade terapêutica, orientando-se ambos pelo princípio de sequencialidade da interação. Este princípio assenta o seu fundamento na noção de que toda a fala tem implicações na fala que lhe sucede e, dessa forma, contribui para a ocorrência de determinadas sequências e/ou padrões de interação, tal como previamente explanado. São precisamente essas sequências e/ou padrões de interação que constituem o foco do interesse da investigação com AC, e que, no âmbito da psicoterapia, são desenvolvidos enquanto linguagem específica de uma dada díade terapêutica (Peräkylä, 2008; Vehviläinen, Peräkylä, Antaki, & Leudar, 2008).

Para além disso, similarmente ao proposto pela AC (e.g., Jefferson, 2004), também o modelo de colaboração terapêutica desenvolvido por Ribeiro e coautores (2013) assume que a comunicação não resulta apenas da coordenação das falas dos participantes enquanto somatório de pequenos monólogos de um e de outro que se sucedem no tempo, mas sim que se influenciam entre si, sequencialmente, num contexto de reciprocidade e de co-construção momento a momento (Bavelas et al., 2000; Brown, Nolan, Crawford, & Lewis, 1996; Drewery, 2005; Kozart, 1996; Madill et al., 2001; Milbrath et al., 1999; Pain, 2009; Streeck, 2008). Neste âmbito, a AC preocupa-se em explicar detalhadamente o modo como as ações dos participantes na interação são realizadas; as reações que provocam; o tipo de palavras, escolhas lexicais e estruturas sintáticas que envolvem; e, o modo como os participantes demonstram alinhar-se e/ou afiliar-se, ou não, no decurso da interação (Muntigl & Horvath, 2014; Peräkylä, 2008;

Weiste, 2015). O termo afiliação refere-se, de um modo geral, ao nível afetivo da interação, segundo o qual os participantes trabalham conjuntamente através da produção de ações pró-sociais – ou colaborativas, nos termos de Ribeiro e coautores (2013) –, e geralmente demonstram acordo de um dos participantes para com o outro de forma explicitamente empática, ao longo de uma ou mais interações. Por seu turno, o termo alinhamento refere-se à dimensão cooperativa da interação, segundo a qual são realizadas e cumpridas importantes tarefas ou atividades na conversação. Note-se, contudo, que a afiliação nem sempre pressupõe acordo, na medida em que os participantes na interação podem discordar um com outro, mas ainda assim cooperarem relativamente aos objetivos gerais da interação (isto é, relativamente ao projeto interativo) – neste caso, à mudança do cliente. Consequentemente, os termos desafiação e desalinhamento são diferenciadores de interações nas quais a harmonia social, a empatia e a cooperação se encontram ameaçadas.

No entanto, enquanto que a investigação de processo em psicoterapia, na qual os estudos com base no modelo de colaboração terapêutica de Ribeiro e coautores (2013) se enquadram, se baseia na análise e descrição da conversação terapêutica a partir de uma perspetiva psicológica e clínica com foco no conteúdo e tópico da conversação, a AC (e.g., Jefferson, 2004) fá-lo a partir de uma perspetiva puramente analítica, audível e/ou observável, linguística e social (Sacks, 1963; Schegloff, 2007; Silverman, 1998; Weist & Peräkylä, in press). Assim, a AC propõe que a interação social que é possível testemunhar no encontro face-a-face entre terapeuta e cliente é organizada de acordo com expectativas e normas para as quais os participantes se orientam, e que se afiguram como pré-requisitos fundamentais da ordem social da sua interação, permitindo-lhes assegurar o entendimento mútuo acerca da conversação terapêutica, momento a momento, enquadrada no projeto de mudança do cliente (Peräkylä, 2008; Voutilainen et al., 2011). De facto, tudo aquilo que o terapeuta ou o cliente fazem é realizado e compreendido no contexto da fala prévia do outro, à medida que coordenam as suas falas (Potter & Edwards, 2013). Neste sentido, terapeuta e cliente inevitavelmente criam um contexto intersubjetivo, isto é, um contexto de entendimento mútuo, que contudo pode igualmente envolver momentos de descontinuidade, tensão e desacordo (Pain, 2009; Peräkylä, 2013; Sidnell, 2010).

Posto isto, o recurso à AC (e.g., Jefferson, 2004) enquanto metodologia de análise da interação terapêutica parece promissor na explicitação dos processos que tornam o contexto psicoterapêutico um contexto institucional com características

particulares que possibilitam a mudança do cliente (Elliot, 2010; Streeck, 2008). De facto, os estudos realizados com AC permitem elucidar, ao nível do segundo, fala a fala, a evolução da interação terapêutica ao longo do processo, permitindo isolar e descrever práticas, sequências e padrões interativos específicos segundo os quais a psicoterapia se desenvolve (Peräkylä, 2008). Por outro lado, fornecem, quer aos investigadores em psicoterapia quer aos terapeutas, importantes pistas para o refinamento das suas contribuições e da sua atenção e sensibilidade a fenómenos específicos decorrentes no espaço intrassessão (Forrester & Reason, 2006; Weiste, 2015).

Apresentação e fundamentação dos estudos

Os estudos que compõem a presente tese foram desenvolvidos em resposta às recomendações de diversos autores acerca da necessidade de esclarecer o modo como a psicoterapia funciona, considerando a interação terapêutica a um nível micro-analítico (Bavelas et al., 2000; Cooper, 2012; Horvath, 2006; Lepper & Mergenthaler, 2007; Madill et al., 2001; Pain, 2009; Safran & Muran, 2006), numa lógica de *theory-building* (Baxter & Jack, 2008; Eells, 2007; Elliot, 2010; Hentschel, Kiessling, Heck, & Willoweit, 1992; Stiles, 2009). Procuramos fazê-lo com base em duas abordagens: o modelo de colaboração terapêutica proposto por Ribeiro e coautores (2013) e a perspetiva da AC aplicada à psicoterapia (e.g., Kondratyuk & Peräkylä, 2011; Peräkylä 2008, 2013; Strong et al., 2008; Voutilainen et al., 2011), que, embora partilhem de algumas comunalidades do ponto de vista teórico, se concretizam de modo metodologicamente distinto e têm potenciais igualmente distintos do ponto de vista da interpretação e implicações dos respetivos resultados.

Para tal, foram analisados casos clínicos de desistência e insucesso, por se tratarem de casos com uma prevalência considerável em psicoterapia (e.g., Baekeland & Lundwall, 1975; Cooper & Conklin, 2015; Swift & Greenberg, 2012; Wierzbicki & Pekarik, 1993) mas muito pouco explorados do ponto de vista das variáveis relacionais e de processo a um nível micro-analítico. A totalidade dos casos (descritos adiante na secção devidamente designada para o efeito em cada um dos três estudos que compõem a presente tese) pertence a uma amostra mais ampla de casos de TN, recolhida no âmbito do projeto “Mudança Narrativa em Psicoterapia” (com a referência PTDC/PSI/72846/2006), por sua vez desenvolvido na Escola de Psicologia da Universidade do Minho sob a coordenação do Professor Doutor Miguel Gonçalves. O

manual terapêutico de base utilizado no referido projeto foi desenvolvido por Gonçalves e Bento (2008) a partir do modelo de re-autoria de White e Epston (1990).

De modo sucinto, de acordo com os princípios da abordagem e manual terapêutico utilizados (Gonçalves & Bento, 2008; White & Epston, 1990), os terapeutas narrativos consideram que a apresentação de narrativas problemáticas rigidificadas por parte dos clientes se constitui como limitadora para a sua vida, pelo que o trabalho terapêutico deverá concentrar-se em ajudar os clientes a reescrever as suas histórias e, assim, construir novos significados para a sua experiência. O processo terapêutico é, então, organizado em três fases fundamentais: 1) fase de desconstrução; 2) fase de reconstrução; e, 3) fase de consolidação e finalização (Freedman & Combs, 1996).

Curiosamente, embora tratando-se de uma abordagem terapêutica familiar a muitos terapeutas, a TN tem sido muito pouco estudada pelos investigadores da área da psicoterapia (Lopes, 2014), pelo que o facto de esta tese se centrar em casos clínicos desta abordagem se apresenta como inovador, não obstante estes terem sido inicialmente selecionados por assumida disponibilidade e conveniência. Na verdade, quer no que diz respeito ao modelo de colaboração terapêutica de Ribeiro e coautores (2013) quer no que se refere à aplicação da AC à psicoterapia foram muito poucos os estudos desenvolvidos com base em casos clínicos de desistência por si só e neste tipo de casos seguidos, de modo particular, em TN (e.g., Ferreira et al., 2015; Lopes, 2014; MacMartin, 2008; Neves, 2011; Pinto, Azevedo, Ribeiro, Ribeiro, & Gonçalves, 2011, comunicação pessoal), que não os relacionados diretamente com o desenvolvimento da presente tese (e.g., Pinto, Ribeiro, Ribeiro, Sousa, & Pinheiro, 2012a, 2012b, comunicações pessoais; Pinto et al., 2013a, 2013b, comunicações pessoais; Pinto, Pinheiro, & Ribeiro, 2013, comunicação pessoal; Pinto, Ribeiro, & Pinheiro, 2013, comunicação pessoal; Pinto, Ribeiro, Pinheiro, & Azevedo, 2014, comunicação pessoal; Pinto, Ribeiro, & Vasconcelos, 2016, comunicação pessoal; Pinto, Vasconcelos, Ribeiro, & Pinheiro, 2016; Ribeiro, Pinto, & Vasconcelos, 2016, comunicação pessoal; Ribeiro, Vasconcelos, & Pinto, 2015, comunicação pessoal).

A sequência integrada de estudos desta tese inicia-se, portanto, com uma análise exploratória e descritiva do desenvolvimento da colaboração terapêutica em sete casos clínicos de desistência e insucesso de TN (Capítulo I), consonantes com a definição do fenómeno de desistência em psicoterapia previamente explicitada e adotada nesta tese. Desses sete casos clínicos de desistência e insucesso, foi posteriormente selecionado o caso cujo nível de sintomatologia apresentado se revelou e manteve superior, em

comparação com os restantes casos, da avaliação inicial até à última avaliação pré-desistência. Esse caso foi depois novamente analisado no segundo e terceiro estudos desta tese (correspondentes aos Capítulos II e III), numa lógica de comparação para com um caso devidamente finalizado e de sucesso, selecionado igualmente a partir da amostra global do projeto “Mudança Narrativa em Psicoterapia” (com a referência PTDC/PSI/72846/2006) e que demonstrou uma maior recuperação em termos da sintomatologia apresentada, da primeira para a últimas avaliações.

Importa, pois, referir que, do primeiro para o segundo estudo, a opção pela seleção de apenas um caso clínico de desistência e insucesso do conjunto de sete casos clínicos original, e o posterior emparelhamento com um único caso clínico contrastante quanto ao tipo de finalização e de resultado terapêutico, se deveu à natureza pormenorizada e de grande exigência das abordagens metodológicas adotadas no segundo e no terceiro estudos, implicando um grande volume de trabalho e quantidade de tempo. Por seu turno, a opção pelos dois casos clínicos com base na ausência/presença de mudança clínica significativa e o critério de avaliação dessa variável serão explicitados mais adiante nesta tese, nas secções designadas para o efeito nos respetivos estudos.

No segundo estudo, comparou-se então o padrão de colaboração terapêutica no caso clínico de desistência e insucesso e no caso clínico finalizado com sucesso já referidos a um nível descritivo, por recurso ao método *State Space Grids* (SSGs; Lewis, Lamey, & Douglas, 1999; Lewis, Zimmerman, Hollenstein, & Lamey, 2004). Ainda nesse estudo foi comparado, de forma descritiva, o fenómeno de (não)restabelecimento da colaboração terapêutica em ambos os casos clínicos após episódios interativos específicos de Desafio – Risco intolerável (Ribeiro et. al, 2013), identificados como particularmente relevantes a partir da análise exploratória do primeiro estudo e da análise comparativa com o SSGs.

Por fim, o terceiro estudo baseou-se na comparação dos mesmos dois casos clínicos utilizados no segundo estudo, desta vez ao nível das ações do terapeuta e das clientes dos casos, bem como do (não)restabelecimento da colaboração terapêutica após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável (Ribeiro et al., 2013), numa perspetiva conversacional e igualmente descritiva. Note-se que a sequência integrada dos três estudos que compõem esta tese foi intencionalizada por forma a que, a partir do primeiro estudo, os estudos subsequentes procurassem dar resposta às hipóteses e/ou limitações dos estudos que os antecederam.

A Figura 2 representa a evolução do processo de investigação que culminou nesta tese, desde a fase de projeto até à sua escrita. Por sua vez, a Tabela 4 apresenta um sumário geral das questões de investigação, gerais e específicas, dos estudos, bem como das abordagens respetivamente utilizadas.

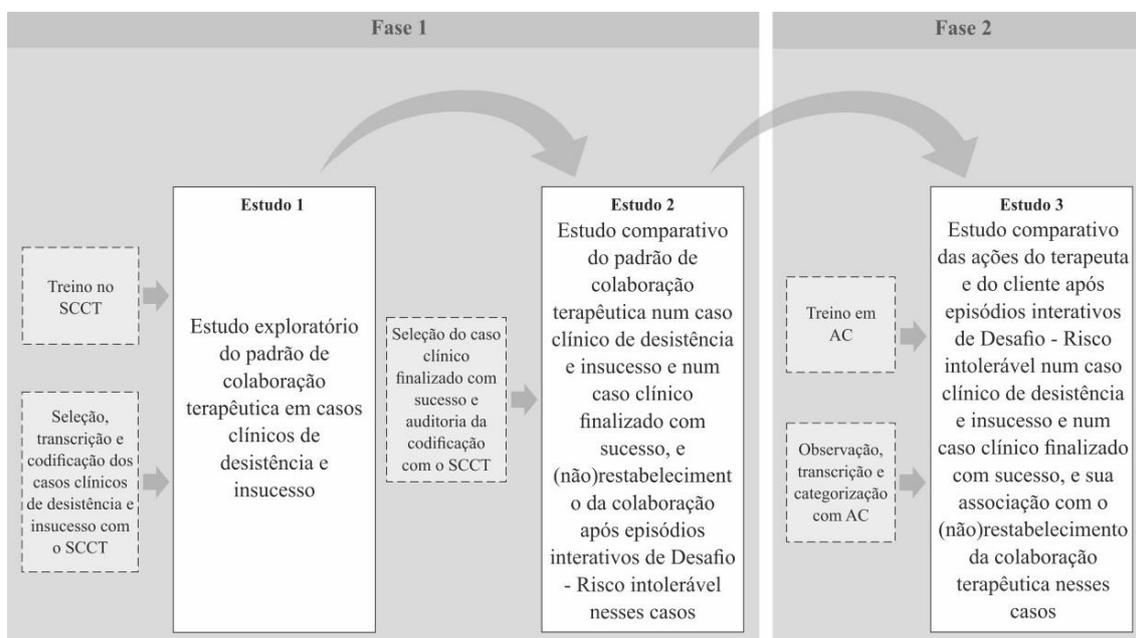


Figura 2. Representação do processo de investigação subjacente à tese.

Tabela 4

Sumário das questões de investigação e das abordagens utilizadas na tese

Questão geral		
Como é que se caracteriza o desenvolvimento da colaboração terapêutica em casos clínicos de desistência e insucesso?		
	Questões específicas	Abordagem
Estudo 1	1) Como é que os clientes responderam a cada tipo de intervenção do terapeuta? 2) Como é que o terapeuta respondeu a cada tipo de resposta dos clientes?	Qualitativa Estudo de caso múltiplo de sete casos clínicos de desistência e insucesso 1) Análise descritiva dos vários tipos de resposta dos clientes aos vários tipos de intervenção do terapeuta

		2) Análise descritiva dos vários tipos de intervenção do terapeuta aos vários tipos de resposta dos clientes
Estudo	1) Como é que se caracterizou o padrão de colaboração terapêutica num caso clínico de desistência e insucesso e num caso clínico finalizado e de sucesso, ao longo das sessões?	Qualitativa Estudo de caso comparativo entre um caso clínico de desistência e insucesso e um caso clínico finalizado e de sucesso
	2) Como é que se caracterizou o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica nos mesmos dois casos clínicos, após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, ao longo das sessões?	1) Análise descritiva dos episódios interativos atratores ao longo das sessões terapêuticas por recurso ao método <i>State Space Grids (SSGs)</i> 2) Análise descritiva do (não)restabelecimento da colaboração terapêutica após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, identificados como atratores por recurso ao método <i>SSGs</i> , ao nível da sessão

Questão geral

Como é que se caracteriza a conversação terapêutica em casos clínicos de desistência e insucesso?

	Questões específicas	Abordagem
Estudo	1) Como é que se caracterizaram as ações de terceira posição do terapeuta após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, num caso clínico de desistência e insucesso, por comparação com as suas ações num caso clínico finalizado e de sucesso?;	Qualitativa Estudo de caso comparativo entre um caso clínico de desistência e insucesso e um caso clínico finalizado e de sucesso
	2) Como é que se caracterizaram as reações de quarta posição das clientes	1) Análise conversacional e descritiva das ações do terapeuta após episódios de Desafio – Risco intolerável

face às ações de terceira posição do terapeuta após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, nos mesmos dois casos clínicos?; e,	2) Análise conversacional e descritiva das ações das clientes face às ações do terapeuta após episódios de Desafio – Risco intolerável
3) De que modo é que as ações de terceira posição do terapeuta e as ações de quarta posição da cliente de cada um dos caso clínicos considerados esteve associada ou não ao (não)restabelecimento da colaboração terapêutica?	3) Análise descritiva do (não)restabelecimento da colaboração terapêutica após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, em função das ações do terapeuta e reações das clientes

A cada um dos três capítulos desta tese corresponde um dos estudos realizados, que serão apresentados sob o formato próximo de artigo. Por forma a salvaguardar repetições e redundâncias indesejáveis, nomeadamente ao nível das figuras e das tabelas consideradas, as ligações e/ou informações comuns entre estudos serão, dentro do possível, devidamente acauteladas e referenciadas.

CAPÍTULO I
AN EXPLORATORY STUDY OF THE THERAPEUTIC
COLLABORATION DEVELOPMENT IN DROPOUT CASES OF
NARRATIVE THERAPY

CAPÍTULO I – AN EXPLORATORY STUDY OF THE THERAPEUTIC COLLABORATION DEVELOPMENT IN DROPOUT CASES OF NARRATIVE THERAPY¹

ABSTRACT

With this study, we aimed to describe the interaction within the therapeutic dyads involved in dropout cases of narrative therapy, once the quality of interaction in therapy appears to constitute a critical factor in clients' decisions regarding its discontinuation. Seven dropout cases of narrative therapy, which were conducted by the same therapist, were analysed using the Therapeutic Collaboration Coding System. The coding procedure required two trained and independent judges along with an auditing process. Overall, the findings demonstrated that regardless of the clients' responses, the therapist tended to increase the challenging interventions and decrease the supporting interventions over time. In turn, clients oscillated between having experiences of safety and experiences of intolerable risk over time. The results will be discussed in terms of their theoretical and empirical relevance in relation to clinical implications.

RESUMO

Com este estudo pretendemos descrever a interação de diferentes díades terapêuticas envolvidas em casos clínicos de desistência de terapia narrativa, assumindo que a qualidade da interação em psicoterapia se parece constituir como um fator crítico na decisão dos clientes para completarem ou abandonarem os seus processos. Foram analisados sete casos clínicos de desistência de terapia narrativa, todos conduzidos pelo mesmo terapeuta, utilizando o Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica. O procedimento de codificação requereu a codificação independente por um par de juízas, bem como a auditoria de parte das codificações. De um modo geral, os resultados demonstraram que, independentemente das respostas dos clientes, o terapeuta tendeu a aumentar as suas intervenções de desafio e a diminuir as suas intervenções de suporte,

¹ Este trabalho encontra-se em preparação para submissão a uma publicação internacional em língua inglesa, em co-autoria com a Professora Doutora Eugénia Ribeiro (orientadora desta tese), a Professora Doutora Inês Sousa (consultora das análises realizadas neste estudo), e as Mestres Ana Pinheiro e Ana Cláudia Freitas, anteriormente colaboradoras da Equipa de Investigação em Relação Terapêutica (EIRT), com contribuições importantes ao nível da codificação e da revisão do manuscrito, respetivamente.

ao longo do tempo. Por seu turno, os clientes oscilaram entre respostas correspondentes a experiências de segurança e de risco intolerável ao longo do tempo. Os resultados serão discutidos em termos da sua relevância teórica e empírica, assim como das suas implicações clínicas.

INTRODUCTION

The premature discontinuation of psychotherapy is one of the most common problems in clinical practice, with negative consequences not only for the direct interveners, i.e., the therapists (e.g., DuBrin & Zastowny, 1988; Farber, 1983; Ogrodniczuk, Joyce, & Piper, 2005; Piselli, Halgin, & MacEwan, 2011; Reis & Brown, 1999; Swift & Greenberg, 2012) and the clients (e. g., Knox, Adrians, Everson, Hess, Hill, & Crook-Lyon, 2011; Sherman & Anderson, 1987; Strickland & Crowne, 1963), but also for the society in general because of the economic and time loss they represent concerning to prior investment (e.g., Greenspan & Kulish, 1985; Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2013). The most recent meta-analysis on psychotherapy dropout (Cooper & Conklin, 2015) found a dropout rate of approximately 20%, meaning that one out of five clients of psychotherapy do abandon it prematurely, most of them before achieving their goals and experiencing a significant relief from their symptoms (Baekeland & Lundwall, 1975; Beckam, 1992; Cahill et al., 2003).

There are several definitions of dropout in psychotherapy taking into account different criteria to establish the phenomena, such as the number of sessions attended and the therapist's judgement, for instance (e.g., Barrett, Chua, Crits-Christoph, Gibbons, & Thompson, 2008; Beckam, 1992; Benetti & Cunha, 2008; Corning, Malofeeva, & Bucchianeri, 2007; Huang, Hill, & Gelso, 2013; Sales, 2003). However, in agreement with Jung and collaborators (2013), in this study we have decided to define dropout based on the unilateral initiative of the client to abandon or prematurely terminate the therapy, after at least one therapeutic session, without the knowledge or the agreement of the therapist. By assuming this definition, we expect to emphasize the non-accomplishment of the therapeutic goals previously established for the therapeutic process, as well as to highlight the break in the collaborative involvement between the therapeutic dyad. Notice that the quality of interaction appears to be a critical factor in client's decisions regarding the discontinuation of therapy (Barrett et al., 2008; Corning et al., 2007; Roos & Werbart, 2013; Sharf, Primavera, & Diener, 2010). In fact, the

collaborative involvement between the participants on the therapeutic dyad has been considered the core dimension of the therapeutic alliance, which has consistently been associated with the efficacy of psychotherapy, independently of the therapeutic approach in question (Horvath, 2013; Horvath & Bedi, 2002; Martin, Garske, & Davis, 2000) – this being also true for dropouts.

Influenced by the concept of “meaning validation” (Kelly, 1955), Ribeiro (2009) suggested that the collaboration between the therapist and the client should be understood as a meaningful co-construction process, once it entails a process of mutual validation of both participants’ experiences and the meanings unfolded in the context of the therapeutic conversation. Later, Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath, and Stiles (2013) proposed that the therapist facilitates change when intervening within a Therapeutic Zone of Proximal Development (TZPD; Leiman & Stiles, 2001), which is defined by the distance between the client’s actual and potential developmental levels (see Figure 1, Introduction). According to this TZPD conceptualization, it is in the aim of the collaborative involvement between the therapeutic dyad that the client is more capable to reach his or her potential level of development.

As Kelly (1955) pointed out, “seeing the client’s construction system from the vantage point of a psychologist (...) permits the clinician to join with the client in a true role relationship and, together with him, make progress which client cannot accomplish alone” (pp. 799–800). In this sense, framing and responding to the client’s needs in a developmental perspective not only fosters therapeutic collaboration but also promotes client’s change.

In this process, the therapeutic dyad moves from understanding and empathically negotiating the client’s actual difficulties to emphasizing the client’s potential abilities, thus pushing him or her to reconstruct new meanings. Therefore, from a narrative viewpoint, we might argue that the client might evolve from a mal-adaptive perspective that is painful for him or her to a more adaptive perspective that fosters change and promotes his or her well-being, through the emergence of innovations (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; White & Epston, 1990).

Consequently, change occurs through the use, on the therapist’s side, of strategies that enable the client’s progress from his or her actual developmental level to his or her potential developmental level (Ribeiro et al., 2013). If the therapist intervenes within the client’s TZPD, the client is more likely to experience a sense of safety when facing supporting interventions or a sense of tolerable risk when facing challenging

interventions; thus, both interventions are validated and the proposal made by the therapist is accepted. In contrast, if the therapist intervenes out of the TZPD, the client is more likely to invalidate his or her interventions and subsequently refuse to accept or even consider his or her proposal. This outcome would be more expected if the therapist overly challenges, working above the upper limit of the TZPD, thus leading to an experience of intolerable risk on the client's part; it may also occur if the therapist works below the lower limit of the TZPD, which leads to an experience of disinterest or annoyance on the client's part because of the redundancy or unsuitability of his or her interventions. Finally, when the therapist works at the limits of the TZPD, the client is more likely to experience a sense of ambivalence and subsequently oscillate between the proposal made by the therapist and his or her own perspective, thereby moving towards safety or moving towards risk.

Present study: Goals and questions

In the current study, our aim was to analyse the interactive micro-processes that underlied the development of the therapeutic collaboration over the course of seven dropout cases of narrative therapy. We focused on two main questions: 1) How did the clients respond to each therapist's intervention?; and 2) How did the therapist respond to each clients' response? With the first question, we aimed to track each type of therapist's intervention and the subsequent experiences of the clients, that where interpreted by their responses, as conceptualized by the TCCS (Ribeiro et al., 2013); and, with the second question, we aimed to track each type of clients' experience and the subsequent interventions of the therapist.

METHOD

Participants

Seven therapeutic dyads participated in the study. They were selected from a database of dropout cases based on the criteria that their therapeutic processes ended prematurely with no significant clinical change on the clients' side as evaluated by the Outcome Questionnaire - 45.2 (OQ-45.2; Lambert & Burlingame, 1996; Portuguese version of Machado & Fassnacht, 2014).

The clients were treated in a university clinical centre and were all diagnosed with major depression. At the intake session, the clinicians administered the Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR I (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002) and II (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997) as part of the assessment protocol. There were no situations of comorbidity and the clients' Global Functioning Assessment (GFA) was, on average, 61.43 ($SD = 8.14$). Three clients were taking medication at the initiation of the therapy and only one client had seen a therapist before, which occurred following an attempt to commit suicide and consequent hospitalization. Clients' age ranged from 19 to 43 years old, with a mean age of 29.29 years ($SD = 10.14$); six clients were female. Finally, it is important to consider that the clients attended a varied number of sessions, which ranged from one to ten ($M = 4.71$; $SD = 3.59$).

The therapist was a male therapist, with approximately five years of clinical experience and, at that moment, completing his PhD. He had received previous training in narrative therapy and weekly supervision from a senior therapist while conducting the cases.

Considering all the cases that the therapist was responsible for, including the cases selected for this study, the therapist attended a total of 34 cases of narrative therapy, from which 26.47% were successful completers, 38.26% were unsuccessful completers, 5.88% were successful dropouts, and 29.41% were unsuccessful dropouts. Despite the different outcomes, previous and ongoing case studies using the TCCS (e.g., Ferreira, Pinto, Ribeiro, Pereira, & Pinheiro, 2015; Ribeiro et al., 2014, 2016a) consistently demonstrate that this therapist tended to intervene according to challenging strategies since the beginning of the therapy.

Therapy

The treatment consisted of weekly sessions of narrative therapy based on the principles of White and Epston (1990). According to the specific manual used in the project from which the cases under study were selected, the main interventions included: a) the deconstruction of the problematic self-narrative through the use of strategies of externalization; b) the reconstruction of an alternative self-narrative through the identification of unique outcomes; and c) the consolidation of the emergent changes through social validation and strategies of metaphorization, which attempted to

make more visible the way unique outcomes occurred (see Lopes, Gonçalves, Fassnacht, Machado, & Sousa, 2013, for a detailed description of the therapy guidelines).

Researchers

A colleague from the Research Team on Therapeutic Relationship, who is a MD clinical psychologist, and I coded the cases using the TCCS (Ribeiro et al., 2013). The advisor of this thesis was also the auditor of the coding procedure.

Measures

Working Alliance Inventory

The Working Alliance Inventory – WAI (Horvath & Greenberg, 1989; Portuguese version by Machado & Horvath, 1999) consists of a self-report measure that comprises 36 items, which can be rated using a seven point Likert scale. It is designed to assess the quality of the therapeutic alliance between the therapist and the client, and it presents substantial evidence for validity and reliability, as well as good internal consistency, even in its Portuguese version.

In the present study, this instrument was used only in its client's version following each attended session. To obtain the indication of the therapeutic alliance's quality, we considered the mean value for each item.

Thus, the overall quality of the therapeutic alliance was considered moderately high ($M = 5.65$; $SD = .38$) according to the clients' ratings following each session they attended, as well as for the three subscales of the WAI (Horvath & Greenberg, 1989; Portuguese version by Machado & Horvath, 1999) (agreement on tasks: $M = 5.66$; $SD = .69$; bond: $M = 5.56$; $SD = .48$; and agreement on goals: $M = 5.09$; $SD = .98$).

Outcome Questionnaire - 45.2

The Outcome Questionnaire - 45.2 – OQ-45.2 (Lambert & Burlingame, 1996; Portuguese version by Machado & Fassnacht, 2014) consists of a self-report measure that comprises 45 items designed to assess the client's symptomatology, interpersonal

functioning, and social role performance. It presents substantial evidence for validity and reliability, as well as good internal consistency.

In the present study, this instrument was used to assess the presence of clinically significant symptomatology in clients at the moment of the intake and at every four sessions. It enabled us to confirm the absence of significant therapeutic gains until the final assessment of the clients' symptomatology, depending on the number of sessions of the different therapeutic processes. In three cases, the final assessment was obtained at the last session; in two cases, it was obtained at the pre-dropout session, and in the remaining two cases, it was obtained two sessions prior to the interruption of the therapy. The absence of significant therapeutic gains on the clients was identified through the calculation of a Reliable Change Index (RCI) of 15 points and a cutoff of 62 points (Machado & Fassnacht, 2014) (M at the intake = 90.43; SD at the intake = 13.03; M at the last evaluation = 85.50; SD at the last evaluation = 7.50).

Furthermore, the Interpersonal Relations Subscale of the OQ-45.2 (OQ-45.2 IR) was specifically considered in this study to evaluate the presence of significant interpersonal problems in clients' lives from the initiation of the therapy until its termination. For determination of the presence of significant interpersonal difficulties in clients' lives, the OQ-45.2 IR's score must be above 14 points, and the RCI must be of 8 points or more.

According to OQ-45.2 IR, the clients of this study presented significant interpersonal difficulties, such as loneliness and conflicts with others, namely, with family members, friends and lovers, from the first ($M = 20.71$; $SD = 6.34$) to the last ($M = 22.50$; $SD = 1.50$) evaluations.

Therapeutic Collaboration Coding System

The Therapeutic Collaboration Coding System – TCCS (Ribeiro et al., 2013) was used to analyse the development of the therapeutic collaboration. It consists of a transcript-based method, in which the basic unit of analysis is the speaking turn. The therapist's and clients' speaking turns were coded in the context of the other's speaking turn (considering the immediate context) and of all previous therapist-client therapeutic exchanges during the considered session (considering the overall context).

This coding system enables the identification of different types of therapist interventions and client responses. Regarding the therapist's interventions, it is possible

to identify several sub-categories of supporting and challenging categories (see Table 1, Introduction); and, concerning the client's responses, it is possible to identify several sub-categories of validation, invalidation and ambivalence categories (see Table 2, Introduction).

Procedure

All therapy processes ($N = 33$ sessions) were videotaped with the permission of the university clinical centre and with the consent of the participants. All sessions were fully transcribed by me.

My colleague and I were previously trained on the TCCS (Ribeiro et al., 2013) during approximately three months. The training finished when we achieved a good reliability, that is, an agreement percentage of at least 80% (Almeida & Freire, 2000).

According to the coding procedure of the TCCS (Ribeiro et al. 2013), the first step was to read all the transcripts of each case sequentially to list each clients' problems or difficulties. This step was performed independently by each one of us, and then we met to discuss and consensually define the clients' dominant problematic self-narrative indicators, as well as their potential alternative/adaptive self-narrative indicators.

Next, we independently coded each session and, subsequently, we met with each other to identify and discuss potential discrepancies in our codings. To achieve a consensual version of the codings, we presented and explained our perspectives on the specific unit of analysis, considering the immediate and global contexts. Finally, these consensual versions were submitted to an auditing process to improve their accuracy. As judges, both of us coded 100% of the wholly sessions, which means 4756 therapeutic exchanges. The percentage of agreement for the independent codings was 92.66% for the therapist's interventions and 88.21% for the clients' responses. The auditing procedure was conducted on 40.61% of all the sessions ($n = 13$ sessions).

Statistical analysis

To examine the seven dropout cases under study, we have chosen a statistical analysis involving empirical calculations of proportions in order to understand the

progression of the therapist's interventions and of the clients' responses. There was no statistical model assumption.

In the first stage, the empirical proportions were calculated for each type of therapist's intervention and client's response in the overall interventions and responses, respectively, at each session, throughout therapy. The averages for all cases were subsequently calculated. The plots of the individual progressions of these proportions demonstrate that the cases have similar profiles.

The proportions of each type of therapist's intervention and clients' response were then calculated at each session, throughout therapy, depending on the previous type of response and intervention, respectively. Thus, the proportions were based on a subset of the previous speaking turn. Using these proportions of interest, it was possible to understand the sequence of the therapist's intervention, clients' response and therapist's intervention again.

RESULTS

Overall proportions of the therapist's interventions and clients' responses

The results for the overall therapist's interventions are presented in Figure 3, in which the y axis represents the proportion of occurrence of the overall therapist's interventions and the x axis represents the sessions over time. The three lines in the figure represent the three potential therapist's interventions.

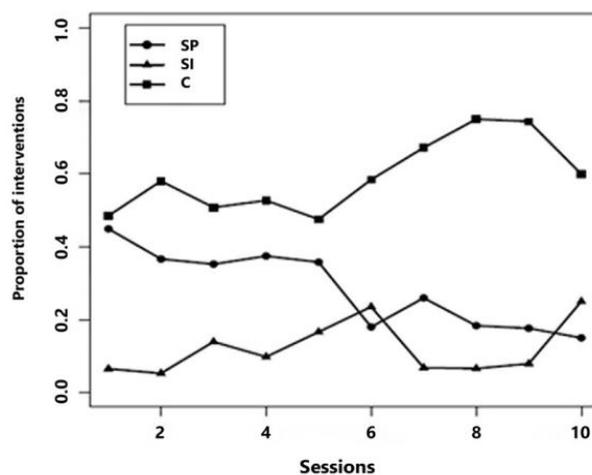


Figure 3. Overall proportion of the therapist's different interventions. SP: Supporting Problem; SI: Supporting Innovation; C: Challenging.

Once the therapeutic processes under analysis included a different number of sessions, an analysis of the individual profiles of the cases was performed to confirm the overall pattern of the therapist's different interventions. Figure 4 shows that the therapist tended to intervene in the same way in all the cases under study, privileging challenging interventions over time (Figure 4(c)) compared with the other two types of interventions (Figures 4(a) and 4(b)).

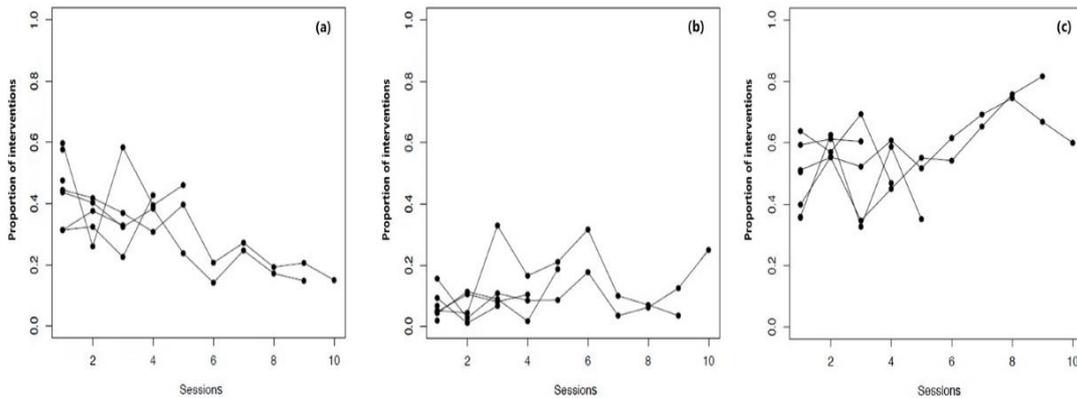


Figure 4. Individual profiles of the therapist's different interventions. (a) Supporting Problem; (b) Supporting Innovation; (c) Challenging.

The results for the overall clients' responses are presented in Figure 5, in which the y axis represents the proportion of occurrence of the overall clients' responses and the x axis represents the therapeutic sessions over time. The six lines in the figure represent the six potential responses of the clients.

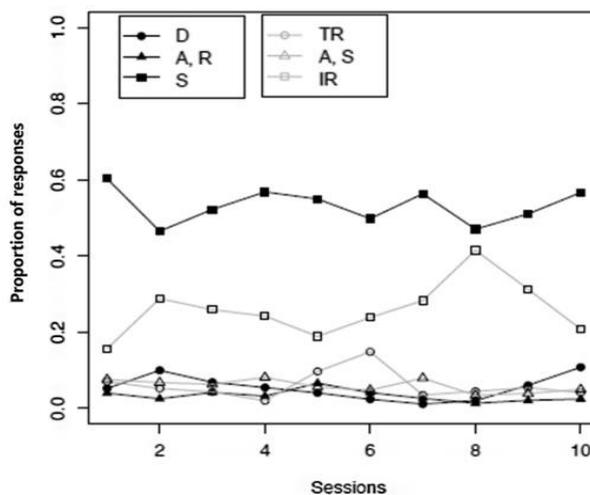


Figure 5. Overall proportion of the clients' different responses. D: Disinterest; A, R: Ambivalence towards Risk; S: Safety; TR: Tolerable Risk; A, S: Ambivalence towards Safety; IR: Intolerable Risk.

As shown in the Figure 5, safety responses were the most frequent over time, with the intolerable risk responses identified as the second most frequent; the other responses remained relatively stable and similar between them. An analysis of the individual profiles of the cases was performed to confirm the overall pattern of the clients' different responses over time. Figure 6 shows that the clients tended to respond the same way over time, i.e., the safety responses were the most frequent (Figure 6(c)), being followed by responses of intolerable risk (Figure 6(f)).

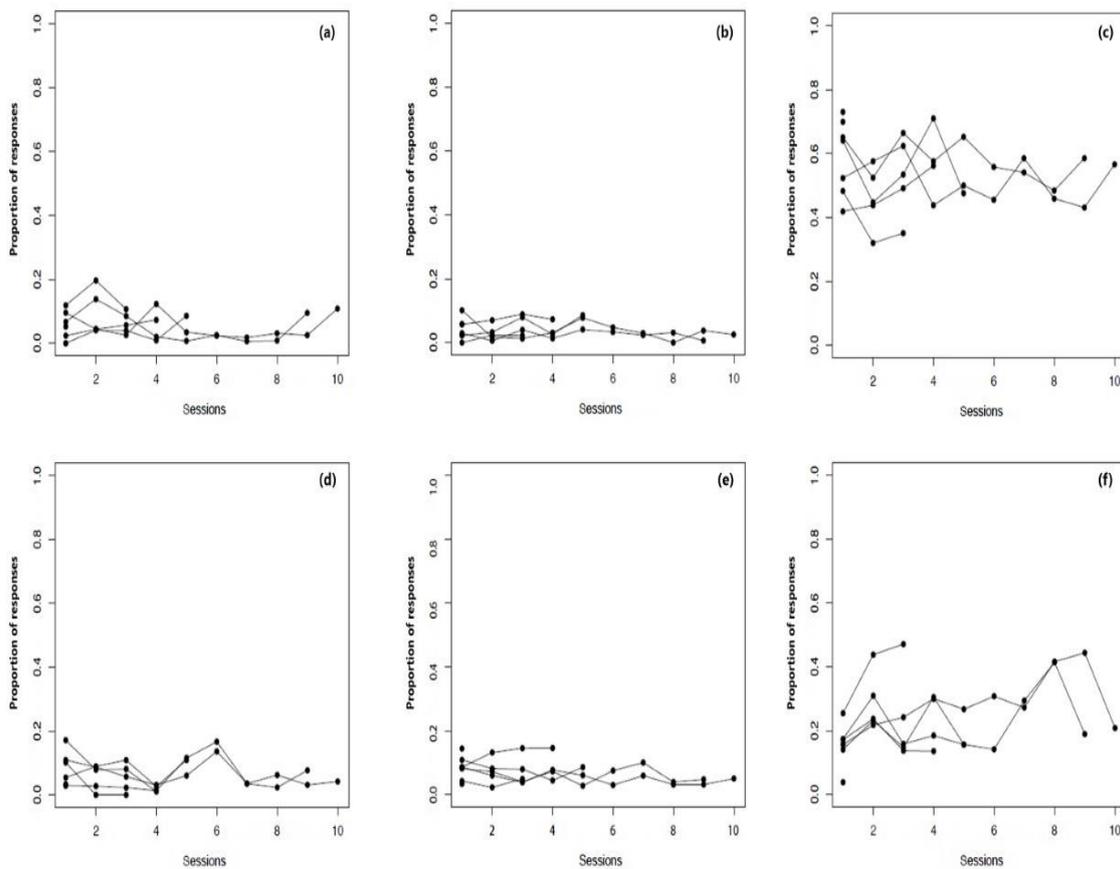


Figure 6. Individual profiles of the clients' different responses. (a) Disinterest; (b) Ambivalence towards Risk; (c) Safety; (d) Tolerable Risk; (e) Ambivalence towards Safety; (f) Intolerable Risk.

How did the clients respond to each therapist's intervention?

Figure 7 shows that followed by a supporting problem (Figure 7(a)) or a supporting innovation (Figure 7(b)) intervention by the therapist, the clients tended to respond according to an experience of safety more frequently over time. However,

following a therapist's challenging intervention (Figure 7(c)), the clients tended to oscillate between responses of safety and responses of intolerable risk over time.

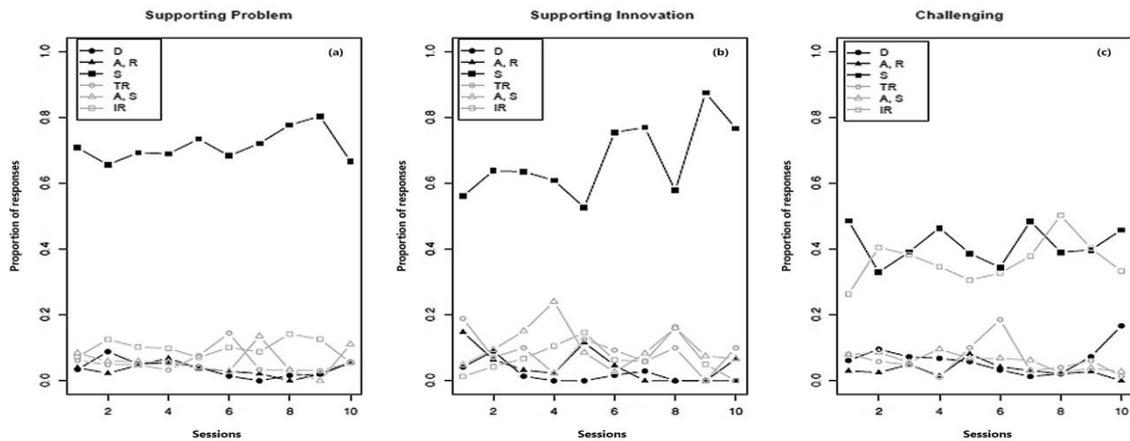


Figure 7. Proportion of the clients' different responses following each type of therapist' intervention. D: Disinterest; A, R: Ambivalence towards Risk; S: Safety; TR: Tolerable Risk; A, S: Ambivalence towards Safety; IR: Intolerable Risk.

How did the therapist respond to each clients' response?

Figure 8 reveals that following a clients' response of disinterest (Figure 8(a)), the most frequent intervention by the therapist was a challenging intervention, with the exception of the eighth session in which the supporting innovation interventions were the most frequent. With barely significant exceptions, the prominence of challenging interventions over time was also true, followed by all other types of clients' responses: ambivalence moving towards risk (Figure 8(b)), safety (Figure 8(c)), tolerable risk (Figure 8(d)), ambivalence moving towards safety (Figure 8(e)), and intolerable risk (Figure 8(f)).

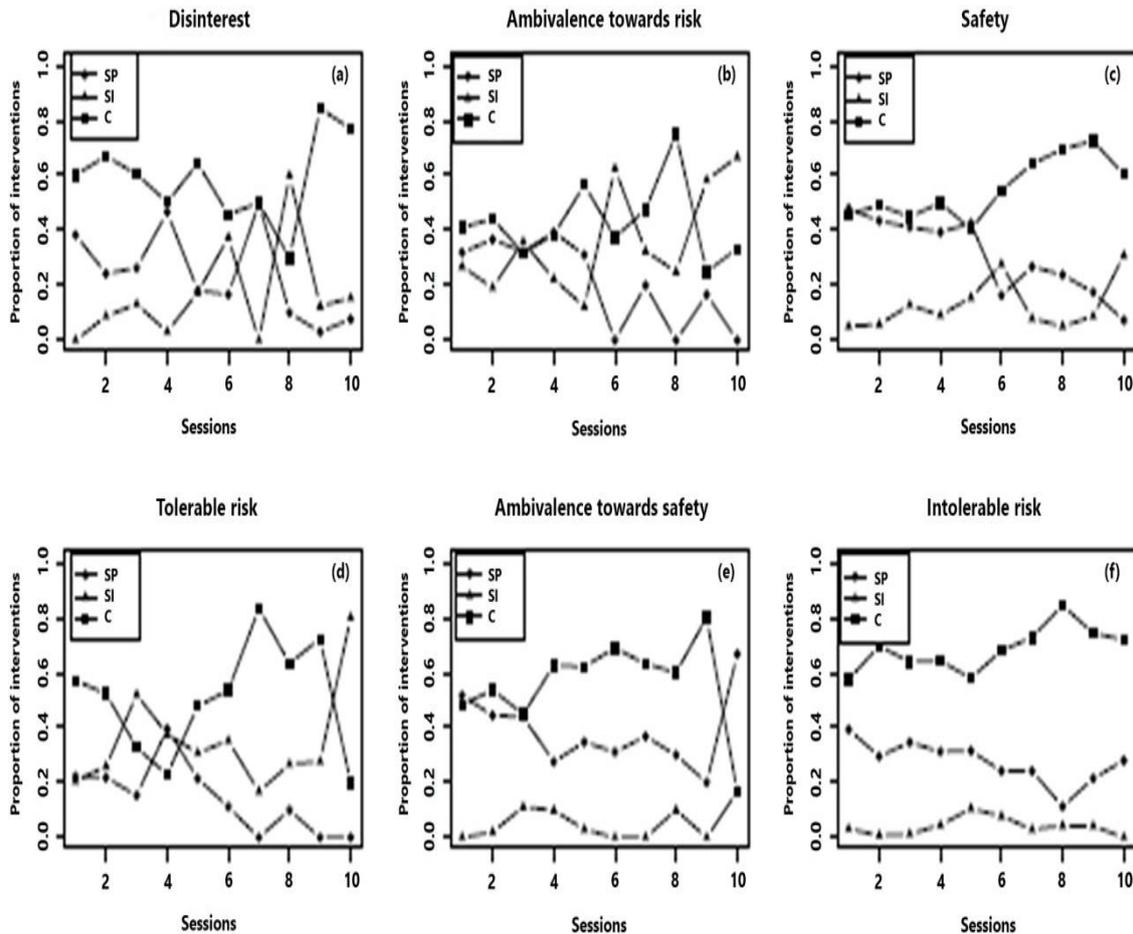


Figure 8. Proportion of the therapist's different interventions following each type of clients' response. SP: Supporting Problem; SI: Supporting Innovation; C: Challenging.

DISCUSSION

In this study, we aimed to characterize the therapeutic collaboration over the therapeutic processes of dropout cases, thus considering both therapist's and clients' contributions. Consistent with the definition of dropout adopted, we analysed dropout cases with a different number of sessions, and we did not distinguish them in terms of, for example, non-engagers or engagers, prior/early dropouts or later dropouts (e.g., Huang et al., 2013; Sales, 2003). Along with the fact that the great majority of the research on psychotherapy dropouts emphasizes the absence of significant improvement from dropout clients in terms of their symptomatology (e.g., Baekeland & Lundwall, 1975; Beckam, 1992; Cahill et al., 2003), the individual profiles of the cases of our study also provided evidence to follow either a general pattern of the therapist's interventions and the clients' responses, justifying our decision. Notice that, similarly to our findings, although Huang and colleagues (2013) started by distinguishing between

non-engagers and engagers, they were not actually able to identify differences in terms of the therapists' verbal response modes between the two types of dropouts over time.

The results regarding the first research question, i.e., "How did the clients respond to each therapist's intervention?", indicate, on average, that the clients' responses of safety were the most prevalent in the sequence of therapist's supporting interventions. However, following the therapist's challenging interventions, the clients' responses of safety have decreased over time, whereas their responses of intolerable risk have increased.

Considering the therapist exhibited a tendency to increase his challenging interventions throughout therapy, these results suggest that the therapy became increasingly risky for the clients. Indeed, the individual profiles indicate that the clients' intolerable risk responses tended to increase prior to the clients' drop out, which suggests an increase in the threatening experiences, whether they had dropped out in the early sessions or had continued for more sessions.

The increase of non-collaborative exchanges over time, i.e., involving clients' disinterest or intolerable risk responses, would suggest difficulties in the alliance formation or in repairing alliance ruptures, which would have led to a significant increment on the clients' discomfort regarding the therapy, during or after the early sessions. This idea appears to be consistent with findings suggesting that the formation of the therapeutic alliance is more difficult and poor in dropout cases (Barrett et al., 2008; Corning et al., 2007). Accordingly, in a study that compared the quality of the therapeutic alliance in cases with different types of therapeutic outcomes, Coutinho, Ribeiro, Sousa, and Safran (2013) concluded that clients who dropped out from therapy exhibited a decreasing tendency on the WAI scores and an increasing tendency in alliance ruptures immediately before they left therapy.

However, in this study, although we expected that the increase in the clients' threatening experiences would negatively influence the evaluation of the alliance at the end of each session, on average that evaluation remained moderately high. Despite the exploratory nature of the present study and the number of cases studied, we believe that different factors may help to understand these results within these specific cases. First, we can suppose that the clients' invalidations of the therapist's proposals did not indicate that the clients and the therapist disagreed on the therapy global goals or tasks, as evaluated at the end of each session by the WAI, but that they were critical signs of the clients' difficulties to involve themselves in the proposed goals and tasks, as well as

in progressing further. Thus, the insistence of the therapist in challenging the clients' perspectives following their intolerable risk responses may have suggested to the clients that the therapy, although relevant, was too difficult.

If the dyad is not able to negotiate this type of mutual and momentarily invalidations, it can miss the opportunity to re-establish the collaboration. Non-collaboration is akin to other phenomena referred by other authors as alliance ruptures (e.g., Coutinho, Ribeiro, Hill, & Safran, 2011; Coutinho, Ribeiro, & Safran, 2009; Eubanks-Carter, Mitchell, Muran, & Safran, 2009; Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2010; Safran & Muran, 2000), which may prevent the client from engaging in therapy if not properly addressed or repaired (Huang et al., 2013). In this case, for instance, the favourable alliance evaluation at the end of the sessions can reflect the existence of withdrawal alliance ruptures, especially in cases where the clients were deferent with the therapist or were interested in protecting their relationship, similar to what happens with some clients with a preoccupied interpersonal style (Bachelor, Laverdière, Gamache, & Bordeleau, 2007) or with an anaclitic type of depression (Blatt, Shahar, & Zuroff, 2002). Thus, we may suppose that the interpersonal problems presented by the clients in the current study, as revealed by the high scores on the OQ-45.2 IR, may be related to an insecure and preoccupied interpersonal style, which may have contributed to their favourable evaluation of the alliance (Eames & Roth, 2000). These results are also congruent with research on alliance ruptures, which has demonstrated that the occurrence of moment-to-moment breaks on the alliance are not always identified by the clients in their post-session evaluation of the alliance ruptures or reflected in their alliance scores (Coutinho et al., 2013; Eubanks-Carter et al., 2010).

Regarding the dyads' interactions considering the clients' TZPD, the proportion of occurrence of the clients' different experiences in response to the therapist's different interventions also indicates that the clients tended to keep working close to their actual level of development even when the therapist tried to push them to the potential level. The large proportion of safety responses of the clients following therapist's supporting interventions and their rare tolerable risk responses suggest that it was difficult for them to move forward and experience change. This interpretation is sustained by the high proportion of intolerable risk responses following the therapist's challenging interventions, which indicates the dyads were working beyond the clients' TZPD.

From the point of view of the conceptualization of the therapeutic collaboration adopted in this study (Ribeiro et al., 2013), we hypothesize that different interpretations

can be made from the results regarding the way the clients' responded more frequently to the different types of the therapist's interventions. The oscillation between the clients' responses, which indicated safety or intolerable risk, suggests some difficulty to move towards their potential level of change, regardless of whether they had dropped out early or not. We can suppose that these clients were not ready to change when they sought help (or were instructed to seek for help; e.g., Baekeland & Lundwall, 1975); thus, they did not demonstrate a real commitment to the therapy and were unwilling to consider alternatives for their lives. In this case, similar to what Brogan, Prochaska, and Prochaska (1999) identified in about 40% of the cases that dropped out early from therapy in their study, it is possible that in our study, the clients were also blocked in a pre-contemplation stage of change (Prochaska, & Norcross, 2002); thus, they experienced intolerable risk when invited to consider new and more adaptive perspectives regarding their lives because of their incapacity to not only recognize their problems but also to reflect on and defocus from them.

Supposing, however, that the clients were motivated to engage in their therapeutic processes, another interpretation might consider the exigencies of the therapy and the clients' resources and abilities to face them. Notice, once more, that even following the therapist's challenging interventions, the clients tended to oscillate between feeling safe and threatened, which may indicate some openness to accept the therapist's challenges, but also a great difficulty to move beyond their actual level of development. From a constructivist and narrative perspective of change, although the therapist's interventions are tailored to the changes desired by the clients, we may understand the clients' invalidation of them as a self-protective action. Although the clients might have wished to decrease their experience of suffering and might have wanted to change with the help of the therapist, it is possible that they were blocked in the process of collaboration if they were anticipating change as having undesirable implications in their self-meanings or narrative structure. This would be consistent with studies that focused on impasses and blocks of change (Feixas et al., 2013; Ferreira et al., 2015; Gabalda & Stiles, 2009; Ribeiro et al., 2014, 2016a, 2016b; Stiles, Gabalda, & Ribeiro, 2016), which suggest that self-conflicts regarding the experience of change may be involved in an increasing non-collaborative interaction and, subsequently, in dropout cases of therapy.

When considering the results related to the second research question, i.e., "How did the therapist respond to each clients' response?", we determined that the challenging

interventions on the part of the therapist increased over time, while the frequency of the supporting problem interventions decreased. In general, the therapist responded to the clients' different experiences exactly the same way. Contrary to what could have been expected, the therapist did not seem to have been responsive to the moment-to-moment clients' needs, being unaware of the clients' signs of anxiety and threat (intolerable risk responses), or failing to consider them. These results suggest that the therapist became more rigid in his challenging interventions, working beyond the clients' TZPD. Interestingly, this finding is also congruent with the idea that unbalanced and too many challenging interventions by the therapist can provoke great anxiety in clients, which, in turn, can contribute to their dropout from therapy (Gabalda & Stiles, 2009; Ribeiro et al., 2013).

Based on the hypothesis previously discussed, we suppose that these clients could have likely benefited more from the therapy, especially in the first sessions, if the therapist had intervened more according to supporting strategies, specifically after the clients' responses of intolerable risk; thus, this approach would have re-established the collaboration, making them feel safe and consolidating their relationship (Roos & Werbart, 2013), and ultimately contributing to their maintenance in their processes. It appears that in these dropout cases, the therapist insisted on pushing the clients to their potential level of development, thereby pressuring them to change. However, the clients' felt a great level of risk that moved the interaction of the dyad to out of their TZPD, which may have contributed to the clients' dropout from the therapy. This finding is consistent with the study of Lippe, Monsen, Rønnestad, and Eilertsen (2008), which suggests that, especially in successful cases, the therapist and the client might have followed each other, as in a dance, while this harmony decreased over time in dropout cases. Therefore, it appears that the therapist and the clients of the analysed cases failed to coordinate and adjust their actions in a moment-to-moment basis; they became involved in an escalation of non-collaborative therapeutic dialogue, which then compromised the quality of their interaction, which, as we referred at the beginning of this chapter, is assumed to represent a critical factor in clients' decisions regarding the discontinuation of therapy (Corning et al., 2007).

The present study has some limitations such as the number of cases analysed and the fact that the same therapist conducted them all. We conducted this study in an exploratory and theory building perspective, selecting typical cases of the dropout phenomena and, thus, the implications driven from this study must be cautious in terms

of their interpretation and generalization. However, we believe this study provides some new and useful hypothesis of the study regarding the therapeutic interaction and the respective dyads' experience likely associated to the phenomenon of dropping out. Specifically, we anticipate that the therapist's persistence in a certain intervention or, on the other hand, his preoccupation in addressing the client's experience by adapting his intervention closer to the client's development level, as well as the way it pursues both paths, might contribute to the client's maintenance in therapy or, on the opposite, to his or her dropout from it. Of course, to test these hypotheses it would require studying a representative sample of dropout cases in different therapy approaches and with distinct therapists.

REFERENCES

- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* [Research methods in psychology and education] (4ª Edição). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- 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. doi: 10.1037/0033-3204.44.2.175.
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 5(82), 738–783.
- Barrett, M., Chua, W., Crits-Christoph, P., Gibbons, M., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2(45), 247–267. doi: 10.1037/a0016184.
- Beckam, E. (1992). Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy*, 2(29), 177–182. doi: 10.1037/0033-3204.29.2.177
- Benetti, S., & Cunha, T. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: Implicações para a prática clínica [Psychotherapy dropout: Implications for the clinical practice]. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 48–59.
- Blatt, S. J., Shahar, G., & Zuroff, D. C. (2002). Anaclitic/sociotropic and introjective/autonomous dimensions. In J. C. Norcross (Ed.). *Psychotherapy*

- Relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 351–334). Oxford: University Press Oxford.
- Brogan, M., Prochaska, J., & Prochaska, J. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy, 36*, 105–113.
- Cahill, J., Barkham, M., Hardy, G., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., & Macaskill, N. (2003). Outcomes of patients completing and not completing cognitive therapy for depression. *British Journal of Clinical Psychology, 42*(2), 133–143. doi: 10.1348/014466503321903553
- Cooper, A., & Conklin, L. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review, 40*, 57–65. doi: 10.1016/j.cpr.2015.05.001
- Corning, A., Malofeeva, E., & Buchianeri, M. (2007). Predicting termination type from client-therapist agreement on the severity of the presenting problem. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 2*(44), 193–204. doi: 10.1037/0033-3204.44.2.193
- Coutinho, J., Ribeiro, E., & Safran, J. (2009). Resolution of ruptures in therapeutic alliance: Its role on change processes according to a relational approach. *Análise Psicológica, 4*(4), 479–491. doi: 10.14417/ap.242
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research, 21*(5), 525–540. doi: 10.1080/10503307.2011.587469
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Safran, J. (2013). Comparing two methods of identifying alliance rupture events. *Psychotherapy*. doi: 10.1037/a0032171
- DuBrin, J. R., & Zastowny, T. R. (1988). Predicting early attrition from psychotherapy: An analysis of a large private-practice cohort. *Psychotherapy, 25*, 393–408. doi: 10.1037/h0085361
- Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance: A study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy Research, 10*(4), 421–434. doi:10.1093/ptr/10.4.421
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence based-guide to practice*. (pp. 84–102). New York: Guilford Press.

- Eubanks-Carter, C., Mitchell, A., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2009). *Rupture resolution rating system (3RS): Manual*. Unpublished manuscript.
- Farber, B. (1983). Introduction: A critical perspective on burnout. In B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 1–20). London: Sage.
- Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Montesano, A., Dada, G., Compañ, V., Aguilera, M., Salla, M., Soldevilla, J., Trujillo, A., Paz, C., Botella, L., Corbella, S., Saúl-Gutiérrez, L., Cañete, J., Gasol, M., Ibarra, M., Medeiros, L., Soriano, J., Ribeiro, E., Caspar, F., Winter, D. (2013). Efficacy of a dilemma-focused intervention for unipolar depression: Study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Trials*, *14*(144), 1–11. doi:10.1186/1745-6215-14-144
- Ferreira, A., Ribeiro, E., Pinto, D., Pereira, C., & Pinheiro, A. (2015). Colaboração terapêutica: Estudo comparativo de dois casos de insucesso terapêutico – Um caso finalizado e um caso de desistência. *Análise Psicológica*, *2*(33), 165–177. doi: 10.14417/ap.938
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., & Benjamin, L. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV: Axis II disorders (SCID-II)*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press, Inc..
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (2002). *Structured clinical interview for DSM-IV-TR: Axis I disorders, research version, patient edition (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Gabalda, I., & Stiles, W. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação [Setbacks in the context of the linguistic therapy of evaluation]. *Análise Psicológica*, *2*(17), 199–212.
- 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.
- Greenspan, M., & Kulish, N. (1985). Factors in premature termination in long-term psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *22*(1), 75–82. doi: 10.1037/h0088529
- Horvath, A. (2013). You can't step into the same river twice, but you can stub your toes on the same rock: Psychotherapy outcome from a 50-year perspective. *Psychotherapy*, *50*, 25–32. doi: 10.1037/a0030899

- Horvath, A., & Bedi, R. (2002). The alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 37–69). Oxford: University Press.
- Huang, T., Hill, C., & Gelso, C. (2013). Psychotherapy engagers versus non-engagers: Differences in alliance, therapist verbal response modes, and client attachment. *Psychotherapy Research, 23*(5), 568–577. doi: 10.1080/10503307.2013.807378
- Jung, S., Serralta, F., Nunes, M., & Eizirik, C. (2013). Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic therapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy, 35*(1), 181–190.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, C., & Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research, 21*(2), 154–167. doi: 10.1080/10503307.2010.534509
- 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: 10.1093/ptr/11.3.311
- Lippe, A., Monsen, J., Rønnestad, M., & Eilertsen, D. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research, 18*(4), 420–432. doi: 10.1080/10503300701810793
- Lopes, R., Gonçalves, M. M., Fassnacht, D., Machado, P. P. P., & Sousa, I. (2013). Time to improve and recover from depressive symptoms and interpersonal problems in a clinical trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 20*(5). doi: 10.1002/cpp.1873
- Machado, P. P. P., & Fassnacht, D. (2014). The Portuguese version of the outcome questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(4), 427–437. doi: 10.1111/papt.12048
- Machado, P. P. P., & Horvath, A. (1999). Inventário de aliança terapêutica: WAI [Therapeutic alliance inventory: WAI]. In M. Simões, M. M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* [Psychological tests and instruments in Portugal] (vol. 2; pp. 87–94). Braga: APPORT/SHO.
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(68), 438–450.

- Ogrodniczuk, J., Joyce, A., & Piper, W. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry, 13*(2), 57–70. doi: 10.1080/10673220590956429
- Piselli, A., Halgin, R., & MacEwan, G. (2011). What went wrong?: Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research, 21*(4), 400–415. doi: 10.1080/10503307.2011.573819
- Prochaska, J., & Norcross, J. (2002). Stages of change. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 303–313). Oxford: University Press.
- Reis, B., & Brown, L. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy, 2*(36), 123–136.
- Ribeiro, A. P., Braga, C., Stiles, W. B., Teixeira, P., Gonçalves, M. M., & Ribeiro, E. (2016a). Therapist interventions and cliente ambivalence in two cases of narrative therapy for depression. *Psychotherapy Research, 26*(6), 681–693. doi: 10.1080/10503307.2016.1197439
- Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M. M., Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2014). Therapeutic collaboration and resistance: Describing the nature and quality of the therapeutic relationship within ambivalence events using the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research, 24*(3), 346–359. doi: 10.1080/10503307.2013.856042
- Ribeiro, E. (2009). A aliança terapêutica reconsiderada: Colaboração terapêutica em zonas de mudança proximal. [The therapeutic alliance revisited: Therapeutic collaboration in zones of proximal change.] In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* [Therapeutic alliance: From the theory to the clinical practice] (pp. 167–181). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A. S., Stiles, W. B., Pires, N., Santos, B., Basto, I., & Salgado, J. (2016b). Therapeutic collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases. *Psychotherapy Research, 26*(6), 665–680. doi: 10.1080/10503307.2016.1208853
- 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*(3), 294–314. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x

- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394–418. doi: 10.1080/10503307.2013.775528
- Sales, C. (2003). Understanding prior dropout in psychotherapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 81–90.
- Safran, J., & Muran, J. (2000). The therapeutic alliance as a process of intersubjective negotiation. In J. Safran & J. Muran (Eds.), *The therapeutic alliance: A relational treatment guide* (pp. 165–185). New York: The Guilford Press.
- Sharf, J., Primavera, L., & Diener, M. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637–645. doi: 10.1037/a0021175
- Sherman, R. T., & Anderson, C. A. (1987). Decreasing premature termination from psychotherapy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5(3), 298–312. doi: 10.1521/jscp.1987.5.3.298
- Stiles, W. B., Gabalda, I. C., & Ribeiro, E. (2016). Exceeding the therapeutic zone of proximal development as a clinical error. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 53(3), 268–272. doi: 10.1037/pst0000061
- Strickland, B., & Crowne, D. (1963). Need for approval and the premature termination of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 27(2), 95–101.
- Swift, J., & Greenberg, R. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. doi: 10.1037/a0028226
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2(24), 190–195. doi: 10.1037/0735-7028.24.2.190

CAPÍTULO II
ESTUDO COMPARATIVO DO DESENVOLVIMENTO DA
COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA NUM CASO CLÍNICO DE
DESISTÊNCIA E INSUCESSO E NUM CASO CLÍNICO FINALIZADO
COM SUCESSO

CAPÍTULO II – ESTUDO COMPARATIVO DO DESENVOLVIMENTO DA COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA NUM CASO CLÍNICO DE DESISTÊNCIA E INSUCESSO E NUM CASO CLÍNICO FINALIZADO COM SUCESSO²

RESUMO

O objetivo deste estudo foi o de analisar e comparar a qualidade da colaboração entre terapeuta e cliente ao longo do processo terapêutico de um caso clínico de desistência e de um caso clínico finalizado, com resultados terapêuticos contrastantes (insucesso *versus* sucesso). Ambos os casos foram seguidos em Terapia Narrativa por um mesmo terapeuta e posteriormente analisados por recurso ao Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica. O procedimento de análise requereu a codificação independente por um par de juízas para cada um dos casos, bem como a auditoria de 50 e 30% das respetivas codificações. De um modo geral, os resultados obtidos sugerem que houve uma tendência para ambas as díades interagirem mais tempo dentro da Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDPT) das clientes, próximas dos seus níveis de desenvolvimento atuais. No entanto, no caso clínico de desistência verificou-se uma duração superior de interações fora da ZDPT da cliente, para além do seu nível de desenvolvimento potencial, do que no caso finalizado. Por outro lado, no caso clínico finalizado, a análise realizada permitiu captar avanços consistentes da cliente em direção a níveis superiores de desenvolvimento, dentro da sua ZDPT, não captados no caso da cliente desistente. Para além disso, o terapeuta parece ter sido mais capaz de responder às necessidades sinalizadas pela cliente do caso clínico finalizado do que do caso clínico de desistência, assegurando um maior equilíbrio relativamente ao (não)restabelecimento da colaboração terapêutica, após os episódios interativos atratores de Desafio – Risco intolerável. Estes resultados sugerem a ocorrência de diferentes padrões de colaboração entre as díades dos casos clínicos analisados, e serão discutidas as implicações para a investigação e prática daí decorrentes.

² Este trabalho encontra-se em preparação para submissão a uma publicação internacional em língua inglesa, em coautoria com a Professora Doutora Eugénia Ribeiro (orientadora desta tese), e as Mestres Ana Pinheiro, Helena Azevedo, e Susana Oliveira, anteriormente colaboradoras da Equipa de Investigação em Relação Terapêutica (EIRT), com contribuições importantes ao nível da codificação dos casos clínicos analisados.

ABSTRACT

The purpose of this study was to analyse and compare the quality of the collaboration between the therapist and the client, throughout the therapeutic process of a dropout and a completer, with contrasting therapeutic results (poor outcome versus good outcome). Both cases were followed in Narrative Therapy by the same therapist, and subsequently analysed using the Therapeutic Collaboration Coding System. The procedure of the analysis has required the independent coding made by a pair of judges for each one of the cases, as well as the audit of 50 and 30% of the respective codings. Overall, the results obtained suggest that there was a tendency for both dyads to interact for longer periods of time within the client's TZPD, close to their actual developmental levels. However, the dropout case witnessed interactions with longer durations, out of the client's TZPD, beyond their potential developmental level, than the completer case. On the other hand, in the completer case, the analysis captured solid progressions of the client towards higher developmental levels, within her TZPD, which were not captured in the dropout case. Besides that, the therapist seemed to be more capable to meet the needs of the client of the completer case than the one of the dropout case, assuring a higher balance regarding the (non)re-establishment of the therapeutic collaboration, after the attractor interactive episodes of Challenging – Intolerable risk. These results suggest the existence of different patterns of collaboration between the dyads of the analysed cases, and their implications for research and practice will be discussed.

INTRODUÇÃO

O presente estudo foi concebido e realizado na sequência do estudo anterior (ver Capítulo I), cujos resultados da análise de sete casos clínicos de desistência, em cujos clientes não manifestaram mudanças clinicamente significativas do ponto de vista da sua sintomatologia do início para o final dos seus processos, sugeriram uma tendência para o terapeuta aumentar as suas intervenções de desafio e diminuir as suas intervenções de suporte ao longo do tempo, independentemente do tipo de resposta dos clientes. Nesse seguimento, decidimos selecionar o caso clínico de desistência que, do conjunto dos sete casos originalmente considerados, demonstrou ser mais representativo dos resultados então obtidos, quer pela concordância entre os respetivos perfis individuais e o padrão geral do conjunto de casos para a intervenção do terapeuta e

resposta do cliente conforme as questões de investigação então colocadas, quer pela manutenção de níveis clínicos mais elevados de sintomatologia, do início do processo para a última avaliação pré-desistência. O caso clínico de desistência selecionado foi, então, emparelhado com um caso clínico de extremo oposto, contrastante quer relativamente ao tipo de finalização quer relativamente aos resultados terapêuticos obtidos (caso clínico de desistência e de insucesso *versus* caso clínico finalizado e de sucesso), com o objetivo de proceder à análise e comparação entre os casos e de, assim, corroborar, desconfirmar e/ou refinar as expectativas e hipóteses teóricas sugeridas pelos resultados do primeiro estudo e devidamente apresentadas e discutidas na secção então designada para o efeito.

Tal como referido previamente na Introdução desta tese, na linha do defendido por Meystre, Kramer, Roten, Despland, e Stiles (2014), acreditamos que os estudos de caso desenvolvidos numa lógica de *theory building* (na qual o presente e os restantes estudos desta se enquadram) se constituem como uma oportunidade para comparar observações clínicas detalhadas de processos terapêuticos particulares com a teoria já existente, podendo contribuir para a sua elaboração, revisão e/ou refinamento. Assim, o presente estudo pretende contribuir para a análise sistemática dos vários tipos de episódios interativos entre terapeuta e cliente momento a momento, enquadrada no modelo de colaboração terapêutica de Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath, e Stiles (2013) e na Teoria dos Sistemas Dinâmicos (e.g., Hollestein, 2013; Lewis, 2000), mediante a comparação dos dois casos clínicos contrastantes já explicitados.

Resumidamente, Ribeiro e coautores (2013) conceptualizam a colaboração terapêutica como resultado das contribuições mútuas do terapeuta e do cliente, assim enfatizando a sua natureza recíproca e bidirecional. Para os autores, a colaboração e a mudança em psicoterapia estão dinâmica e continuamente articuladas, e ocorrem por referência à Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica do cliente (ZDPT; Leiman & Stiles, 2001) (ver Figura 1, Introdução), por sua vez definida como a distância entre o seu nível de desenvolvimento atual e o nível de desenvolvimento potencial que este poderá atingir na interação com o terapeuta. A oportunidade de mudança do cliente é, então, criada na interação com o terapeuta que, de acordo com a Teoria dos Sistemas Dinâmicos (e.g., Hollestein, 2013; Lewis, 2000), se constitui em si mesma como um sistema dinâmico orientado por um princípio de auto-organização, reciprocamente causal e assente nas variáveis tempo e mudança.

No seu estudo, Ferreira, Ribeiro, Pinto, Pereira, e Pinheiro (2015) recorreram ao SCCT (Ribeiro et al., 2013) para, pela primeira vez, descreverem o padrão de desenvolvimento da colaboração terapêutica num caso clínico de desistência por comparação a um caso clínico finalizado. Ambos os casos haviam sido seguidos em Terapia Narrativa (TN), e as suas clientes não tinham demonstrado melhorias clínicas significativas do ponto de vista da sua sintomatologia, do início para o final dos respetivos processos. Os resultados do estudo demonstraram que no caso clínico de desistência as interações entre a díade terapêutica ocorreram cinco vezes mais fora dos limites da ZDPT da cliente, quando comparadas com as interações entre a díade terapêutica do caso clínico finalizado, não obstante o resultado terapêutico de insucesso comum a ambos os casos. Por outro lado, embora se tenha verificado uma tendência crescente do terapeuta para estimular o avanço de ambas as clientes nas suas ZDPT, assim procurando a sua mudança, as últimas sessões do caso clínico de desistência foram caracterizadas por um aumento considerável de interações não colaborativas entre a díade terapêutica, ao passo que as últimas sessões do caso clínico finalizado foram caracterizadas por uma maior capacidade de a cliente acompanhar as propostas do terapeuta.

Curiosamente, tanto no primeiro estudo desta tese como no estudo de Ferreira e coautores (2015), a intervenção de desafio por parte do terapeuta, a resposta de risco intolerável das clientes, e o episódio interativo resultante do emparelhamento entre ambas (episódio interativo de Desafio – Risco intolerável) assumiu uma proporção superior em relação aos restantes episódios de interação passíveis de identificar com SCCT (Ribeiro et al., 2013), colocando a interação da díade fora dos limites da ZDPT das clientes, isto é, numa zona de não colaboração e de prejuízo para o trabalho terapêutico conducente à mudança das mesmas. No seguimento, se por um lado o resultado de insucesso dos casos clínicos dos referidos estudos (ver Capítulo I; Ferreira et al., 2015) sugere que terá havido um desequilíbrio entre a validação e invalidação dos sistemas de significação das respetivas clientes, impossibilitando a construção de novos significados mais adaptativos (isto é, a mudança) (Fernandes, Feixas, & Senra, 2009; Kelly, 1955; Ribeiro, 2009), tal desequilíbrio poderá ter-se expressado em padrões de colaboração distintos, contribuindo para o culminar de desistência de uma das clientes e para a manutenção da outra no processo terapêutico até à sua adequada finalização.

De acordo com a Teoria dos Sistemas Dinâmicos (e.g., Hollestein, 2013; Lewis, 2000) poderemos argumentar que as díades terapêuticas do caso clínico de desistência e

do caso clínico finalizado do estudo de Ferreira e coautores (2015) constituiriam dois sistemas dinâmicos distintos que, ainda que orientados por um princípio comum de auto-organização, assente no tempo e na mudança, corresponderiam a propriedades emergentes distintas, com resultados respetivamente consonantes. Na linha da proposta teórica de Ribeiro (2009), que assume que “é precisamente no equilíbrio dinâmico entre a validação e invalidação dos sistemas de significação [do cliente] que o processo de mudança emerge” (p. 173), acreditamos que esse equilíbrio dinâmico difere de acordo com as especificidades do sistema ou díade terapêutica em causa, possibilitando diferentes padrões de colaboração e mudança ao longo do tempo.

O SCCT enquanto método de observação e análise da interação terapêutica derivado diretamente do modelo de colaboração e mudança proposto por Ribeiro e coautores (2013) prevê dois tipos fundamentais de intervenções do terapeuta: intervenções de suporte (relativamente ao problema ou à inovação emergente) e intervenções de desafio. De acordo com as primeiras, é esperado que o terapeuta promova a experiência de segurança no cliente mediante a expressão de compreensão e aceitação da sua perspetiva atual; e, de acordo com as segundas, é esperado que o terapeuta recorra a estratégias que permitam a reconceptualização dessa mesma perspetiva por parte do cliente, assim estimulando a ocorrência de novidade. Demasiadas intervenções de suporte por parte do terapeuta poderão reforçar a perspetiva atual do cliente e constranger a sua possibilidade de mudança, ao passo que demasiadas intervenções de desafio poderão criar-lhe uma ansiedade excessiva e, em última instância, promover a sua desistência da terapia (Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, Gabalda, & Ribeiro, 2016).

Por sua vez, as ações do cliente incluem respostas de validação, invalidação e ambivalência (Ribeiro et al., 2013). Deste modo, quando o terapeuta trabalha dentro da ZDPT do cliente, o cliente valida a sua intervenção, aceitando o convite para considerar a sua perspetiva a partir da proposta do terapeuta, ora experienciando segurança e mantendo-se próximo do seu nível de desenvolvimento atual, ora experienciando risco tolerável e avançando na direção do seu nível de desenvolvimento potencial. Por outro lado, quando o terapeuta trabalha fora da ZDPT do cliente, o cliente invalida a sua intervenção, recusando o convite para reconsiderar a sua perspetiva a partir da proposta do terapeuta, ora experienciando desinteresse (se o terapeuta intervir de forma redundante ou pouco competente, aquém do limite inferior da ZDPT do cliente), ora experienciando risco intolerável (se o terapeuta intervir de forma demasiado exigente,

para além do limite superior da ZDPT do cliente). Por fim, se o terapeuta intervir nos limites da ZDPT do cliente, o cliente oscila entre a validação e a invalidação da sua intervenção, ora experienciando ambivalência no sentido da segurança (se o terapeuta intervir no limite superior da ZDPT do cliente, com o cliente a terminar a sua resposta mais próximo do seu nível de desenvolvimento atual), ora experienciando ambivalência no sentido do risco tolerável (se o terapeuta intervir no limite inferior da ZDPT do cliente, com o cliente a terminar a sua resposta mais próximo do seu nível de desenvolvimento potencial).

Posto isto, assumindo que a qualidade da interação em terapia se afigura como um fator crítico na decisão dos clientes para completarem e/ou desistirem dos seus processos terapêuticos (Corning, Malofeeva, & Buchianeri, 2007), o presente estudo teve como objetivo geral caracterizar e comparar o padrão de colaboração terapêutica em dois casos clínicos com diferentes tipos de finalização e resultado terapêutico (caso clínico de desistência e de insucesso *versus* caso clínico finalizado e de sucesso), ambos seguidos em TN. Para além disso, na sequência dos resultados do primeiro estudo desta tese, empiricamente suportados pelos resultados do estudo de Ferreira e coautores (2015) já descritos, e contrastantes com os resultados de estudos prévios de casos finalizados e de sucesso (e.g., Ribeiro et al., 2014, 2016a, 2016b; Ribeiro, Silveira, Senra, Azevedo, & Ferreira, 2017), interessou-nos perceber de que modo é que as díades dos casos clínicos selecionados se comportaram após os episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, no sentido de restabelecer ou não a sua colaboração. Por outras palavras, interessou-nos perceber de que modo é que o sistema díade terapêutica de cada um dos casos se comportou e auto-organizou, de forma a assegurar ou não o seu equilíbrio dinâmico, ao longo das respetivas sessões e à luz da mudança das respetivas clientes. Nesse sentido, orientámo-nos pelas seguintes questões de investigação:

1) Como é que se caracterizou o padrão de colaboração terapêutica num caso clínico de desistência e insucesso e num caso clínico finalizado e de sucesso, ao longo das sessões?; e,

2) Como é que se caracterizou o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica nesses mesmos dois casos clínicos, após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, ao longo das sessões?

MÉTODOS

Participantes

Neste estudo foram analisados dois casos clínicos de TN. No momento de admissão dos casos, ambas as clientes preencheram os critérios para o diagnóstico de Perturbação Depressiva *Major*, de acordo com o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002).

Os casos clínicos em estudo distinguem-se quanto ao tipo de finalização (caso clínico de desistência *versus* caso clínico finalizado) e quanto à apresentação de mudança clinicamente significativa (ausência *versus* presença, respetivamente), da primeira para a última avaliações, por parte das respetivas clientes, tal como será explicitado adiante.

*Caso clínico de desistência e de insucesso*³

No momento em que procurou ajuda, Marta (nome fictício) tinha 19 anos de idade e frequentava o segundo ano de um curso superior. O seu problema prendia-se com o término recente da sua relação amorosa mais recente, na sequência do qual demonstrava, entre outras coisas, sentimentos marcados de tristeza e choro frequente, perda agravada de peso, dificuldade em projetar-se no futuro face à perda da relação amorosa e grande desmotivação relativamente aos estudos. Para além disso, Marta sentia-se responsável pelo fim da relação, apresentando sentimentos de culpa pela sua situação atual, e mostrava-se deveras incomodada pelo facto de os outros (familiares, amigos, profissionais de saúde, etc.) desvalorizarem o seu problema (queixava-se de frequentemente lhe dizerem que ainda era uma jovem e que, com certeza, encontraria outro alguém que a fizesse feliz).

Poucos meses antes da procura de ajuda, Marta havia estado internada numa unidade hospitalar de psiquiatria e, à data da sua admissão, encontrava-se ainda a ser acompanhada a nível psiquiátrico em regime de ambulatório, estando inclusivamente a tomar alguma medicação para controlo da sintomatologia depressiva que apresentava. Marta mostrou-se resistente desde o início do processo psicoterapêutico, tendo acabado

³ Sumariamente referido como caso clínico de desistência a partir do presente ponto deste estudo.

por desistir do mesmo, sem o conhecimento e acordo prévio do terapeuta, após a nona sessão. Note-se que Marta aceitou procurar ajuda por recomendação do seu psiquiatra e dada a grande insistência dos seus pais para que o fizesse, algo que deixou claro logo nas primeiras duas sessões a que compareceu. Inclusivamente, Marta resistia a tomar a medicação que lhe havia sido prescrita pelo psiquiatra, não cumprindo na totalidade com as recomendações deste.

De acordo com a medida de resultado utilizada (*Outcome Questionnaire - 45.2 – OQ-45.2*; Lambert & Burlingame, 1996; versão Portuguesa de Machado & Fassnacht, 2014) e adiante explicitada na secção Instrumentos, Marta não manifestou uma mudança clinicamente significativa no decorrer do seu processo terapêutico (Machado & Fassnacht, 2014), sendo o seu caso considerado, por isso, um caso clínico de insucesso terapêutico.

Caso clínico finalizado e de sucesso⁴

No momento em que procurou ajuda por iniciativa própria, Ana (nome fictício) tinha 39 anos de idade, era casada e tinha dois filhos. O seu problema prendia-se com dificuldades na gestão da sua atividade profissional, quer na coordenação dos trabalhos junto dos empregados quer na gestão da própria agenda. A par disso, Ana demonstrava uma grande preocupação na relação com os filhos, a quem considerava não dedicar o tempo e a atenção suficientes, assim cristalizando em si a noção de que seria uma “má mãe” (nas suas próprias palavras).

Não obstante alguma resistência, Ana mostrou-se interessada e envolvida no processo terapêutico desde o momento da admissão, tendo completado o protocolo terapêutico num total de 19 sessões. Por sua vez, conseguiu ganhos substanciais na medida de resultado utilizada (*OQ-45.2*; Lambert & Burlingame, 1996; versão Portuguesa de Machado & Fassnacht, 2014), sendo o seu caso considerado, por isso, um caso clínico de sucesso terapêutico.

⁴ Sumariamente referido como caso clínico finalizado a partir do presente ponto deste estudo.

Terapeuta e terapia

Em ambos os casos clínicos, a terapia conduzida baseou-se num modelo de psicoterapia individual de orientação narrativa, desenvolvido a partir da TN de Re-
autoria de White e Epston (1990). Este modelo caracteriza-se pelo recurso a uma prática discursiva externalizadora, segundo a qual o cliente é convidado a distanciar-se do seu problema e a assumi-lo como uma entidade externa. Ao fazê-lo, é-lhe permitido identificar momentos que negam, contrariam ou alteram a sua narrativa dominante e que facilitam a sua desconstrução (isto é, resultados únicos), sendo-lhe assim possibilitada a emergência, construção e consolidação de uma narrativa alternativa mais adaptativa e funcional para si. Estudos recentes sobre a eficácia da TN aplicada à Perturbação Depressiva *Major* têm demonstrado que clientes que apresentam níveis de sintomatologia depressiva leves a moderados no início do processo e que completam o protocolo terapêutico tendem a apresentar resultados semelhantes aos obtidos com outras abordagens, nomeadamente quando seguidos em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC; Lopes et al., 2014b; Lopes, Gonçalves, Machado, Fassnacht, & Sousa, 2014a).

À data considerada, o terapeuta responsável pela condução de ambos os casos tinha cerca de cinco anos de experiência clínica, tendo recebido formação prévia em TN e supervisão semanal por parte de um terapeuta sénior durante a condução dos mesmos. Em regra, ambos os casos seguiram um regime de periodicidade semanal.

Investigadoras

Os casos clínicos selecionados foram previamente codificados, de forma independente, por dois pares distintos de juízas. O caso clínico de desistência foi integralmente transcrito e codificado pela autora da presente tese aquando da realização do primeiro estudo (ver Capítulo I), tendo 50% das sessões do mesmo sido igualmente codificadas por uma colega da Equipa de Investigação em Relação Terapêutica (EIRT). Foi então calculado o acordo inter-juízas, tendo as suas discrepâncias sido resolvidas por consenso e sujeitas a auditoria por parte da orientadora desta tese.

Por sua vez, o caso clínico finalizado foi integralmente transcrito e codificado por uma outra colega da EIRT aquando da realização da sua Dissertação de Mestrado,

tendo 30% da totalidade das suas sessões sido igualmente codificadas por uma outra colega da mesma equipa. Seguiu-se um procedimento similar ao do primeiro caso, com o respetivo cálculo do acordo inter-juízas e a resolução das suas discrepâncias mediante consenso e posterior auditoria, também por parte da orientadora desta tese.

Instrumentos

Inventário da Aliança Terapêutica

O Inventário da Aliança Terapêutica – IAT (*Working Alliance Inventory – WAI*; Horvath, 1982; versão Portuguesa de Machado & Horvath, 1999) consiste num instrumento de autorrelato constituído por 36 itens e pontuados numa escala *Likert* entre 1 (menor qualidade) e 7 (maior qualidade) pontos, permitindo a avaliação da qualidade da aliança entre terapeuta e cliente, na perspetiva de cada um dos participantes e/ou do observador. A sua confiabilidade é elevada (α de Cronbach = .93), apresentando igualmente índices de elevada consistência interna.

Outcome Questionnaire - 45.2

O *Outcome Questionnaire - 45.2 – OQ-45.2* (Lambert & Burlingame, 1996; versão Portuguesa de Machado & Fassnacht, 2014) consiste num instrumento de autorrelato constituído por 45 itens, que permite a avaliação do nível de desconforto subjetivo na perceção do cliente, bem como do seu funcionamento interpessoal e do desempenho do seu papel social. A sua confiabilidade é elevada (α de Cronbach = .93), indicando igualmente uma elevada consistência interna.

Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica

O Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica – SCCT foi desenvolvido a partir da conceptualização de colaboração terapêutica previamente explicitada (Ribeiro et al., 2013), com vista a permitir o estudo da interação da díade terapêutica em articulação com a mudança do cliente. A unidade básica de análise do SCCT consiste no

par de falas adjacentes do terapeuta e do cliente, contextualizado na interação imediatamente anterior e da sessão e/ou processo terapêutico em que se enquadra.

Tal como referido anteriormente, o SCCT (Ribeiro et al., 2013) permite a identificação de diferentes subcategorias de intervenção do terapeuta, no contexto de intervenções de suporte ou desafio, respetivamente, assim como de diferentes subcategorias de resposta do cliente, no contexto de respostas de validação e invalidação, para além de respostas de ambivalência (ver Tabelas 1 e 2, Introdução). Da combinação entre as três categorias de intervenção do terapeuta e as seis categorias de resposta do cliente resultam 18 episódios interativos diferentes por referência à ZDPT deste último: seis efetivamente colaborativos, seis não colaborativos e seis de ambivalência.

Os estudos realizados com o SCCT (Ribeiro et al., 2013) têm demonstrado uma boa fidelidade do instrumento (e.g., Corrêa, 2016; Ferreira et al., 2015; Ribeiro et al., 2014a, 2014b, 2016a, 2016b, 2017).

Procedimento

Procedimento de recolha

Os casos clínicos analisados neste estudo foram selecionados de uma amostra de conveniência mais abrangente, recolhida no âmbito do projeto “Mudança Narrativa em Psicoterapia” (com a referência PTDC/PSI/72846/2006). A sua seleção considerou os seguintes critérios de inclusão: abordagem terapêutica utilizada (TN), diagnóstico atribuído (Perturbação Depressiva *Major*; American Psychiatric Association, 2002), e tipo de finalização (desistência *versus* finalizado) e de resultado (insucesso *versus* sucesso) contrastantes, do conhecimento da totalidade das investigadoras do estudo. Os critérios de exclusão, decorrentes do projeto a partir do qual foram recolhidos, incluíram as seguintes condições: diagnóstico de Perturbações do Eixo II, diagnóstico de Perturbação Psicótica (American Psychiatric Association, 2002), e consumo de substâncias.

No presente estudo, o IAT (WAI; Horvath, 1982; versão Portuguesa de Machado & Horvath, 1999) foi a medida utilizada na avaliação da perceção das clientes acerca da qualidade da aliança terapêutica, na primeira sessão e, posteriormente, a cada quatro sessões, atendendo ao valor médio atribuído a cada um dos seus itens. No caso clínico

de desistência, a última avaliação foi realizada na oitava sessão; e, no caso clínico finalizado, a última avaliação foi realizada na 16ª sessão.

O IAT permitiu verificar que, em média, na perspectiva da cliente desistente, a qualidade da aliança terapêutica foi relativamente estável da primeira para a última avaliações ($M_{IAT(1^a \text{ sessão})} = 3,91$; $M_{IAT(4^a \text{ sessão})} = 3,97$; e, $M_{IAT(8^a \text{ sessão})} = 3,73$; $DP = 0,12$), situando-se abaixo do ponto médio (4) para cada um dos itens avaliados. Já a cliente do caso clínico finalizado percebeu a qualidade da aliança terapêutica como superior, acima do ponto médio, desde a primeira até à última avaliações, tendo registado um aumento superior da primeira para a quarta sessões e estabilizado a partir dessa sessão ($M_{IAT(1^a \text{ sessão})} = 5,17$; $M_{IAT(4^a \text{ sessão})} = 6,50$; $M_{IAT(8^a \text{ sessão})} = 6,53$; $M_{IAT(12^a \text{ sessão})} = 6,69$; e, $M_{IAT(16^a \text{ sessão})} = 6,47$; $DP = 0,56$).

Por seu turno, o *OQ-45.2* (Lambert & Burlingame, 1996; versão Portuguesa de Machado & Fassnacht, 2014) foi a medida de resultado utilizada para avaliar a presença de sintomatologia clinicamente significativa nas clientes de ambos os casos clínicos considerados, no momento da avaliação e, posteriormente, a cada quatro sessões. No caso clínico de desistência, a última avaliação foi realizada à oitava sessão; e, no caso clínico finalizado, a última avaliação foi realizada à 16ª.

O *OQ-45.2* permitiu, então, verificar a ausência de ganhos terapêuticos clinicamente significativos no caso clínico de desistência da primeira para a oitava sessões ($OQ-45.2_{1^a \text{ sessão}} = 83$; $OQ-45.2_{8^a \text{ sessão}} = 93$), contrariamente ao que se verificou no caso clínico finalizado, no qual se confirmou a presença de ganhos terapêuticos clinicamente significativos da primeira para a 16ª sessões ($OQ-45.2_{1^a \text{ sessão}} = 89$; $OQ-45.2_{16^a \text{ sessão}} = 14$). Esse julgamento foi informado pelo cálculo de um *Reliable Change Index* de 15 pontos e de um *cutoff* de 62, tal como proposto por Machado e Fassnacht (2014).

Procedimento de codificação

Ambos os casos clínicos foram integralmente transcritos previamente à sua codificação, num total de 1377 interações terapêuticas no caso clínico de desistência e 2439 no caso clínico finalizado. O processo de codificação envolveu seis etapas fundamentais, conduzidas pelo respetivo par de juízas: a) definição consensual da perspectiva problemática das clientes e das perspectivas potenciais/inovadoras correspondentes; b) preparação das sessões a ser codificadas; c) codificação

independente de cada uma das falas do terapeuta e das clientes para 50% das sessões no caso clínico de desistência e 30% das sessões no caso clínico finalizado; d) consenso entre as juízas de cada par relativamente às discrepâncias na codificação para as percentagens de sessões referidas; e) auditoria para as mesmas percentagens de sessões; e, f) codificação autónoma das sessões remanescentes de cada caso por uma das juízas de cada par.

Note-se que a percentagem de acordo inter-juízas foi calculada previamente ao consenso sobre as versões independentes da codificação das sessões de cada caso, tendo sido superior a 80% para ambos os casos, quer relativamente às intervenções do terapeuta quer relativamente às respostas das clientes. Tal percentagem é indicadora de um bom acordo entre as juízas dos respetivos pares (Almeida & Freire, 2000).

Procedimento de análise

O padrão de colaboração terapêutica ao longo das sessões do caso clínico de desistência e do caso clínico finalizado foi analisado por recurso ao método *State Space Grids* (SSGs; Lewis, Lamey, & Douglas, 1999; Lewis, Zimmerman, Hollenstein, & Lamey, 2004). Este método foi originalmente proposto no âmbito da Psicologia do Desenvolvimento para o estudo de duas ou mais séries de dados sincronizadas, de acordo com os princípios de aplicação a sistemas dinâmicos. Para além disso, o SSGs assenta na premissa de que duas ou mais séries de dados sincronizadas constituem um sistema dinâmico com um número finito de estados possíveis, designado por *State Space* (Thelen & Smith, 1994, citados por Lewis, 2000), em cujos estados que o saturam (isto é, resumem e explicam) em 80% da sua extensão são denominados de atratores.

No presente estudo, foram consideradas as intervenções do terapeuta e as respostas das clientes, para cada um dos casos clínicos em estudo separadamente, como duas séries de dados categoriais, dado que é a partir do resultado da combinação entre ambas que é definido o espaço interativo que descreve a posição da díade relativamente às ZDPT das clientes, momento a momento (Ribeiro et al., 2013). Assim sendo, as grelhas resultantes da análise de cada um dos casos são compostas por 18 células, correspondentes aos 18 episódios interativos possíveis de identificar com o SCCT (Ribeiro et al., 2013). Essas grelhas foram geradas através do *software* informático *GridWare (Version 1.1.)*, desenvolvido por Lamey, Hollenstein, Lewis, e Granic (2004),

nas quais as intervenções do terapeuta e as respostas das clientes definem os eixos y e x, respetivamente, de acordo com a sua duração (medida com base na contagem do número de palavras), momento a momento, ao longo das sessões de cada um dos casos. Aos atractores correspondem os episódios interativos que saturaram 80% de cada uma das sessões de cada caso, no decurso da terapia.

A título exemplificativo, a Figura 9 representa a grelha obtida a partir da análise da primeira sessão do caso clínico de desistência deste estudo (ver Anexos II e III para averiguar as grelhas obtidas na análise das restantes sessões do caso clínico de desistência e na totalidade das sessões do caso clínico finalizado, respetivamente). Na figura é visível um círculo sem preenchimento referente ao episódio interativo que deu início à sessão (neste exemplo, Suporte no problema – Segurança). Os restantes círculos com preenchimento representam episódios interativos mais salientes no decurso da sessão e o seu tamanho é tanto maior quanto maior tiver sido a sua duração. Já as setas que interligam os vários círculos indicam a direção da transição entre um dado episódio interativo e o seu subsequente, ao longo da sessão.

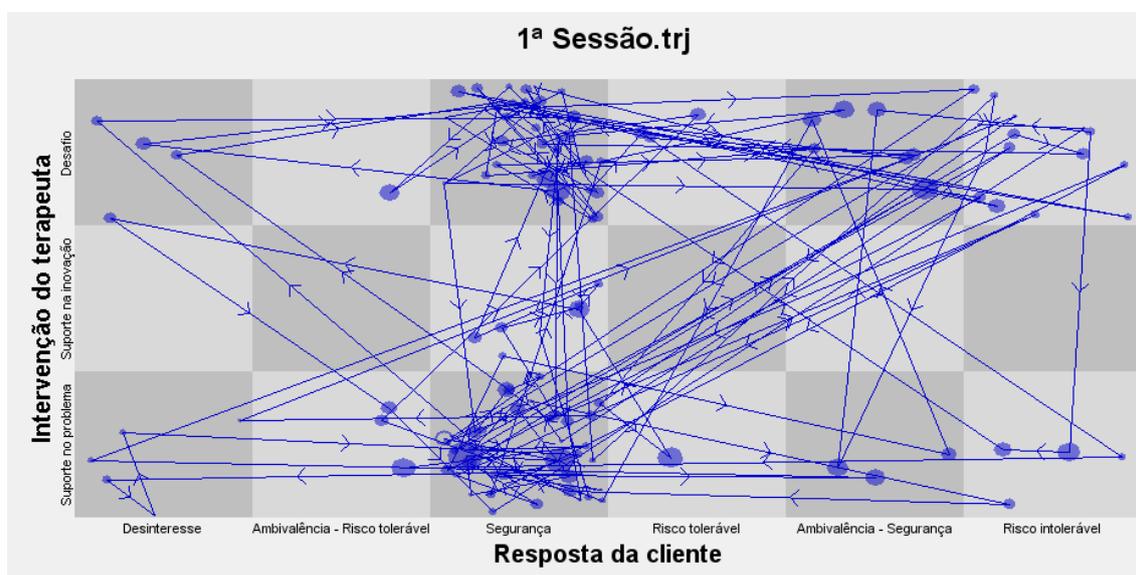


Figura 9. Grelha exemplificativa obtida por recurso ao *GridWare* na primeira sessão do caso clínico de desistência.

O cálculo dos atractores do caso clínico de desistência e do caso clínico finalizado foi realizado de acordo com o procedimento *winning*, desenvolvido por Lewis e coautores (1999), que consiste num procedimento quantitativo baseado na duração cumulativa de um estado específico (isto é, de um dado episódio interativo).

Neste estudo, o procedimento iniciou-se com todos os episódios interativos que ocorreram em cada uma das sessões de cada um dos casos clínicos, prosseguindo com a exclusão dos episódios interativos que mais contribuíram para a heterogeneidade da interação de cada uma das díades, a começar com os de menor duração, um a um. Este procedimento foi então repetido até que os episódios interativos restantes na análise fossem considerados homogêneos (isto é, contribuísem para 80% da variância da interação em cada uma das sessões de cada caso).

No exemplo da Figura 9, os atractores verificados corresponderam aos episódios interativos de Suporte no problema – Segurança e Desafio – Segurança, que pela observação direta da figura parecem realmente ter tido uma duração superior em relação aos restantes episódios interativos ocorridos, tal como foi posteriormente comprovado por recurso ao procedimento *winnowing* (Lewis et al., 1999). Por sua vez, o padrão de (não)restabelecimento da colaboração terapêutica, após os episódios interativos de Desafio – Risco intolerável identificados como atractores distintivos ao longo dos dois casos clínicos em estudo, foi analisado de forma descritiva, com base nos índices percentuais do efetivo restabelecimento ou não restabelecimento da colaboração terapêutica, ao longo das sessões de ambos os casos.

RESULTADOS

Como é que se caracterizou o padrão de colaboração terapêutica num caso clínico de desistência e insucesso e num caso clínico finalizado com sucesso, ao longo das sessões?

No caso clínico de desistência foram identificados 19 atractores distribuídos pelas nove sessões que o compuseram. A Figura 10 representa o total de atractores encontrados no caso, por referência ao espaço interativo definido pela sincronização das intervenções do terapeuta com as respostas da cliente, em termos da sua duração, momento a momento, ao longo das suas sessões.

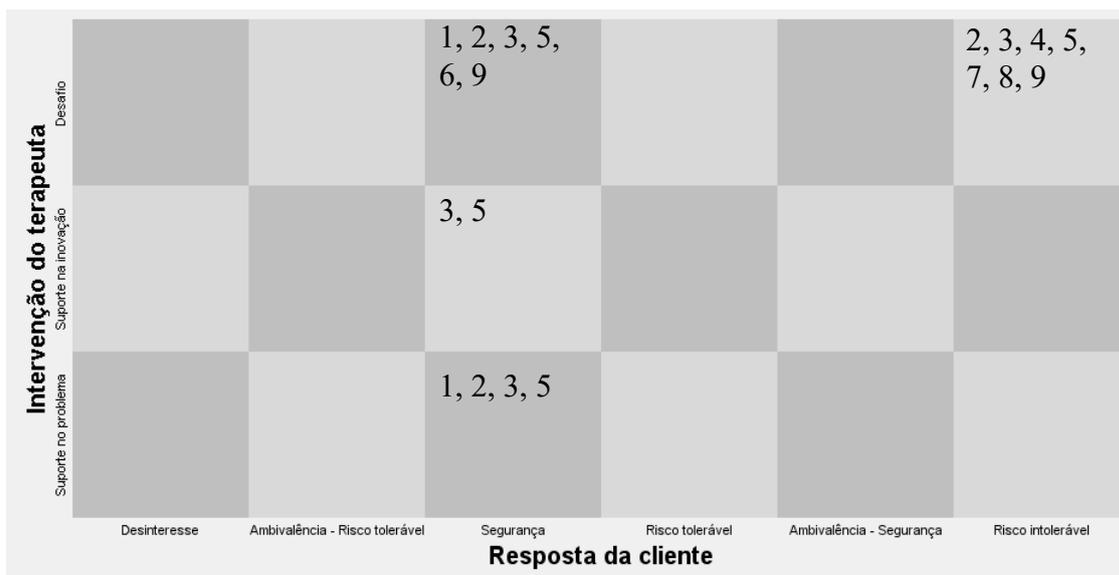


Figura 10. Atratores de colaboração encontrados no caso clínico de desistência.

Tal como se pode observar a partir da Figura 10, os atratores identificados resumiram-se aos episódios interativos definidos pela combinação entre qualquer um dos tipos de intervenção do terapeuta e as respostas de Segurança por parte da cliente (colocando a interação da díade dentro da ZDPT da cliente, próxima do seu nível de desenvolvimento atual, em 66,67% das sessões do caso) ou entre a intervenção de Desafio do terapeuta e a resposta de Risco intolerável por parte da cliente (colocando a interação da díade para além da ZDPT da cliente, em 33,33% das sessões do caso). O episódio interativo de Desafio – Segurança foi o único atrator identificado na sexta sessão, e o episódio interativo de Desafio – Risco intolerável foi atrator exclusivo na quarta, sétima e oitava sessões. Já nas restantes sessões verificou-se a confluência de dois ou mais atratores (por exemplo, na primeira sessão verificou-se a coocorrência dos atratores relativos aos episódios interativos de Suporte no problema – Segurança e Desafio – Segurança, ao passo que na terceira e quinta sessões se verificou a coocorrência de todos os tipos de atratores identificados na totalidade das sessões do caso).

A Ilustração 1, a seguir apresentada, pretende retratar um dos episódios interativos de Desafio – Segurança, identificados como atrator exclusivo na sexta sessão do caso clínico de desistência. No exemplo, ao adotar a linguagem externalizadora típica da TN (contrastante com a linguagem internalizadora habitualmente adotada pela cliente), o terapeuta realizou a sua intervenção de modo a sumariar as principais conclusões decorrentes do diálogo terapêutico prévio e a

promover insight na cliente. A cliente validou, então, a intervenção do terapeuta, confirmando o seu conteúdo de forma minimal, e assim contribuindo para a manutenção da interação da díade dentro da sua ZDPT, num nível em cuja sua experiência de segurança foi indicadora de que a proposta do terapeuta foi compatível com o seu nível de desenvolvimento atual.

Ilustração 1

Episódio interativo de Desafio – Segurança ocorrido na sexta sessão do caso clínico de desistência

T. – Ok... De qualquer maneira, isto que nós temos aqui mostra uma coisa interessante: que é se... Que o desgosto faz muito com que... Faz com que tu não consigas pensar no futuro... Não é? E não consigas... Faz com que fiques triste e com que faças ainda mais coisas para ficar ainda mais triste... Ah... Também faz com que não penses em ti, não te preocupes contigo e não gostes de ti, não é?

C. – É.

Nota. T. Terapeuta; C. Cliente.

No seguimento, a Ilustração 2 visa apresentar um dos episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, identificados como atrator exclusivo na sétima sessão do mesmo caso. Imediatamente antes da intervenção do terapeuta, a cliente tinha afirmado depender do ex-namorado para ser feliz, à semelhança do que havia já feito outras vezes na própria sessão e nas sessões anteriores do caso. Na sequência de várias tentativas para desconstruir tal discurso, o terapeuta confrontou a cliente diretamente, esperando promover na cliente algum *insight* acerca dos aspetos negativos de tal premissa. A cliente invalidou a intervenção do terapeuta, defendendo a sua perspetiva habitual, e assim colocando a interação da díade terapêutica fora da sua ZDPT, ao sinalizar com a sua resposta uma experiência de ameaça ou risco intolerável para si.

Ilustração 2

Episódio interativo de Desafio – Risco intolerável ocorrido na sétima sessão do caso clínico de desistência

T. – Ok... E isso não te preocupa?

C. – Não me preocupa porque é assim: mesmo quando... É assim: as pessoas dizem que tem que se... Não se deve depender de ninguém e nós é acima de tudo, pensar em nós...

Acima de tudo... Eu não. Eu: primeiro ele. Primeiro está ele. Depois penso em mim e nos outros.

Nota. T. Terapeuta; C. Cliente.

Por sua vez, no caso clínico finalizado foram identificados 40 atractores, distribuídos pelas 19 sessões que o compuseram. A Figura 11 sintetiza a distribuição dos atractores identificados no caso, ao longo das suas sessões.

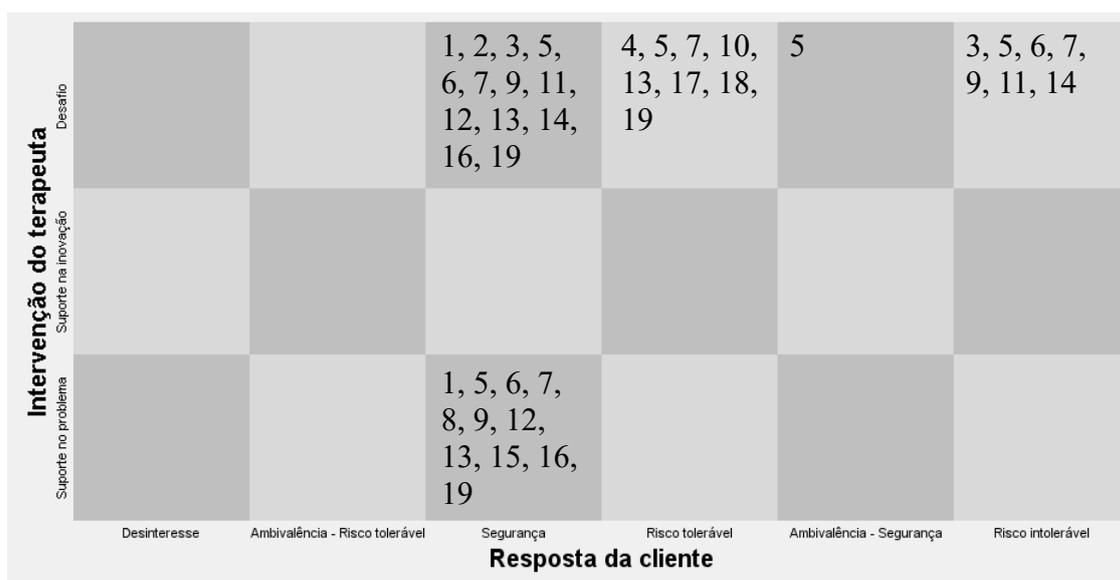


Figura 11. Atractores de colaboração identificados no caso clínico finalizado.

No que diz respeito à interação da díade dentro da ZDPT da cliente, os atractores identificados ao longo do caso incluíram os episódios interativos de Suporte no problema – Segurança (atractor exclusivo na oitava sessão), de Desafio – Segurança (atractor exclusivo na segunda sessão), e de Desafio – Risco tolerável (atractor exclusivo na quarta, 10^a, 17^a e 18^a sessões), estando os dois primeiros mais próximos do nível de desenvolvimento atual da cliente (representando 60,00% da totalidade de atractores identificados no caso) e o último mais próximo do seu nível de desenvolvimento potencial (representando 20,00% da mesma).

A Ilustração 3 pretende retratar um dos episódios interativos de Suporte no problema – Segurança, identificados como atractor exclusivo da oitava sessão do caso clínico finalizado. Neste episódio, o terapeuta procurou confirmar o discurso prévio da cliente acerca das suas dificuldades de concentração no trabalho. A cliente validou a intervenção do terapeuta, confirmando-a e fornecendo alguma informação

complementar no sentido de explicitar, melhor ainda, as suas dificuldades. A interação da díade foi, por isso, colaborativa, tendo ocorrido dentro da ZDPT da cliente, próxima do seu nível de desenvolvimento atual e perspectiva problemática.

Ilustração 3

Episódio interativo de Suporte no problema – Segurança ocorrido na oitava sessão do caso clínico finalizado

T. – Por isso, se eu percebi bem, o que acontece é que a Ana está a fazer uma coisa, depois entretanto vê que há outra que é preciso fazer. E deixa aquela para começar a outra e depois...

C. – É mais ou menos isso, é. Ou como acontece muitas vezes (mesmo muita vezes)... Isso é o pior que me pode acontecer. Quando estou a trabalhar e começam a chegar os funcionários. Eu tenho a minha tarefa. Depois tenho que arranjar tarefas para todos os funcionários. Eu estou a pensar nas minhas tarefas e vai um: “D. Ana, o que é que eu faço agora?”; e depois: “O que é que eu vou fazer agora?”; e agora: “O que é que eu vou fazer agora?”... E eu às vezes chego a um ponto em que: “Olha, espera um bocadinho que eu já te vou dizer.” Porque eu fico completamente baralhada. Mas isso eu acho que é... de ser muita chamada ao mesmo tempo, muitas vezes chamada. (...)

Nota. T. Terapeuta; C. Cliente.

Por sua vez, a Ilustração 4 representa um dos episódios interativos de Desafio – Segurança identificados como atrator exclusivo da quarta sessão do mesmo caso. Neste exemplo, ao adotar a linguagem externalizadora típica da TN (contrastante com a linguagem internalizadora adotada pela cliente nas suas falas imediatamente anteriores), o terapeuta realizou a sua intervenção de modo a orientar a cliente para o tipo de linguagem pretendido, bem como a denotar alguns exemplos previamente discutidos acerca das consequências do “parasita” (nome atribuído ao problema da cliente, no âmbito dos princípios da TN; e.g., White & Epston, 1990) para a sua vida. A cliente validou a intervenção do terapeuta, confirmando-a e fazendo referência à frequência em que o exemplo referido se verificava, assim assegurando a colaboração da díade, dentro da sua ZDPT, próxima do seu nível de desenvolvimento atual e perspectiva problemática.

Ilustração 4

Episódio interativo de Desafio – Segurança ocorrido na quarta sessão do caso clínico finalizado

T. – Eu recordo que antes a Ana me dava alguns exemplos muito concretos de algumas coisas que o parasita conseguia. Estou-me a lembrar, por exemplo, pegando até na ideia da relação com o filhote, que a Ana me dizia que acontecia às vezes estar a contar histórias ao filhote e que depois acabava por chegar ao fim e não se recordar, e se sentia...

C. – Muitas vezes sim. Muitas vezes.

Nota. T. Terapeuta; C. Cliente.

Por fim, a título de exemplo, a Ilustração 5 representa um dos episódios interativos de Desafio – Risco tolerável, identificados como atractor na quarta sessão do caso clínico finalizado. Previamente a este episódio, terapeuta e cliente exploravam o facto de a cliente estar a conseguir algumas mudanças relativamente às suas dificuldades de gestão do stresse no trabalho, encontrando-se agora mais calma e serena nesse contexto – algo denotado inclusivamente pelas pessoas que lhe eram próximas (nomeadamente, o marido e os filhos). Com a sua intervenção, o terapeuta enfatizou essas mudanças, tendo produzido na cliente o *insight* de que o modo como se sente e exprime na relação com os outros tem também influência no seu estado afetivo.

Ilustração 5

Episódio interativo de Desafio – Risco tolerável ocorrido na quarta sessão do caso clínico finalizado

T. – Hum-hum. Ok. É curioso, Ana, o facto de esta calma, esta serenidade, não ser só sua, ser para toda a gente. Ou seja, como se não fosse uma coisa só da Ana. A Ana consegue de alguma maneira ir transferindo isso para outras pessoas...

C. – Claro. Então, se alguém está chateado em casa, eu também fico chateada, não é? Por muito que tente não... É óbvio que a gente fica. Eu costumo dizer: “Só não sente quem não é filho de boa gente.”. E a mesma coisa se estiver irritada: ao falar de uma maneira mais nervosa para os miúdos, estou-lhes a transmitir também um certo nervosismo, eles também vão ficar assim. Se eu lhes transmitir serenidade eles vão ficar serenos.

Nota. T. Terapeuta; C. Cliente.

No que se refere à interação da díade nos limites da ZDPT da cliente, o único episódio interativo identificado como atrator foi o de Desafio – Ambivalência com movimento para a segurança, não tendo sido exclusivo em nenhuma das sessões do caso (e representando apenas 2,50% da totalidade de atratores identificados no caso). Finalmente, fora da ZDPT da cliente, o episódio interativo de Desafio – Risco intolerável foi o único atrator identificado, não tendo sido igualmente exclusivo em nenhuma das sessões e representando 17,50% da totalidade dos atratores do caso.

Do ponto de vista comparativo, da identificação dos episódios interativos atratores em ambos os casos clínicos ressaltamos que: 1) em ambos os casos foram identificados episódios interativos atratores de Suporte no problema – Segurança, Desafio – Segurança e Desafio – Risco intolerável, tendo sido superior a duração total dos de natureza colaborativa (representando 63,16% dos atratores identificados no caso clínico de desistência e 80,00% dos atratores identificados no caso clínico finalizado) do que dos de natureza não colaborativa (correspondentes a 36,84% e 20,00% dos atratores identificados nos casos clínicos de desistência e finalizado, respetivamente); 2) no caso clínico de desistência foram identificados episódios interativos atratores de Suporte na inovação – Segurança, ao passo que o mesmo não foi verificado no caso clínico finalizado; e, 3) no caso clínico finalizado foram identificados episódios interativos atratores de Desafio – Risco tolerável (ver Ilustração 5) e Desafio – Ambivalência com movimento para a segurança, ao passo que o mesmo não foi verificado no caso clínico de desistência. Por fim, dos episódios interativos atratores comuns a ambos os casos, o episódio interativo atrator de Desafio – Risco intolerável parece, contudo, ter apresentado um padrão distinto entre os casos, dado ter ocorrido em exclusivo em três das sessões do caso clínico de desistência nas quais foi identificado e ter ocorrido sempre em confluência com outro ou outros episódios interativos atratores mais colaborativos nas sessões do caso clínico finalizado.

Como é que se caracterizou o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica num caso clínico de desistência e insucesso e num caso clínico finalizado com sucesso, após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, ao longo das sessões?

Por forma a responder a esta questão de investigação, foi realizada a análise descritiva de todos os episódios interativos de Desafio – Risco intolerável identificados

ao longo da totalidade das sessões do caso clínico de desistência e do caso clínico finalizado, independentemente de terem ou não sido identificados como atratores por recurso ao método *SSGs* (Lewis et al., 1999, 2004). O restabelecimento ou não da colaboração terapêutica após esses episódios foi definido em função do tipo de episódios subsequentes, de acordo com o SCCT (E. Ribeiro et al., 2013). Assim, se aos episódios interativos de Desafio – Risco intolerável se sucederam episódios interativos de natureza colaborativa, reposicionando a interação da díade dentro da ZDPT das clientes, considerou-se estar assegurado o restabelecimento da colaboração terapêutica; por outro lado, se a esses episódios se sucederam episódios de natureza não colaborativa ou de ambivalência, assim mantendo-se a interação da díade fora ou nos limites da ZDPT das clientes, considerou-se não estar assegurado o restabelecimento da colaboração terapêutica.

No caso clínico de desistência, a colaboração terapêutica tendeu a não ser restabelecida após os episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, ao longo de todas as sessões que o compuseram (entre 53,33% e 77,14% das vezes), à exceção do que aconteceu na quinta sessão (em apenas 31,58% das vezes). A Figura 12 mostra a percentagem de (não)restabelecimento da colaboração terapêutica em cada uma das sessões do caso clínico de desistência após esses episódios.

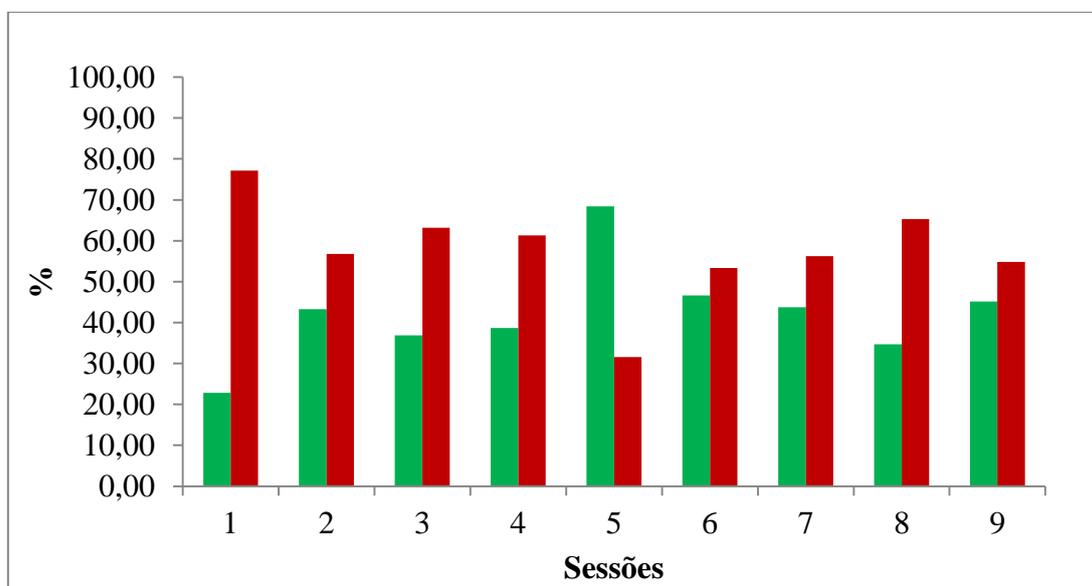


Figura 12. (Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica no caso clínico de desistência após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável. Verde: Restabelecimento; Vermelho: Não restabelecimento.

Por sua vez, no caso clínico finalizado, a colaboração entre o terapeuta e a cliente não foi restabelecida em 47,37% das sessões (quinta, sexta, sétima, 11^a, 12^a, 14^a, 15^a, 16^a e 17^a sessões, entre 52,00% e 68,42% das vezes) e foi restabelecida em 42,11% das sessões (primeira, segunda, terceira, quarta, 10^a, 13^a, 18^a e 19^a sessões, entre 57,14% e 68,75% das vezes), tendo havido um igual índice percentual de restabelecimento e não restabelecimento (50%) da mesma em 10,53% das sessões (nomeadamente, na oitava e nona sessões), após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável. A Figura 13 representa a percentagem de (não)restabelecimento da colaboração terapêutica em cada uma das sessões do caso clínico finalizado após esses episódios.

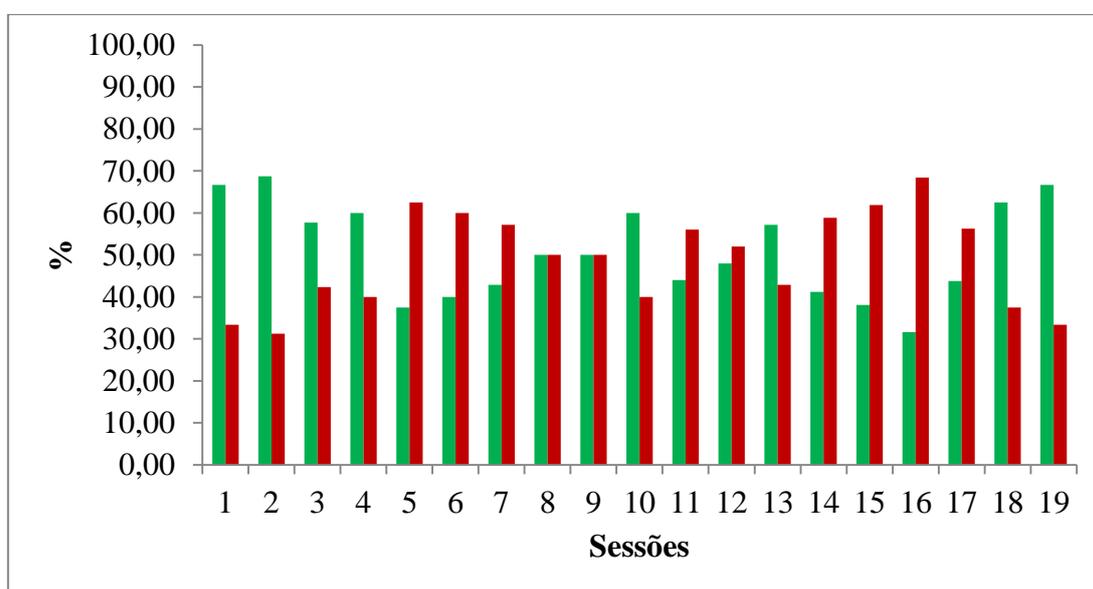


Figura 13. (Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica no caso clínico finalizado após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável. Verde: Restabelecimento; Vermelho: Não restabelecimento.

Da análise comparativa entre o caso clínico de desistência e o caso clínico finalizado, ressalta o facto de a interação das respetivas díades terapêuticas ter apresentado um comportamento diametralmente oposto nas primeiras e nas últimas sessões dos casos, relativamente ao padrão de (não)restabelecimento da colaboração terapêutica após os episódios interativos de Desafio – Risco intolerável. Efetivamente, nas primeiras quatro sessões do caso clínico de desistência a colaboração foi maioritariamente não restabelecida, contrariamente ao que aconteceu no caso clínico finalizado; e, nas últimas duas sessões do caso clínico finalizado a colaboração entre o terapeuta e a cliente tendeu a ser restabelecida, contrariamente ao que se verificou no caso clínico de desistência, após as quais a cliente não retomou o processo.

Curiosamente, nas sessões 8 e 9 do caso clínico finalizado (sessões pré-desistência no outro dos casos em estudo) verificou-se um maior equilíbrio relativamente ao (não)restabelecimento da colaboração terapêutica.

A título exemplificativo, a Ilustração 6 pretende retratar um dos episódios interativos indicador do não restabelecimento da colaboração terapêutica após um episódio de Desafio – Risco intolerável na interação entre a díade, ocorrido na segunda sessão do caso clínico de desistência. O primeiro par de falas do terapeuta e da cliente corresponde a um episódio de Desafio – Risco intolerável, no qual o terapeuta convidou a cliente a refletir acerca de uma possível solução para o seu problema e a cliente respondeu de modo sarcástico, denotando a sua experiência de Risco intolerável e colocando a interação da díade fora dos limites da sua ZDPT, numa zona de não colaboração entre ambos. Na sua segunda intervenção (que marca o início de um novo episódio interativo), o terapeuta insistiu no seu Desafio prévio e procurou especificar a resposta prévia da cliente. A cliente centrou-se na sua perspetiva habitual, sendo incapaz de equacionar perspetivas alternativas para o seu problema, que não a retoma da relação com o ex-namorado (algo que, tal como discutido ao longo do processo, a mantinha “refém” do problema).

Ilustração 6

Não restabelecimento da colaboração terapêutica na segunda sessão do caso clínico de desistência, após um episódio interativo de Desafio – Risco intolerável

T. – (...) O que estava aqui a pensar era: quando falamos de solução estamos a falar de quê?

C. – Uma solução é uma solução.

T. – Que é qual?

C. – Que é eu voltar para ele. Para mim, essa é a solução. (...) As pessoas dizem que a solução é ir-me distrair, tentar esquecê-lo... Essa é a... Essa é a solução. Mas para mim não é solução isso. Porque eu não consigo esquecê-lo, eu não quero esquecê-lo, não tenho vontade de o esquecer, não quero. Para mim a única solução ou... (...) A única solução... Agora só vejo uma coisa à frente: vejo-o a ele e... A única solução é ele e mais nada.

Nota. T. Terapeuta; C. Cliente. A sublinhado, episódio interativo indicador do não restabelecimento da colaboração terapêutica entre a díade.

Por fim, a Ilustração 7 representa um dos episódios interativos indicador do restabelecimento da colaboração terapêutica após um episódio de Desafio – Risco intolerável na interação entre a díade, ocorrido na segunda sessão do caso clínico finalizado. Previamente ao excerto apresentado, o diálogo entre terapeuta e cliente desenvolveu-se em torno da crença da cliente de que o mundo é um lugar perigoso e, por isso, o controlo é necessário. Ainda assim, a cliente diferenciava-se da irmã, para quem o controlo sobre o mundo parecia assumir uma importância bastante superior, prejudicando inclusivamente o desenvolvimento da sua filha, por contraposição com os filhos da cliente, que, apesar de tudo, tinham uma maior liberdade de movimentos do que a sua sobrinha. Na sua primeira intervenção, o terapeuta interpretou isso mesmo, reformulando nas suas próprias palavras aquilo que estava implícito no discurso prévio da cliente, e a cliente invalidou essa sua intervenção, envolvendo-se muito pouco na sua resposta e assim colocando a interação da díade fora da sua ZDPT. Na sua segunda fala, o terapeuta insistiu na sua intervenção anterior, orientando a cliente para um exemplo específico daquilo que tinha previamente interpretado. A cliente validou, então, a intervenção do terapeuta, elaborando a sua resposta no sentido do *insight* pretendido.

Ilustração 7

Restabelecimento da colaboração terapêutica na segunda sessão do caso clínico finalizado, após um episódio interativo de Desafio – Risco intolerável

T. – Ok. Hum-hum. Isso quer dizer que o controlo, a verificação acaba por prejudicar também?

C. – Não sei...

T. – Hum-hum. Quando por exemplo me falava da sobrinha, e da irmã que tem um acompanhamento tão próximo...

C. – Ah! Prejudica muito, muito, muito. Muito, muito, muito. Porque eu acho que... A minha sobrinha tem 20 anos. Ela não tem um amigo, não tem uma amiga, nunca teve um namorado, não sai à noite, não conhece um bar, não conhece... E eu disse assim: “Ah, eu estou ficar cota, mas eu quando os meus filhos forem para a discoteca eu quero ir com vocês; eu quero ser a primeira a ser convidada, eu e o papá.”. Porque eu gostava de ter assim um relacionamento com os meus filhos. Enquanto que a minha irmã não, a minha irmã... Primeiro, o meu cunhado é bastante mais velho que a minha irmã... E a miúda ia a um jantar com as colegas, o jantar era às nove, às nove e dez o meu cunhado estava lá para trazer a miúda para casa... Quer dizer, não tem cabimento nenhum. E a

miúda agora sente que ninguém gosta dela, que não tem amigos, não tem namorado, não tem nada. Depois ela diz-me assim: “Só gostava de ser como tu, titi, porque tu vais aqui ou vais ali com os teus colegas, e...” (...).

Nota. T. Terapeuta; C. Cliente. A sublinhado, episódio interativo indicador do restabelecimento da colaboração terapêutica entre a díade.

DISCUSSÃO

Assumindo que a qualidade da interação terapêutica se constitui como um fator crítico na decisão dos clientes para completarem ou abandonarem a terapia (Corning et al., 2007), neste estudo procurámos caracterizar o padrão de colaboração terapêutica, num caso clínico de desistência e num caso clínico finalizado, com resultados terapêuticos contrastantes (insucesso e sucesso, respetivamente). Interessava-nos, pois, compreender de que modo é que a articulação entre a interação terapêutica e a mudança do cliente poderá contribuir para uma finalização adequada ou prematura da terapia.

No seguimento da análise realizada por recurso ao método *SSGs* (Lewis et al., 1999, 2004), verificámos uma tendência para a díade do caso clínico de desistência interagir dentro da ZDPT da cliente, próxima do seu nível de desenvolvimento atual (representada por 66,67% da totalidade dos atratores identificados), ou fora da ZDPT da cliente, para além do que para si era tolerável (representada por 33,33% dessa mesma totalidade). Efetivamente, a cliente desistente demonstrou uma tendência para oscilar entre experiências de Segurança e de Risco intolerável, não tendo sido capaz de avançar na sua ZDPT para níveis de desenvolvimento compatíveis com a mudança esperada, como o demonstra a ausência de episódios atratores cuja resposta da cliente tenha sido de Risco tolerável. Este resultado, que emergiu da análise da colaboração por recurso ao método *SSGs*, é consistente com a ausência de mudança clinicamente significativa por si apresentada e medida por recurso ao *OQ-45.2* (Machado & Fassnacht, 2014), da primeira para a última avaliações.

Já no caso clínico finalizado, embora também se tenha verificado uma maior tendência para a díade interagir dentro da ZDPT da cliente, próxima do seu nível de desenvolvimento atual (correspondente à identificação de 60,00% da totalidade dos atratores do caso), a análise realizada permitiu captar avanços consistentes da cliente em direção a níveis superiores de desenvolvimento, não captados no caso da cliente desistente. Efetivamente, no caso clínico finalizado, 20,00% dos atratores identificados

corresponderam a episódios interativos de Desafio – Risco tolerável, pressupondo o avanço da cliente na sua ZDPT no sentido da mudança e sendo este resultado consistente com a aferição de mudança clinicamente significativa realizada, da sua primeira para a sua última avaliações, por recurso ao *OQ-45.2* (Machado & Fassnacht, 2014).

Curiosamente, embora ambas as díades tenham interagido maioritariamente dentro das ZDPT das clientes, verificou-se uma percentagem considerável de interações fora das suas ZDPT em ambos os casos. Recorde-se que, no caso clínico de desistência, terapeuta e cliente interagiram fora da ZDPT da cliente em 33,33% dos atratores do caso, e que no caso clínico finalizado tal se verificou em 17,50% dos respetivos atratores (ainda assim, cerca de metade em comparação com o primeiro caso). Essas interações corresponderam exclusivamente a episódios de Desafio – Risco intolerável em ambos os casos, resultantes da incapacidade das clientes considerarem e/ou aceitarem perspetivas alternativas propostas pelo terapeuta, quer no sentido de promoverem o *insight* acerca dos seus problemas quer no sentido de potenciarem a emergência de novidade nas respetivas experiências. Ainda assim, a percentagem deste tipo de atratores foi superior no caso clínico de desistência, próxima do dobro em comparação com o verificado no caso clínico finalizado. Para além disso, é curioso notar que nas sessões em que o episódio interativo de Desafio – Risco intolerável foi identificado como atrator, no caso clínico finalizado parece ter havido um maior equilíbrio na interação da díade, ora mantendo o trabalho terapêutico fora ou no limite da ZDPT da cliente ora reposicionando-o dentro da mesma. Esse equilíbrio parece não ter sido igualmente conseguido no caso clínico de desistência, especialmente nas sessões quatro, sete e oito, nas quais o episódio interativo de Desafio – Risco intolerável foi o único atrator identificado. Tal significa que nessas sessões em particular, a interação da díade se demorou em sequências interativas de não colaboração, ocorridas para além dos limites da ZDPT da cliente e potencialmente prejudiciais para a relação terapêutica e para a mudança da própria, colocando em causa a viabilidade do próprio sistema díade terapêutica, isto é, a própria manutenção da cliente na terapia.

Estes resultados indicam o desenvolvimento de diferentes padrões de colaboração entre as díades do caso clínico de desistência e do caso clínico finalizado, que podem ser alicerçados, por um lado, em diferentes expectativas e níveis de prontidão para a mudança por parte das clientes e, por outro lado, em diferentes modos de resposta do terapeuta às necessidades sinalizadas pelas mesmas. A este propósito, importa

relembrar o facto de a cliente desistente ter assumido, desde cedo no processo, a sua desesperança e desmotivação face ao mesmo, tendo a sua procura de ajuda resultado da recomendação do psiquiatra que a acompanhava e da pressão dos pais e familiares mais próximos para o fazer: “Mandou-me vir aqui [referindo-se ao psiquiatra]”; “Vim pelos meus pais. Não foi por força de vontade.”. Recorde-se ainda que a cliente se debatia inclusivamente com a adesão à medicação proposta pelo psiquiatra (“Não faz nada.”), tendo essa questão sido diretamente abordada várias vezes no contexto da psicoterapia. Logo na primeira sessão dizia: “Sinto que cada vez que falo nisto [problema], cada vez que venho aqui e cada vez que... Não sei, acho que é pior. Sinto-me pior.”; “Eu cheguei a um ponto em que acho que ninguém pode fazer nada.”; “Acho que isto não tem solução.”; “Perdi as esperanças.”.

Por sua vez, a procura de ajuda por parte da cliente que completou o protocolo terapêutico resultou da sua clara iniciativa individual, no seguimento do reconhecimento das suas dificuldades e necessidade de acompanhamento: “Isto não é normal”, costumava dizer, assumindo estranheza e diferenciando-se do problema. Efetivamente, não obstante momentos de tensão, Ana demonstrou-se, desde cedo, muito envolvida no processo, tendo pedido várias vezes aconselhamento ao terapeuta de forma bastante direta, revelado interesse no seu julgamento enquanto perito e acatado muitas vezes as suas propostas, tal como foi possível verificar pela duração mais longa de episódios interativos ocorridos dentro da sua ZDPT, nomeadamente próximos do seu nível de desenvolvimento potencial, desde logo na primeira sessão: “É isso que eu sinto, que estou a perder capacidades, que estou... E acho que não devia ser assim.”; “Fico assim a pensar: realmente o Dr. [referindo-se ao terapeuta] falou disto assim-assim [na sessão de triagem]; realmente tem razão. E eu fico naquela... Começo a pensar de outra maneira, o que se calhar também é bom, também começo a sentir alguns frutos.”.

Posto isto, as evidências empíricas segundo as quais cerca de 40% dos clientes que abandonam prematuramente os seus processos não avançam para além da fase de pré-contemplação no que à mudança diz respeito (Brogan, Prochaska, & Prochaska, 1999), sendo comum apresentarem-se como menos motivados, expectantes e comprometidos para com o trabalho terapêutico (Bachelor, Laverdière, Gamache, & Bordeleau 2007; Bordin, 1979; Reis & Brown, 1999; Tryon & Winograd, 2001, 2002; Wierzbicki & Pekarik, 1993), parecem suportar o modo como a cliente desistente terá contribuído para o padrão de interação estabelecido com o terapeuta no respetivo caso.

No que diz respeito à contribuição do terapeuta para a interação terapêutica, esta parece ter-se efetivamente distinguido em função do caso clínico considerado, na medida em que o terapeuta parece ter sido mais capaz de responder às necessidades sinalizadas pela cliente do caso clínico finalizado do que pela cliente do caso clínico de desistência, assegurando um maior equilíbrio relativamente ao (não)restabelecimento da colaboração terapêutica no primeiro caso, particularmente após os episódios interativos atratores de Desafio – Risco intolerável. Na linha da proposta de Ribeiro (2009) e Sousa e Ribeiro (2009), este resultado sugere a necessidade premente de, na prática clínica, os terapeutas prestarem atenção às flutuações na motivação ou abertura dos clientes face ao processo de mudança, de forma a não invalidarem as suas perspetivas para além do que por eles é percebido como tolerável, bem como a potenciarem uma interação equilibrada, favorável à mudança terapêutica e à manutenção dos clientes na terapia.

Note-se, sobretudo, o facto de o não restabelecimento da colaboração terapêutica após os episódios interativos atratores de Desafio – Risco intolerável ter sido particularmente prevalente nas primeiras quatro sessões do caso clínico de desistência (ver Ilustração 6), o que sugere dificuldades no estabelecimento da aliança terapêutica neste caso (e.g., Bedi, Davis, & Williams, 2005; Roos & Werbart, 2013; Sharf, Primavera, & Diener, 2010). Adicionalmente, importa também referir a maior tendência ao não restabelecimento da colaboração após esses episódios nas duas últimas sessões pré-desistência do caso, como que sinalizando problemas sérios na interação entre o terapeuta e a cliente e anunciando o desfecho que se viria a verificar. Efetivamente, a avaliação da qualidade da aliança terapêutica realizada pela cliente desistente por recurso ao IAT (*WAI*; Horvath, 1982; versão Portuguesa de Machado & Horvath, 1999) sugere a formação e manutenção de uma aliança de qualidade relativamente baixa, desde a sua primeira até à sua última avaliação pré-desistência, tendo-se apenas verificado um ligeiro aumento da primeira para a quarta sessões e uma ligeira diminuição da quarta para a oitava sessões.

Pelo contrário, no caso clínico finalizado, as primeiras quatro sessões foram marcadas por uma maior tendência ao restabelecimento da colaboração terapêutica após os episódios interativos atratores de Desafio – Risco intolerável, sugerindo a formação de uma aliança de maior qualidade (ver Ilustração 7). Também as sessões intermédias do caso (nomeadamente, a oitava e a nona sessões, a partir das quais se verificou a desistência da Marta e a permanência da Ana na terapia) e as últimas duas sessões

foram caracterizadas por um maior restabelecimento da colaboração do que não restabelecimento, assim corroborando o padrão de interação colaborativo da díade, bem como o sucesso do caso. Note-se o facto de a cliente que completou a terapia ter avaliado, desde o início, a qualidade da aliança terapêutica como elevada, estável e tendencialmente crescente até à sua última avaliação (*WAI*; Horvath, 1982; *IAT*; versão Portuguesa de Machado & Horvath, 1999). Estes resultados parecem congruentes com os resultados do estudo prévio de Coutinho, Ribeiro, Sousa, e Safran (2014), no qual os autores verificaram que nos casos clínicos de desistência a avaliação da qualidade da aliança foi inferior e tendeu a aumentar na fase inicial da terapia, até à quinta sessão, diminuindo progressivamente a partir daí; ao passo que, nos casos clínicos finalizados com sucesso, os clientes tenderam a avaliar a qualidade da aliança como elevada, gradualmente crescente e estável, desde o início dos seus processos.

Em jeito de conclusão, os resultados deste estudo parecem validar a conceção de que as quebras na colaboração terapêutica são inevitáveis na generalidade dos casos clínicos, sendo de maior relevância a sua adequada gestão do que necessariamente o seu total evitamento (e.g., Ferreira et al., 2015; Ribeiro et al., 2014a, 2014b, 2016a, 2016b). Assim, parece-nos que será a capacidade de os terapeutas serem responsivos às necessidades dos clientes, momento a momento, atendendo a sinais de colaboração e/ou não colaboração, que poderá facilitar a manutenção dos clientes em terapia e prevenir a sua desistência.

Assim sendo, na linha do proposto por vários autores (e.g., Ferreira et al., 2015; Gabalda & Stiles, 2009; Huang, Hill, & Gelso, 2013; Meystre et al., 2014), consideramos que o treino e supervisão de terapeutas com foco na interação terapêutica e na imediácia e responsividade das suas intervenções poderão contribuir para a formação e desenvolvimento de alianças terapêuticas de qualidade, favoráveis à continuidade da terapia. Neste sentido, enquadrado no modelo conceptual de colaboração terapêutica proposto por Ribeiro e coautores (2013), o SCCT parece apresentar-se não só como uma ferramenta útil à investigação mas como uma potencial ferramenta de formação e prática clínicas, fornecendo indicadores de qualidade da interação entre os elementos da díade terapêutica facilitadores de uma monitorização mais imediata da mesma, ao longo dos processos.

Por fim, importa salientar a relevância deste estudo para a elaboração da teoria acerca dos micro-processos de mudança em psicoterapia (Stiles, 2009), não devendo contudo os seus resultados ser generalizados a outros casos clínicos. Poderia ser útil

proceder à replicação teórica e empírica deste estudo através de estudos de caso múltiplos e/ou de estudos com amostras de casos que permitissem a realização de análises inferenciais, no sentido de consolidar e validar estes resultados com diferentes casos, distintos não só em termos do seu tipo de finalização, mas também dos seus resultados. Consideramos, ainda, que o facto de os pares de juízas terem tido conhecimento prévio do resultado dos casos clínicos analisados se constitui como uma limitação do estudo, podendo ter, em algum momento, contribuído para um viés na codificação dos mesmos. No entanto, o elevado número de falas codificadas, quer respeitantes às intervenções do terapeuta quer respeitantes às respostas das clientes, bem como o nível elevado de acordo obtido por cada um dos pares de juízas para as suas codificações independentes parece atenuar tal limitação.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª Edição). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª edição, texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- 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. doi: 10.1037/0033-3204.44.2.175.
- Bedi, R., Davis, M., & Williams, M. (2005). Critical incidents in the formation of the therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 311–323. doi: 10.1037/0033-3204.42.3.311
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 3(16), 252–260. doi:10.1037/h0085885
- Brogan, M., Prochaska, J., & Prochaska, J. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy*, 36, 105–113.
- Corning, A., Malofeeva, E., & Buchianeri, M. (2007). Predicting termination type from client-therapist agreement on the severity of the presenting problem.

- Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2(44), 193–204. doi: 10.1037/0033-3204.44.2.193
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Safran, J. (2014). Comparing two methods of identifying alliance rupture events. *Psychotherapy*, 51(3), 434–442. doi: 10.1037/a0032171
- Corrêa, A. S. (2016). *Os acontecimentos significativos e a relação terapêutica: Compreendendo a mudança em psicoterapia*. Tese de doutoramento em Psicologia apresentada à Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga.
- Fernandes, E. M., Feixas, G., & Senra, J. (2009). *Psicoterapia construtivista: Um modelo centrado em dilemas*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Ferreira, A., Ribeiro, E., Pinto, D., Pereira, C., & Pinheiro, A. (2015). Colaboração terapêutica: Estudo comparativo de dois casos de insucesso terapêutico – Um caso finalizado e um caso de desistência. *Análise Psicológica*, 2(33), 165–177. doi: 10.14417/ap.938
- Gabalda, I. C., & Stiles, W. B. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, 2(17), 199–212. doi: 10.14417/ap.204
- Gonçalves, M. M., Loura, J., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Santos, A., & Matos, M. (2012). Interação terapêutica em momentos de ambivalência: Um estudo exploratório de um caso de insucesso. *Análise Psicológica*, 4(30), 467–490.
- Hollestein, T. (2013). *State space grids: Depicting dynamics across development*. New York: Springer.
- Huang, T., Hill, C., & Gelso, C. (2013). Psychotherapy engagers versus non-engagers: Differences in alliance, therapist verbal response modes, and client attachment. *Psychotherapy Research*, 23(5), 568–577. doi: 10.1080/10503307.2013.807378
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Lamey, A., Hollenstein, T., Lewis, M., & Granic, I. (2004). *The GridWare Manual (Version 1.1)*. [Programa de computador]. <http://statespacegrids.org>.
- 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. doi: 10.1093/ptr/11.3.311
- Lewis, M. (2000). The promise of dynamic systems approaches for an integrated account of human development. *Child development*, 71(1), 56–73. doi: 0009-3920/2000/7101-0005

- Lewis, M., Lamey, A. V., & Douglas, L. (1999). A new dynamic systems method for the analysis of early socioemotional development. *Development Science*, 2(4), 457–475. doi: 10.1111/1467-7687.00090
- Lewis, M., Zimmerman, S., Hollenstein, T., & Lamey, A. V. (2004). Reorganization in coping behavior at 1 1/2 years: dynamic systems and normative change. *Developmental Science*, 7(1), 56–73. doi: 10.1111/j.1467-7687.2004.00323.x
- Lopes, R., Gonçalves, M., Machado, P., Fassnacht, D., & Sousa, I. (2014a). Long-term effects of psychotherapy for moderate depression: A comparative study of narrative therapy with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Affective Disorders*, 167, 64–73. doi: 10.1016/j.jad.2014.05.042
- Lopes, R., Gonçalves, M., Machado, P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014b). Narrative therapy vs. cognitive-behavioral therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, 24(6), 662–674. doi: 10.1080/10503307.2013.874052
- Machado, P. P. P., & Fassnacht, D. (2014). The Portuguese version of the outcome questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 427–437. doi: 10.1111/papt.12048
- Machado, P. P. P., & Horvath, A. O. (1999). Inventário da aliança terapêutica – WAI. In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (volume 2, pp. 89–94). Braga: APPORT/SHO.
- Meystre, C., Kramer, U., Roten, Y., Despland, J., & Stiles, W. B. (2014). How psychotherapy exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the assimilation model. *Counseling and Psychotherapy Research*, 14(1), 29–41. doi: 10.1080/14733145.2013.782056
- Reis, B., & Brown, L. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy*, 2(36), 123–136.
- Ribeiro, A. P., Braga, C., Stiles, W. B., Teixeira, P., Gonçalves, M. M., & Ribeiro, E. (2016a). Therapist interventions and cliente ambivalence in two cases of narrative therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 26(6), 681–693. doi: 10.1080/10503307.2016.1197439

- Ribeiro, E. (2009). A aliança terapêutica reconsiderada: Colaboração terapêutica em zonas de mudança proximal. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (pp. 167–181). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A. S., Stiles, W. B., Pires, N., Santos, B., Basto, I., & Salgado, J. (2016b). Therapeutic collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 26(6), 665–680. doi: 10.1080/10503307.2016.1208853
- Ribeiro, E., Fernandes, C., Santos, B., Ribeiro A., Coutinho, J., Angus, Lynne, & Greenberg, L. (2014). The development of therapeutic collaboration in a good outcome case of person-centered therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(2), 150–168. doi: 10.1080/14779757.2014.893250
- 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(3), 294–314. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x
- Ribeiro, E., Silveira, J., Senra, J., Azevedo, H., & Ferreira, A. (2017). *Colaboración terapéutica: Estudio comparativo de un caso de éxito y un caso de fracaso terapéutico, seguidos en terapia constructivista*. Manuscrito submetido para publicação.
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394–418. doi: 10.1080/10503307.2013.775528
- Sharf, J., Primavera, L., & Diener, M. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637–645. doi: 10.1037/a0021175
- Sousa, Z., & Ribeiro, E. (2009). Responsividade terapêutica como micro-processo da aliança. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (pp. 87–118). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Stiles, B. (2009). Logical operations in theory-building case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 2(5), 9–22.
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2001). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 38(4), 385–389.

- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 109–123). Oxford: University Press.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2(24), 190–195. doi: 10.1037/0735-7028.24.2.190

CAPÍTULO III
ANÁLISE DE CONVERSAÇÃO DAS AÇÕES DO TERAPEUTA E DO
CLIENTE APÓS EPISÓDIOS INTERATIVOS DE NÃO
COLABORAÇÃO, NUM CASO CLÍNICO DE DESISTÊNCIA E
INSUCESSO E NUM CASO CLÍNICO FINALIZADO COM SUCESSO

CAPÍTULO III – ANÁLISE DE CONVERSAÇÃO DAS AÇÕES DO TERAPEUTA E DO CLIENTE APÓS EPISÓDIOS INTERATIVOS DE NÃO COLABORAÇÃO, NUM CASO CLÍNICO DE DESISTÊNCIA E INSUCESSO E NUM CASO CLÍNICO FINALIZADO COM SUCESSO⁵

RESUMO

Neste estudo procurámos caracterizar as ações do terapeuta e das clientes após a indicação de uma quebra na colaboração terapêutica, com base na análise das sessões de dois casos clínicos (um de desistência e insucesso e outro finalizado com sucesso) por recurso à Análise de Conversação. Após uma proposta inicial de Desafio por parte do terapeuta, as clientes responderam de modo não colaborativo, experienciando Risco intolerável. No momento seguinte – denominado de terceira posição –, o terapeuta reagiu de formas diversas, promovendo uma nova resposta ou reação das clientes – a que propomos chamar de quarta posição. Com base na codificação previamente realizada por recurso ao Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica, averiguámos a associação entre as ações de terceira posição do terapeuta e as ações de quarta posição de cada uma das clientes e o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica, definidas com base na sua forma e características conversacionais. Foram analisadas 284 sequências de episódios interativos de Desafio – Risco intolerável e ações subsequentes no caso clínico de desistência e 409 sequências no caso clínico finalizado.

Verificámos que, tanto no caso clínico de desistência como no caso clínico finalizado, o terapeuta tendeu a insistir na sua intervenção anterior. Verificámos, ainda, que houve uma associação significativa entre as ações de insistência e desistência do terapeuta e o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica. Por sua vez, ambas as clientes tenderam a privilegiar respostas de desalinhamento face às ações prévias do terapeuta, tendo-se verificado uma associação significativa entre as várias categorias de ação das clientes e o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica. Serão discutidas as implicações teóricas e práticas destes resultados.

⁵ Este trabalho encontra-se em preparação para submissão de dois artigos a publicações internacionais em língua inglesa, em coautoria com a Professora Doutora Eugénia Ribeiro (orientadora desta tese) e as Mestres Cátia Vasconcelos, Ana Pinheiro, Helena Azevedo e Susana Oliveira, anteriormente colaboradoras da Equipa de Investigação em Relação Terapêutica (EIRT), com contribuições importantes ao nível da categorização e codificação dos casos clínicos analisados.

ABSTRACT

With this study we aimed to describe the therapist's and clients' actions after an indication of a break in the therapeutic collaboration, based on the analysis of two clinical cases (a poor outcome dropout and a good outcome completer), by using Conversational Analysis. After an initial proposal of Challenging by the therapist, the clients responded in a non-collaborative way, experiencing Intolerable risk. In the next moment – known as third position –, the therapist reacted in different ways, promoting a new response or reaction in clients – which we propose to name fourth position. Considering the previous coding using the Therapeutic Collaboration Coding System, we verified the association between the third position actions by the therapist and the fourth position actions by each one of the clients and the therapeutic collaboration (non)re-establishment, defined with basis on their form and conversational characteristics. A total of 284 sequences of interactive episodes of Challenging – Intolerable risk and subsequent actions were analysed in the dropout case, and 409 sequences in the completer case.

We noticed that, in both the dropout and completer cases, the therapist tended to insist on his previous intervention. We also noticed there was a significant association between the therapist's insist and quit actions and the therapeutic collaboration (non)re-establishment. In turn, both clients tended to privilege responses of misalignment in relation to the previous actions of the therapist. There was a significant association between all the clients' actions and the therapeutic collaboration (non)re-establishment. The theoretical and practical implications of these results will be discussed.

INTRODUÇÃO

Neste estudo de Análise de Conversação (AC; e.g., Jefferson, 2004) pretendemos caracterizar as ações do terapeuta e as ações das clientes de um caso clínico de desistência e insucesso e de um caso clínico finalizado e de sucesso, após a ocorrência de uma quebra na colaboração, correspondente ao episódio interativo de Desafio – Risco intolerável, definido de acordo com o modelo de colaboração terapêutica proposto por Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath, e Stiles (2013). Pretendemos, ainda, averiguar a associação entre essas ações do terapeuta e das clientes

de cada um dos casos e o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica, após os referidos episódios de não colaboração.

Grande parte dos estudos prévios realizados no âmbito do modelo de Ribeiro e coautores (2013) têm sido desenvolvidos de forma a descrever a interação terapêutica momento a momento, com base na frequência, proporção e/ou duração dos vários tipos de intervenção do terapeuta, resposta do cliente e episódio interativo resultante da combinação entre ambas, ao longo das sessões de um ou mais casos clínicos (e.g., Corrêa, 2016; Ferreira, Ribeiro, Pinto, Pereira, & Pinheiro, 2015; Gonçalves et al., 2012; Ribeiro et al., 2014a, 2014b, 2016a, 2016b; Ribeiro, Silveira, Senra, Azevedo, & Ferreira, 2017). Exemplos desses estudos são também os primeiros dois estudos que constituem a presente tese, segundo os quais foi verificada a proporção de uma dada intervenção do terapeuta após uma dada resposta do cliente e vice-versa, num conjunto de casos clínicos de desistência e insucesso seguidos em Terapia Narrativa (TN; ver Capítulo I), bem como a duração dos vários episódios interativos passíveis de identificar por recurso ao Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT; Ribeiro et al., 2013) ao longo das sessões de um desses casos clínicos de desistência e insucesso, em comparação com um caso clínico contrastante, finalizado e de sucesso, seguido pelo mesmo terapeuta e na mesma abordagem terapêutica, por recurso ao método *State Space Grids* (SSGs; Lewis, Lamey, & Douglas, 1999; Lewis, Zimmerman, Hollenstein, & Lamey, 2004; ver Capítulo II).

Em concordância com os resultados do estudo de Ferreira e coautores (2015), os resultados dos primeiros dois estudos desta tese sugerem duas conclusões fundamentais: 1) os casos clínicos de desistência e insucesso parecem caracterizar-se por uma elevada prevalência de episódios interativos não colaborativos entre terapeuta e cliente, crescente ao longo do tempo, quer do ponto de vista da sua frequência quer do ponto de vista da sua duração; e, 2) a duração de episódios interativos não colaborativos, em particular de Desafio – Risco intolerável, parece ser distintiva entre casos clínicos com diferentes tipos de finalização e resultado (desistência *versus* finalizado, com ou sem sucesso). Acresce ainda o facto de se ter verificado, no segundo estudo da presente tese, que não só a duração dos episódios interativos de Desafio – Risco intolerável foi superior no caso clínico de desistência e insucesso em comparação com o caso clínico finalizado com sucesso, como foi igualmente distinto o tipo de episódios interativos que lhes sucederam, indicadores do (não)restabelecimento da colaboração entre terapeuta e cliente, momento a momento. Efetivamente, no caso clínico de desistência verificou-se

uma tendência superior para ocorrerem novos episódios não colaborativos no seguimento de episódios interativos iniciais de Desafio – Risco intolerável, assim prolongando-se o contexto de interação não colaborativa entre a díade terapêutica; ao passo que no caso clínico finalizado se verificou uma maior tendência para que a colaboração fosse restabelecida após esse mesmo tipo de episódios, mediante a ocorrência de um qualquer episódio de natureza colaborativa. Tal foi particularmente notório nas primeiras quatro e nas duas últimas sessões de cada um dos casos, nas quais o restabelecimento da colaboração entre as díades se comportou de modo diametralmente oposto: a percentagem de não restabelecimento da colaboração terapêutica foi superior à percentagem de restabelecimento no caso clínico de desistência, ao passo que a percentagem de restabelecimento da colaboração terapêutica foi superior à percentagem de não restabelecimento no caso clínico finalizado. O mesmo se verificou nas oitava e nona sessões do caso clínico finalizado, a partir das quais os casos seguiram diferentes percursos, dado a desistência da Marta e a manutenção da Ana na terapia, até à sua adequada finalização.

Permanece pouco claro, contudo, o modo como a interação terapêutica se desenrolou a partir dos episódios interativos iniciais de Desafio – Risco intolerável, quanto ao tipo e forma dos esforços ou ações do terapeuta para restabelecer a colaboração terapêutica, bem como quanto ao tipo e forma das respostas ou reações das clientes a esses mesmos esforços. Interessou-nos, pois, perceber que tipo de ações terapeuta e clientes realizaram após os episódios interativos de Desafio – Risco intolerável ameaçadores da qualidade da sua interação, e de que modo é que essas mesmas ações terão estado associadas ou não ao (não)restabelecimento da colaboração terapêutica a cada momento.

À semelhança dos estudos realizados no âmbito do modelo de colaboração terapêutica de Ribeiro e coautores (2013), também os estudos com AC se têm preocupado em descrever as várias formas de ação de ambos os participantes na díade terapêutica num dado momento (e.g., Antaki, 2008; Bavelas, McGee, Phillips, & Routledge, 2000; Bercelli, Rossano, & Viaro, 2008; Hayano, 2013; Lee, 2013; MacMartin, 2008; Peräkylä, 2013; Voutilainen, Peräkylä, & Ruusuvoori, 2010b), sendo ainda poucos os estudos focados nas implicações sequenciais dessas mesmas ações. Efetivamente, as falas ou ações de terceira posição (isto é, que ocorrem no seguimento de um par de falas adjacentes resultante da combinação de uma dada ação do terapeuta – na primeira posição – e da reação imediatamente subsequente do cliente – na segunda

posição) têm sido ainda pouco estudadas no âmbito da investigação em psicoterapia por recurso à AC.

De entre as publicações mais recentes, salientam-se os estudos de Peräkylä (2010, 2011), que descrevem o modo como o terapeuta reagiu às respostas dos clientes após uma interpretação inicial da sua parte, no contexto da Terapia Psicanalítica (TP). Segundo os resultados de tais estudos, na terceira posição, o terapeuta tendeu a modificar discretamente o sentido da sua ação prévia ou a revelar outros sentidos para as experiências dos clientes, que não os por eles relatados. Ambas as formas de ação do terapeuta foram usualmente veiculadas de forma implícita, não diretiva, e tenderam a propor outras possibilidades para os clientes modificarem a sua compreensão acerca da interpretação inicialmente oferecida.

Por sua vez, Vehviläinen (2008) foi uma das primeiras autoras a derivar a sua análise a partir de momentos de resistência, considerando-os não só expectáveis mas também cruciais para o trabalho terapêutico. No âmbito da TP, a autora sugeriu que a capacidade de o terapeuta identificar resistência no cliente se constitui como um ponto de partida fundamental para a exploração terapêutica, mais do que uma falha interativa entre os participantes, pelo que o modo como o terapeuta gere essa resistência é mais determinante do curso da conversação do que a sua ocorrência por si só.

Voutilainen, Peräkylä e Ruusuvaori (2010a) foram também dos primeiros autores a explorar o desalinhamento entre um terapeuta e uma cliente como um possível recurso terapêutico, numa única sessão de Terapia Cognitivo-Constructivista (TCC). Para os autores, o desalinhamento refere-se ao modo como os participantes na interação, a dado momento, interagem de forma divergente. Como resultado do seu estudo, verificaram que o terapeuta não só reconheceu a divergência existente na interação entre si e a cliente, como a tornou tópico de discussão de modo a facilitar o realinhamento entre ambos.

Mais tarde, Muntigl, Knight, Watkins, Horvath, e Angus (2012) procuraram descrever o modo como os terapeutas de Terapia Focada nas Emoções (TFE) utilizaram práticas relacionais centradas na pessoa para promoverem a reafiliação com os seus clientes após a sua expressão de desacordo em relação às formulações terapêuticas realizadas com base nas suas experiências pessoais. Enquanto que o termo (des)alinhamento referido no estudo de Voutilainen e coautores (2010a) se refere ao nível estrutural da interação (por exemplo, um cliente alinha com uma pergunta do terapeuta quando lhe responde ou não alinha quando se escusa a responder-lhe); o termo

(des)afiliação, adotado no estudo de Muntigl e coautores (2012) agora em consideração, refere-se ao nível afetivo da interação, segundo o qual determinadas ações estão associadas a respostas preferenciais (por exemplo, o cliente afilia-se com o terapeuta quando concorda com uma dada afirmação da sua parte ou desafia-se quando não concorda). A desafiliação entre um terapeuta e um cliente é particularmente notória quando o desalinhamento entre ambos se tende a manter ao longo de várias falas, naquilo que se denomina de divergência ao nível do projeto interativo (isto é, de divergência numa sequência interativa com vista à exploração de um dado tópico, à prossecução de um determinado objetivo e/ou à realização de uma dada tarefa). Por conseguinte, considera-se que o desalinhamento entre dois participantes numa dada interação não pressupõe necessariamente a sua desafiliação, ao passo que dois participantes desafiliados estarão necessariamente desalinhados do ponto de vista estrutural dessa mesma interação.

No seu estudo, Muntigl e coautores (2012) verificaram, então, que as práticas dos terapeutas com vista a facilitarem a reafiliação com os seus clientes se concretizaram essencialmente de duas formas distintas: mais comumente, os terapeutas recuaram em relação à sua própria perspectiva, afiliando-se com a perspectiva contrastante dos clientes, quer através de uma variedade de comportamentos não-verbais (como acenos de cabeça) quer através de recursos verbais (como repetições, formulações, etc.); e, menos frequentemente, os terapeutas confrontaram os clientes em relação ao desacordo entre ambos, considerando-o sobretudo como um problema de compreensão ou mal-entendido cuja resolução seria necessária. Curiosamente, embora a primeira das formas tivesse resultado maioritariamente na reafiliação e consenso entre os participantes da díade terapêutica, a segunda nem sempre foi tão bem-sucedida.

Mais recentemente, Muntigl e Horvath (2014) recorreram à AC para analisar seis sessões de dois casos clínicos de TFE, considerando que os clientes têm dois estilos de desafiliação fundamentais – confrontativo e evitante –, num paralelismo claro com o modelo de rupturas na aliança de Eubanks-Carter, Mitchell, Muran, e Safran (2009) e Eubanks-Carter, Muran, e Safran (2010). Na linha dos resultados do estudo prévio de Muntigl e coautores (2012), Muntigl e Horvath (2014) verificaram, então, que as sequências interativas de desafiliação ocorrem de diferentes formas e são sucedidas de tentativas, mais ou menos bem-sucedidas, de reparação, mediante o uso, por parte do terapeuta, de recursos quer verbais (e.g., interpretações, formulações) quer não-verbais (e.g., acenos de cabeça, pausas).

Já no seu estudo, Weiste (2015) propôs a distinção entre ações de desacordo com suporte e de desacordo sem suporte por parte dos terapeutas, após a manifestação de desacordo dos próprios relativamente às descrições dos clientes acerca das suas experiências pessoais, em TP e Terapia Cognitiva (TC). A autora referiu que, em ambas as ações, a intenção do terapeuta foi a de promover uma maior consciência dos clientes relativamente às suas percepções distorcidas, desafiando-os. Contudo, ao demonstrar desacordo com suporte, os terapeutas procuraram encontrar pontos de congruência entre as próprias perspectivas e as perspectivas dos clientes, facilitando respostas de confirmação e de elaboração; ao passo que, ao demonstrarem desacordo sem suporte, os terapeutas assumiram a divergência de perspectivas entre ambos, promovendo no cliente respostas de irritação e raiva.

Tanto os estudos de Peräkylä (2010, 2011), como os estudos de Voutilainen e coautores (2010a, 2010b), Muntigl e coautores (2012, 2014), e Weiste (2015), consistem em tentativas pioneiras de expansão dos estudos de AC mais convencionais aplicados à psicoterapia, a sequências ou padrões de interação cada vez extensos. Contudo, se as ações de terceira posição por parte do terapeuta após determinada interação terapêutica carecem ainda de estudo, as implicações dessas mesmas ações nas reações do cliente na denominada quarta posição são praticamente desconhecidas. Efetivamente, o estudo das reações do cliente às ações do terapeuta tem sido efetuado em sequências interativas mais curtas, considerando a ação do terapeuta na primeira posição e a ação do cliente na segunda.

Milbrath e coautores (1999), por exemplo, analisaram as reações dos clientes de 20 casos clínicos de Terapia Psicodinâmica (TPd) às interpretações dos terapeutas. Verificaram, então, que as interpretações dos terapeutas tendiam a ser seguidas por respostas de elaboração dos clientes, quer ao nível das emoções quer ao nível dos significados; sendo que, as intervenções não interpretativas tendiam a ser seguidas por respostas baseadas em factos.

Neste estudo propusemo-nos a expandir a análise sequencial da conversação terapêutica, considerando não só as ações de terceira posição do terapeuta como também as ações de quarta posição do cliente, após um primeiro episódio interativo de Desafio – Risco intolerável (Ribeiro et al., 2013). Esta análise teve em consideração a comparação entre um caso clínico de desistência e insucesso e um caso clínico finalizado e de sucesso, ambos seguidos em TN e analisados previamente no segundo estudo da presente tese (ver Capítulo II). Note-se que esta comparação entre casos se

constitui, também ela, como uma novidade de entre os estudos realizados por recurso à AC, na medida em que, deste ponto de vista, para além do estudo de Weiste (2015) já referido, apenas se conhece o estudo de Kondratyuk e Peräkylä (2011), nos qual os autores analisaram as práticas utilizadas pelo terapeuta para (re)focarem os clientes na sua experiência imediata em duas sessões terapêuticas, por comparação entre duas abordagens terapêuticas distintas: a Terapia Experiencial (TE) e a TC. Não são, contudo, conhecidos outros estudos comparativos de AC, nomeadamente entre casos clínicos com diferentes tipos de finalização e/ou de resultados terapêuticos. No entanto, à semelhança do proposto por Voutilainen e coautores (2011), acreditamos que a “AC pode ser usada para estudar a mudança terapêutica em termos da transformação de sequências interativas” (p. 348), neste caso de não colaborativas para potencialmente mais colaborativas, mais favoráveis não só ao resultado terapêutico como também à permanência na terapia.

Assim, assumindo que a colaboração terapêutica é melhor entendida como a “coordenação de ações entre terapeuta e cliente, momento a momento, no contexto da conversação terapêutica” (Ribeiro, 2009, p. 171) e que “os dizeres e fazeres da conversação terapêutica se constituem como uma fonte de evidência acerca da mudança terapêutica” (Strong, Busch, & Couture, 2008, p. 389), definimos as seguintes questões de investigação:

1) Como é que se caracterizaram as ações de terceira posição do terapeuta após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, num caso clínico de desistência e insucesso, por comparação com as suas ações num caso clínico finalizado e de sucesso?;

2) Como é que se caracterizaram as reações de quarta posição das clientes face às ações de terceira posição do terapeuta após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, nos mesmos dois casos clínicos?; e,

3) De que modo é que as ações de terceira posição do terapeuta e as ações de quarta posição da cliente de cada um dos caso clínicos considerados esteve associada ao (não)restabelecimento da colaboração terapêutica?

MÉTODO

Participantes

Neste estudo foram analisados os dois casos clínicos de TN previamente analisados no segundo dos estudos que compõem a presente tese (ver Capítulo II). Recorde-se que, no momento de admissão, ambas as clientes preenchiam os critérios para o diagnóstico de Perturbação Depressiva *Major* (American Psychiatric Association, 2002), e que os respectivos casos se distinguiram fundamentalmente quanto ao tipo de finalização (caso clínico de desistência *versus* caso clínico finalizado) e quanto à apresentação de mudança clinicamente significativa (ausência *versus* presença, respetivamente), da primeira para última avaliações.

Por forma a evitar a repetição de informação já explicitada, solicita-se a revisão da secção Método do estudo anterior (ver Capítulo II) para mais detalhes acerca do terapeuta e das clientes dos casos clínicos considerados, bem como da abordagem terapêutica utilizada.

Investigadoras

Os casos clínicos selecionados foram categorizados de acordo com os princípios da AC (e.g., Jefferson, 2004), de forma independente, por dois pares distintos de juízas. No que diz respeito às ações do terapeuta na terceira posição, o caso clínico de desistência foi integralmente categorizado pela autora da presente tese, após um período de treino na metodologia de AC no *Finnish Centre of Excellence in Research on Intersubjectivity in Interaction* da Universidade de Helsínquia, sob a orientação do Professor Doutor Anssi Peräkylä. Desse mesmo caso, 33,33% das sessões foram também categorizadas por uma colega da Equipa de Investigação em Relação Terapêutica (EIRT), a terminar o seu Mestrado Integrado em Psicologia, cujo treino na metodologia foi, por sua vez, administrado pela autora da presente tese. Este treino foi desenvolvido com base em sessões não usadas neste estudo. Por seu turno, o caso clínico finalizado foi integralmente categorizado pela colega da EIRT previamente referida, tendo 36,84% da totalidade das suas sessões sido também categorizado pela autora da presente tese.

Por fim, no que diz respeito às ações das clientes na quarta posição, o caso clínico de desistência foi integralmente categorizado pela autora da presente tese, tendo 33,33% das sessões sido igualmente categorizadas pela orientadora da mesma. Já o caso clínico finalizado foi integral e exclusivamente categorizado pela autora desta tese.

Instrumentos

Mais uma vez, por forma a evitar a repetição de informação já explicitada, solicita-se a consulta da seção Instrumentos do segundo estudo que compõe esta tese (Capítulo II), na qual se encontra descrita a medida de resultado que permitiu aferir o (in)sucesso dos casos clínicos em consideração – *Outcome Questionnaire - 45.2 – OQ-45.2* (Lambert & Burlingame, 1996; versão Portuguesa de Machado & Fassnacht, 2014) –, bem como o Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica – SCCT (Ribeiro et al., 2013), utilizado na identificação dos episódios interativos de Desafio – Risco intolerável e na aferição do (não)restabelecimento da colaboração terapêutica no episódio posterior à sua ocorrência.

Procedimento

Procedimento de recolha dos casos clínicos

À semelhança, o procedimento de recolha dos casos clínicos analisados no presente estudo encontra-se devidamente descrito no segundo estudo que compõe esta tese (ver Capítulo II). Solicita-se, assim, a revisão da seção Procedimento do referido estudo, no que a este ponto diz respeito.

Procedimento de seleção das unidades de análise

Ambos os casos clínicos em análise encontravam-se já inteiramente transcritos e codificados por recurso ao SCCT (Ribeiro et al., 2013), conforme detalhadamente explicitado na subsecção Procedimento de codificação do estudo anterior (ver Capítulo II). Posto isto, procedeu-se à identificação dos episódios interativos de Desafio – Risco intolerável de ambos os casos, num total de 284 no caso clínico de desistência ($M_{\text{por sessão}}$

= 31,56; $DP = 11,42$) e de 409 no caso clínico finalizado ($M_{\text{por sessão}} = 21,53$; $DP = 9,89$). Em média, após esses episódios interativos específicos, no caso clínico de desistência verificou-se o restabelecimento da colaboração em 42,26% das vezes e o seu não restabelecimento em 57,74% das vezes ($DP = 11,50\%$); ao passo que, em média, no caso clínico finalizado se verificou o restabelecimento da colaboração terapêutica em 50,86% das vezes e o seu não restabelecimento em 49,14% das vezes ($DP = 11,32\%$).

Os episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, bem como as ações do terapeuta na terceira posição e da cliente na quarta posição, foram posteriormente transcritos a partir das gravações audiovisuais das sessões dos casos, de acordo com as convenções desenvolvidas por Jefferson (2004; ver Anexo I). A transcrição dos episódios pertencentes ao caso clínico de desistência foi da responsabilidade da autora da presente tese, tendo a transcrição dos episódios do caso clínico finalizado sido realizada pela colega da EIRT previamente referida.

Denote-se que a transcrição por recurso às convenções da AC (Jefferson, 2004) difere significativamente da transcrição *ipsis verbis* mais usual, tal como previamente efetuada para fins de codificação com o SCCT (Ribeiro et al., 2013) e apresentada no segundo estudo (ver Ilustrações de 1 a 7 do Capítulo II). A transcrição com AC inclui não só a reprodução do conteúdo verbal das falas dos participantes na interação, como também a notação das características linguísticas e paralinguísticas das mesmas (e.g., volume da voz, ritmo, entoação), do comportamento não-verbal dos participantes (e.g., sorrisos, gestos, alterações na postura corporal, etc.) e de outras vocalizações e/ou acontecimentos interferentes no fluxo da conversação (e.g., esgares, espirros, inspirações, pausas, silêncios, sobreposições, interrupções de terceiros, etc.). Deste modo é permitido ao utilizador mais experiente mimetizar a interação em análise tal como ela terá ocorrido na realidade.

Procedimento de análise / categorização

Procedeu-se à categorização das ações do terapeuta – na terceira posição – e da cliente de cada um dos casos clínicos em estudo – na quarta posição –, com base nos seguintes princípios da AC: a) qualquer fala é melhor entendida enquanto ação social, já que apenas na conversação qualquer interação tem significado; b) qualquer fala se encontra organizada sequencialmente, na medida em que é compreendida e realizada tendo em conta o contexto interativo prévio dos participantes; e, c) qualquer fala molda

e mantém a realidade intersubjetiva dos participantes, uma vez que estes partilham, modificam e/ou reparam os seus campos de significação (e.g., Jefferson, 2004; Pain, 2009; Peräkylä, 2013; Sidnell, 2010; Silverman, 1998; Vehvilainen, Peräkylä, Antaki, & Leudar, 2008). Assim, focando-nos nas palavras e estrutura sintática das ações, no tipo de pressuposições elaboradas e no modo como os participantes se alinharam e/ou desalinham na conversação, a AC permitiu-nos analisar a estrutura da interação terapêutica decorrente da sequência natural da fala do terapeuta e das clientes dos casos clínicos considerados.

O procedimento de categorização iniciou-se, então, pela análise indutiva das ações do terapeuta no caso clínico finalizado, de modo independente, pelo par de juízas responsável pela análise do caso. Privilegiando uma metodologia *grounded*, assente nos dados, as juízas foram anotando e descrevendo os temas principais das ações do terapeuta em análise, discutindo-os posteriormente e assim identificando similaridades e resolvendo diferenças relativamente aos respetivos pareceres. Este processo de constante análise, comparação e reformulação das categorizações independentes do par de juízas ocorreu ao longo das primeiras sete sessões do caso clínico finalizado, sessão na qual se verificou a saturação das categorias e subcategorias encontradas até então e se assumiu a sua representatividade do fenómeno em estudo. A grelha de categorização emergente foi então organizada de acordo com as duas categorias de ação do terapeuta encontradas (Insiste na sua intervenção anterior *versus* Desiste da sua intervenção anterior), respeitantes ao tipo de ação do terapeuta e mutuamente exclusivas, bem como com as respetivas subcategorias (e.g., Direção/Orientação no âmbito de uma ação de insistência ou Formulação no âmbito de uma ação de desistência), respeitantes à forma do tipo de ação realizado, de igual modo mutuamente exclusivas entre si.

Todos os passos de categorização das ações de terceira posição detalhados até à sétima sessão do caso clínico finalizado foram realizados pelo par de juízas responsável, cujo acordo independente demonstrou ser bastante satisfatório (Almeida & Freire, 2000) para ambos os níveis de categorização formulados: categorias e subcategorias. O par de juízas obteve, pois, 95,20% de acordo para as duas categorias de ação do terapeuta formuladas – Insiste *versus* Desiste –, e 80,70% e 100,00% de acordo para as suas respetivas subcategorias.

A categorização das restantes sessões do caso foi posteriormente realizada de modo dedutivo, com base na grelha de categorização estabelecida. A mesma grelha foi utilizada na análise dedutiva do caso clínico de desistência, no qual o respetivo par de

juízas obteve um acordo satisfatório (Almeira & Freire, 2000), quer para as categorias de ação do terapeuta (89,47%) quer para as respetivas subcategorias (81,43% para as subcategorias de insistência e 91,67% para as subcategorias de desistência).

Por sua vez, o procedimento de categorização das ações de quarta posição das clientes dos dois casos clínicos em estudo foi realizado com base na análise dedutiva das mesmas, a partir de categorias e subcategorias já descritas na literatura e organizadas numa grelha de categorização mutuamente exclusiva para efeitos do presente estudo (Tabela 5). Essa grelha de categorização foi posteriormente ensaiada e validada nas primeiras três sessões do caso clínico de desistência, nas quais o par de juízas responsável pela categorização das ações da cliente obteve um acordo razoável (72,46%; Almeida & Freire, 2000) para as categorias principais (Resposta de alinhamento, Resposta de desalinhamento e Resposta ambígua). Na linha da proposta de vários autores (Antaki, 2008; Bercelli et al., 2008; Lee, 2013; Peräkylä, 2010, 2011; Vehviläinen, 2008), considerámos estar perante uma Resposta de alinhamento das clientes sempre que estas se alinharam, ao nível estrutural da conversação, com a ação prévia do terapeuta; pelo contrário, considerámos estar perante uma Resposta de desalinhamento das clientes sempre que estas se desalinharam, ao nível estrutural da conversação, com a ação prévia do terapeuta; e, por fim, verificámos ainda a existência de respostas vagas (como “hm_hm” e outros marcadores do discurso), às quais foi atribuída a categoria de Resposta ambígua.

Tabela 5

Grelha de categorização das ações das clientes

Resposta de alinhamento
<i>Mera confirmação</i> A cliente confirma a intervenção prévia do terapeuta de modo minimal.
<i>Acordo elaborado</i> A cliente confirma a intervenção prévia do terapeuta e justifica-se ou fornece informação que corrobora a sua confirmação.
<i>Fornece informação</i> A cliente fornece informação a pedido do terapeuta.
<i>Elaboração</i> A cliente fornece informação para além do pedido do terapeuta, estendendo a sua resposta.
Resposta de desalinhamento
<i>Reparação</i> A cliente corrige e/ou certifica-se do discurso prévio do terapeuta.

Mera desconfirmação A cliente desconfirma a intervenção prévia do terapeuta de modo minimal.

Desacordo elaborado A cliente desconfirma a intervenção prévia do terapeuta e justifica-se ou fornece informação que corrobora a sua desconfirmação.

Contradição A cliente contradiz-se relativamente ao pedido do terapeuta, contradiz a intervenção prévia do terapeuta e/ou expressa confusão.

Resposta de re-foco A cliente muda o foco da conversação terapêutica, em relação à intervenção prévia do terapeuta.

Resposta sarcástica A cliente responde com sarcasmo ou humor despropositado à intervenção prévia do terapeuta.

Assunção de ignorância A cliente afirma desconhecer ou não se recordar de alguma informação pedida pelo terapeuta.

Ausência de resposta A cliente não reconhece a passagem de turno e permanece imóvel, inexpressiva e em silêncio, ou comporta-se de forma dúbia.

Resposta ambígua

Marcador do discurso A cliente acompanha a intervenção prévia do terapeuta e/ou reconhece a passagem de turno, alinhando-se com o terapeuta; no entanto, não é clara a sua confirmação ou desconfirmação da mesma.

Nota. Construída e adaptada a partir dos trabalhos de Antaki (2008), Bercelli e coautores (2008), Lee (2013), Peräkylä (2010, 2011), e Vehviläinen (2008).

RESULTADOS

Categorização das ações de terceira posição do terapeuta após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável

Na sequência dos episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, a AC das ações de terceira posição do terapeuta, permitiu-nos definir duas categorias de ação principais: Insiste na sua intervenção anterior *versus* Desiste da sua intervenção anterior. Considerámos que o terapeuta insistiu na sua intervenção anterior sempre que manteve a sua linha de intervenção, no respeito pela agenda terapêutica; desse modo, sinalizando, mais ou menos explicitamente o desalinhamento subjacente à divergência entre a sua proposta de Desafio inicial e a resposta de Risco intolerável então emitida pela cliente. Por outro lado, considerámos que o terapeuta desistiu da sua intervenção anterior

sempre que respondeu mais ou menos explicitamente à experiência de Risco intolerável da cliente, abandonando a agenda terapêutica. Ao fazê-lo o terapeuta alinou-se com a resposta da cliente, divergente em relação à sua própria proposta inicial.

Verificámos, ainda, que ao insistir na sua intervenção anterior, o terapeuta fê-lo de diferentes formas, correspondentes às subcategorias Direção/Orientação, Questionamento, Pressuposição/Questão otimista, Interpretação/Elaboração, e Confrontação/Correção, descritas na Tabela 6. Por sua vez, no domínio das suas ações de desistência em relação à sua intervenção anterior, verificámos que o terapeuta tendeu a realizar uma das seguintes subcategorias de ação: Repetição, Extensão, Formulação, e Questão de *follow-up*, igualmente descritas na referida tabela.

Tabela 6

Grelha de categorização das ações do terapeuta

Insiste na sua intervenção anterior
<i>Direção/Orientação</i> O terapeuta clarifica a sua intervenção anterior, orientando a cliente e/ou fornecendo-lhe pistas para facilitar a sua resposta.
<i>Questionamento</i> O terapeuta interroga a cliente de forma a explorar algum aspeto que considere importante para o processo terapêutico.
<i>Pressuposição/Questão otimista</i> O terapeuta interpreta a experiência da cliente e/ou interroga-a de modo a enfatizar a sua agência, competência, resiliência, e/ou progresso.
<i>Interpretação/Elaboração</i> O terapeuta propõe um novo significado à cliente em continuidade com a experiência desta, sem que no entanto tenha sido expresso de forma explícita anteriormente.
<i>Confrontação/Correção</i> O terapeuta contraria ou corrige a cliente e/ou propõe-lhe uma nova perspetiva de modo mais combativo.
Desiste da sua intervenção anterior
<i>Repetição</i> O terapeuta repete uma palavra ou expressão presente na resposta prévia da cliente.
<i>Extensão</i> O terapeuta completa a resposta prévia da cliente, sem no entanto lhe acrescentar significado.
<i>Formulação</i> O terapeuta reflete o essencial da resposta anterior da cliente, sem no entanto lhe alterar o significado.

Questão de follow-up O terapeuta questiona a cliente acerca da sua resposta anterior e/ou de algum aspecto aí presente.

Posto isto, procedemos à análise descritiva das ações de terceira posição do terapeuta ao longo do caso clínico de desistência, no qual verificámos uma maior tendência por parte deste para insistir na sua intervenção anterior (em 82,95% das vezes) do que para desistir da mesma (em 17,05% das vezes), após os episódios interativos de Desafio – Risco intolerável identificados (Figura 14).



Figura 14. Percentagem das categorias de ação do terapeuta no caso clínico de desistência.

De entre as suas ações de insistência, verificámos ainda que o terapeuta privilegiou ações de Direção/Orientação (em 42,26% das vezes), tendo realizado ações de Pressuposição/Questão otimista menos frequentemente (em 6,16% das vezes). Por sua vez, de entre as suas ações de desistência quanto à sua intervenção anterior, verificámos que o terapeuta tendeu mais frequentemente a realizar Questões de *follow-up* (em 57,29% das vezes), não tendo realizado qualquer ação de Repetição (em 0,00% das vezes).

A Tabela 7 apresenta sumariamente a percentagem em que o terapeuta realizou cada uma das subcategorias das ações Insiste na sua intervenção anterior e Desiste da sua intervenção anterior, no caso clínico de desistência.

Tabela 7

Percentagem das subcategorias de ação do terapeuta no caso clínico de desistência

Insiste na sua intervenção anterior		Desiste da sua intervenção anterior	
Direção/Orientação	42,19%	Repetição	0,00%
Questionamento	27,20%	Extensão	2,93%
Pressuposição/Questão otimista	6,00%	Formulação	38,70%
Interpretação/Elaboração	16,70%	Questão de <i>follow-up</i>	58,37%
Confrontação/Correção	7,91%		

A análise descritiva das ações de terceira posição do terapeuta após os episódios interativos de Desafio – Risco intolerável no caso clínico finalizado permitiu-nos verificar que, em 88,50% das vezes, o terapeuta privilegiou ações de insistência face a ações de desistência, realizadas por sua vez em apenas 11,50% das vezes (Figura 15).

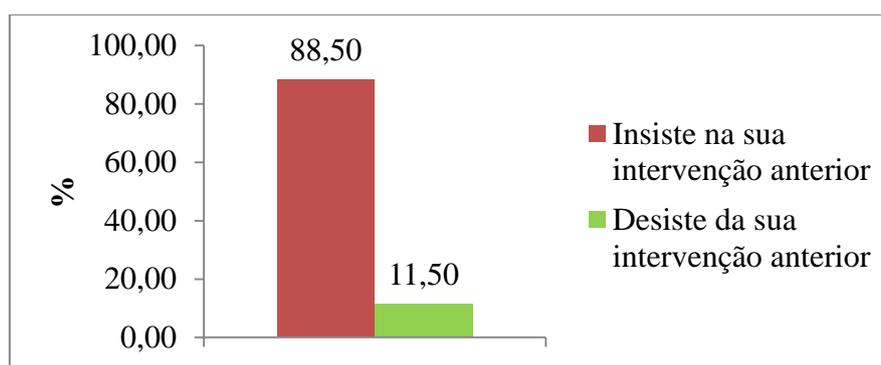


Figura 15. Percentagem das categorias de ação do terapeuta no caso clínico finalizado.

Relativamente às subcategorias da ação Insiste na sua intervenção anterior, verificámos que o terapeuta tendeu a privilegiar ações de Direção/Orientação em 51,81% das vezes, tendo realizado ações de Pressuposição/Questão otimista menos frequentemente (em apenas 5,37% das vezes). Por seu turno, de entre as ações de desistência da sua intervenção anterior, o terapeuta tendeu a privilegiar ações de Formulação em 56,48% das vezes e realizou ações de Repetição menos frequentemente (em apenas 8,09% das vezes).

A Tabela 8 sintetiza a percentagem de vezes em que o terapeuta realizou cada uma das respetivas subcategorias de ação Insiste na sua intervenção anterior e Desiste da sua intervenção anterior, no caso clínico finalizado.

Tabela 8

Percentagem das subcategorias de ação do terapeuta no caso clínico finalizado

Insiste na sua intervenção anterior		Desiste da sua intervenção anterior	
Direção/Orientação	51,81%	Repetição	8,09%
Questionamento	17,06%	Extensão	9,56%
Pressuposição/Questão otimista	5,37%	Formulação	56,48%
Interpretação/Elaboração	10,54%	Questão de <i>follow-up</i>	25,87%
Confrontação/Correção	15,21%		

Categorização das ações de quarta posição das clientes após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável

A análise descritiva das ações de quarta posição da cliente do caso clínico de desistência, na sequência de um episódio interativo prévio de Desafio – Risco intolerável e subsequente ação do terapeuta, com base na grelha de categorização reunida (ver Tabela 5 na subsecção Procedimento de análise / categorização deste estudo) permitiu-nos verificar que, em 57,27% das vezes, as ações da cliente corresponderam a Respostas de desalinhamento, em 40,82% das vezes corresponderam a Respostas de alinhamento, e em 1,91% das vezes corresponderam a Respostas ambíguas (Figura 16).

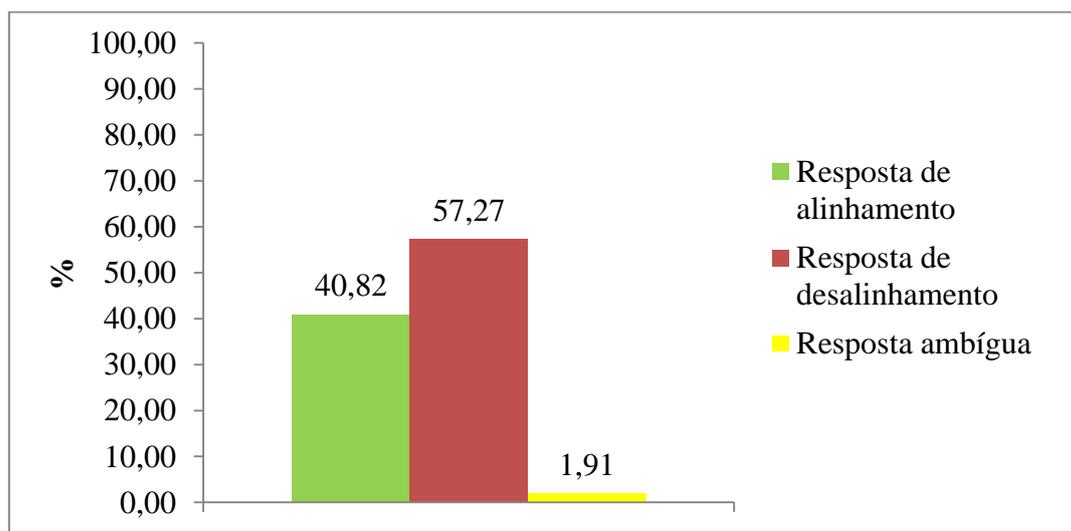


Figura 16. Percentagem das categorias de ação da cliente no caso clínico de desistência.

De entre as Respostas de alinhamento da cliente, verificámos que esta tendeu a privilegiar ações de Mera confirmação (em 46,92% das vezes) e a Fornecer informação com menor frequência (em apenas 13,46% das vezes). Por sua vez, de entre as suas Respostas de desalinhamento, a cliente tendeu a recorrer mais frequentemente a ações de Contradição (em 35,98% das vezes) e a recorrer menos frequentemente a Respostas sarcásticas (em apenas 1,81% das vezes).

A Tabela 9 sintetiza a percentagem das várias subcategorias de ação de terceira posição da cliente, no caso clínico de desistência, à exceção da subcategoria Resposta ambígua. Recordámos que esta categoria de resposta (cuja ocorrência foi residual no caso clínico considerado) corresponde a apenas uma subcategoria, a de Marcador de Resposta, tendo sido por isso a única forma de ação encontrada ao longo das sessões do caso, no âmbito das Respostas ambíguas (em 100% das vezes).

Tabela 9

Percentagem das subcategorias de ação da cliente no caso clínico de desistência

Resposta de alinhamento		Resposta de desalinhamento	
Mera confirmação	46,92%	Reparação	12,03%
Acordo elaborado	19,72%	Mera desconfirmação	8,24%
Fornece informação	13,46%	Desacordo elaborado	15,56%
Elaboração	19,90%	Contradição	35,98%
		Resposta de re-foco	10,55%
		Resposta sarcástica	1,81%
		Assunção de ignorância	9,46%
		Ausência de resposta	6,38%

Na sequência da análise descritiva das ações de terceira posição da cliente do caso clínico finalizado após os episódios interativos de Desafio – Risco intolerável e subsequentes ações do terapeuta, verificámos que, em 50,81% das vezes, a cliente tendeu a emitir Respostas de desalinhamento e, menos frequentemente (em apenas 3,51% das vezes), tendeu a Responder de forma ambígua. As Respostas de alinhamento da cliente verificaram-se em 45,68% das vezes.

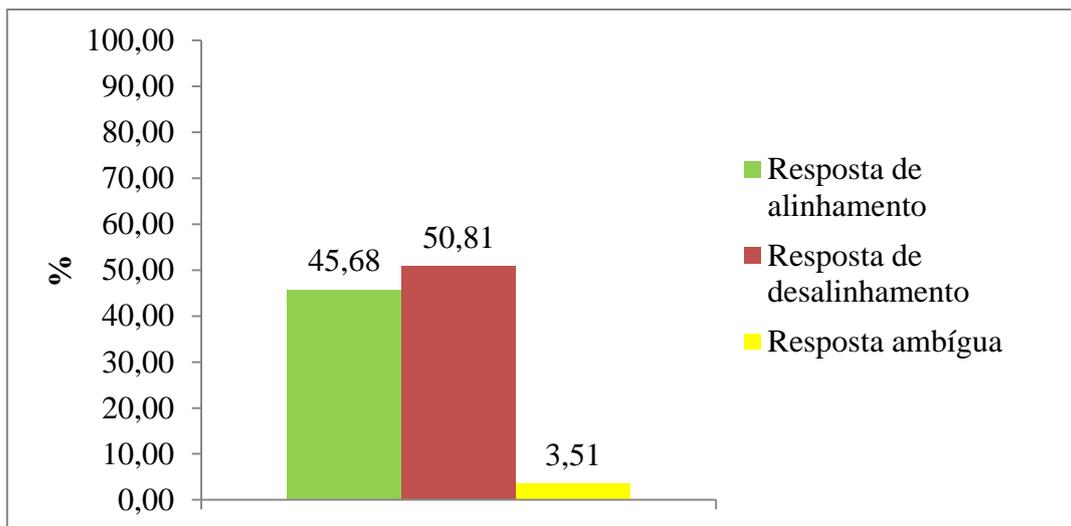


Figura 17. Percentagem das categorias de ação da cliente no caso clínico finalizado.

De entre as Respostas de alinhamento da cliente, verificámos que esta tendeu a privilegiar ações de Acordo elaborado (em 40,40% das vezes) e a Fornecer informação com menor frequência (em apenas 15,07% das vezes). Por sua vez, de entre as suas Respostas de desalinhamento, tendeu a responder mais frequentemente com Contradição (em 43,69% das vezes), tendo-se escusado a responder – subcategoria Ausência de resposta – com menor frequência (em apenas 0,80% das vezes).

A Tabela 10 sintetiza a percentagem das várias subcategorias de ação de terceira posição da cliente, no caso clínico finalizado, à exceção da subcategoria de Resposta ambígua. Mais uma vez, relembámos que a esta categoria de resposta (cuja ocorrência foi igualmente residual no caso clínico em análise) corresponde apenas uma subcategoria, a de Marcador de Resposta, tendo sido por isso a única forma de ação encontrada ao longo das sessões do caso, no âmbito das Respostas ambíguas (em 100% das vezes).

Tabela 10

Percentagem das subcategorias de ação da cliente no caso clínico finalizado

Resposta de alinhamento		Resposta de desalinhamento	
Mera confirmação	23,35%	Reparação	12,32%
Acordo elaborado	40,40%	Mera desconfirmação	1,38%
Fornecer informação	15,07%	Desacordo elaborado	15,08%
Elaboração	21,18%	Contradição	43,69%

Resposta de re-foco	6,61%
Resposta sarcástica	8,95%
Assunção de ignorância	11,18%
Ausência de resposta	0,80%

(Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável

Ações de terceira posição do terapeuta

De modo a averiguar a significância da associação das duas categorias de ação do terapeuta na terceira posição (Insiste na sua intervenção anterior *versus* Desiste da sua intervenção anterior) com o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica, no caso clínico de desistência, aferido com base na codificação prévia realizada com o SCCT (Ribeiro et al., 2013), realizámos um teste de Qui-Quadrado por recurso ao *software* informático *IBM SPSS Statistics 24.0* (International Business Machines Corporation, 2014). Verificámos, então, que houve efetivamente uma associação significativa entre as duas categorias de ação de terceira posição do terapeuta e o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica, $\chi^2_{(1)} = 7.88$, $p < .05$. Enquanto que a maioria (64,45%) das ações de insistência do terapeuta esteve mais associada ao não restabelecimento da colaboração terapêutica, a maioria (81,23%) das suas ações de desistência esteve mais associada ao restabelecimento da mesma.

De entre as ações de insistência do terapeuta na terceira posição, as subcategorias de ação Direção/Orientação, Questionamento e Confrontação foram as que estiveram mais frequentemente associadas ao não restabelecimento da colaboração terapêutica (em 63,71%, 77,14% e 62,96% das vezes, respetivamente). Por seu turno, de entre as ações de desistência do terapeuta, foram as subcategorias Extensão, Formulação e Questão de *follow-up* que mais frequentemente estiveram associadas ao restabelecimento da colaboração terapêutica (em 100,00%, 86,25% e 78,89% das vezes, respetivamente).

A Figura 18 apresenta a percentagem de (não)restabelecimento da colaboração terapêutica em associação com as duas categorias de ação do terapeuta na terceira posição (Insiste na sua intervenção anterior *versus* Desiste da sua intervenção anterior), no caso clínico de desistência. Por sua vez, a Tabela 11 sumaria as percentagens das

várias subcategorias das ações do terapeuta referidas, associadas ao (não)restabelecimento da colaboração, no mesmo caso.

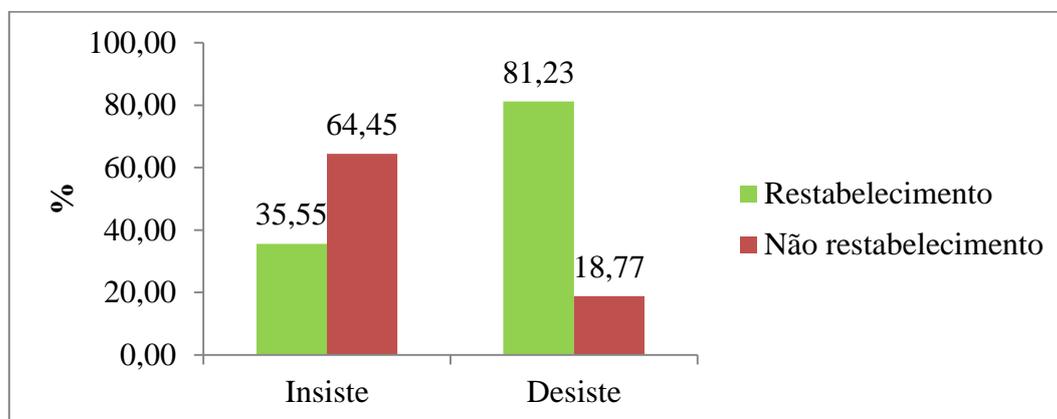


Figura 18. (Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às categorias de ação do terapeuta no caso clínico de desistência.

Tabela 11

(Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às subcategorias de ação do terapeuta no caso clínico de desistência

Ações do terapeuta	Restabelecimento da colaboração terapêutica	
	Sim	Não
Insiste na sua intervenção anterior		
Direção/Orientação	36,29%	63,71%
Questionamento	22,86%	77,14%
Questão otimista	56,19%	43,81%
Confrontação	37,04%	62,96%
Interpretação	65,00%	35,00%
Desiste da sua intervenção anterior		
Repetição	-	-
Extensão	100,00%	0,00%
Formulação	86,25%	13,75%
Questão de <i>follow-up</i>	78,89%	21,11%

De modo a averiguar a significância da associação das duas categorias de ação de terceira posição do terapeuta (Insiste na sua intervenção anterior *versus* Desiste da sua intervenção anterior) com o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica, no

caso clínico finalizado, realizámos um novo teste de Qui-Quadrado por recurso ao *software* informático previamente referido (International Business Machines Corporation, 2014). Verificámos que também neste caso houve uma associação significativa entre as duas categorias de ação de terceira posição do terapeuta e o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica, $\chi^2_{(1)} = 9.86$, $p < .05$. Enquanto que a maioria (51,91%) das ações de insistência do terapeuta esteve mais associada ao não restabelecimento da colaboração terapêutica, a maioria (72,98%) das suas ações de desistência esteve mais associada ao restabelecimento da mesma.

De entre as ações de insistência do terapeuta na terceira posição, foram as subcategorias de ação Direção/Orientação, Questionamento e Confrontação que mais frequentemente estiveram associadas ao não restabelecimento da colaboração terapêutica (em 56,88%, 51,71% e 60,10% das vezes, respetivamente). Por sua vez, de entre as suas ações de desistência, foi a subcategoria de ação Formulação que mais frequentemente (em 85,12% das vezes) se encontrou associada ao restabelecimento da colaboração, sendo que as restantes subcategorias estiveram de igual modo associadas ao restabelecimento e não restabelecimento da colaboração (em 50% das vezes cada, respetivamente).

A Figura 19 mostra a percentagem de (não)restabelecimento da colaboração terapêutica em associação com as categorias de ação de terceira posição do terapeuta (Insiste na sua intervenção anterior e Desiste da sua intervenção anterior), no caso clínico finalizado. Por seu turno, a Tabela 12 sintetiza as percentagens das várias subcategorias das ações do terapeuta referidas, em associação com o (não)restabelecimento da colaboração, no mesmo caso.

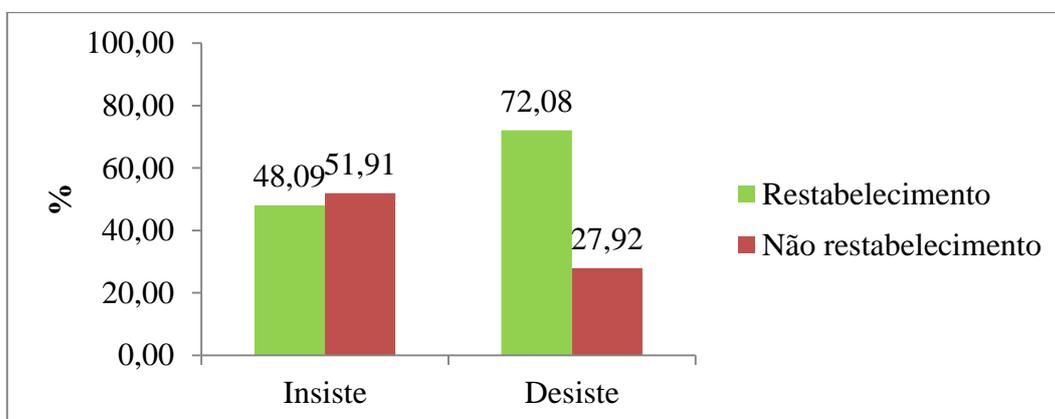


Figura 19. (Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às categorias de ação do terapeuta no caso clínico finalizado.

Tabela 12

(Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às subcategorias de ação do terapeuta no caso clínico finalizado

Ações do terapeuta	Restabelecimento da colaboração terapêutica	
	Sim	Não
Insiste na sua intervenção anterior		
Direção/Orientação	43,12%	56,88%
Questionamento	48,29%	51,71%
Questão otimista	65,38%	34,62%
Confrontação	39,90%	60,10%
Interpretação	59,22%	40,78%
Desiste da sua intervenção anterior		
Repetição	50,00%	50,00%
Extensão	50,00%	50,00%
Formulação	85,12%	14,88%
Questão de <i>follow-up</i>	50,00%	50,00%

Ações de quarta posição das clientes

De modo a averiguarmos a significância da associação entre as categorias de ação de quarta posição da cliente (Resposta de alinhamento, Resposta de desalinhamento e Resposta ambígua) e o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica, no caso clínico de desistência, voltámos a realizar um teste de Qui-Quadrado por recurso ao *software* informático *IBM SPSS Statistics 24.0* (International Business Machines Corporation, 2014). Verificámos, então, que no caso clínico de desistência houve uma associação significativa entre as três categorias de ação de quarta posição da cliente e o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica, $\chi^2_{(2)} = 98.92$, $p < .05$. Enquanto que a maioria (75,13%) das Respostas de alinhamento da cliente e a maioria (87,50%) das suas Respostas ambíguas estiveram mais frequentemente associadas ao restabelecimento da colaboração terapêutica, a maioria (82,21%) das suas Respostas de desalinhamento esteve mais associada ao não restabelecimento da mesma.

De entre as Respostas de alinhamento da cliente, foram as subcategorias de ação Mera confirmação, Acordo elaborado e Elaboração as que mais frequentemente

estiveram associadas ao restabelecimento da colaboração terapêutica (em 89,89%, 80,95% e 69,44% das vezes, respectivamente). Por outro lado, de entre as suas Respostas de desalinhamento, todas as subcategorias de ação se associaram mais frequentemente ao não restabelecimento da colaboração terapêutica do que ao seu restabelecimento, especialmente as subcategorias de Resposta sarcástica e de Assunção de ignorância, em 100,00% das vezes, respectivamente.

A Figura 20 mostra a percentagem de (não)restabelecimento da colaboração terapêutica em associação com as categorias de ação de quarta posição da cliente, no caso clínico de desistência. Por sua vez, a Tabela 11 apresenta uma síntese das percentagens das várias subcategorias de ação da cliente em associação com o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica, no mesmo caso clínico.

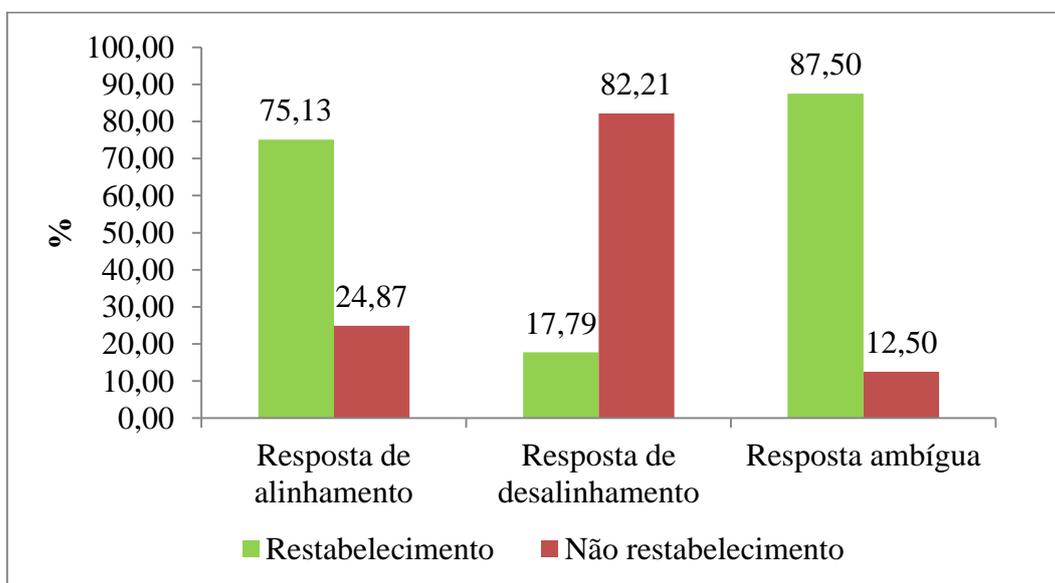


Figura 20. (Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às categorias de ação da cliente no caso clínico de desistência.

Tabela 13

(Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às subcategorias de ação da cliente no caso clínico de desistência

Ações da cliente	Restabelecimento da colaboração terapêutica	
	Sim	Não
Resposta de alinhamento		
Mera confirmação	89,89%	10,11%
Acordo elaborado	80,95%	19,05%
Fornece informação	45,83%	54,17%
Elaboração	69,44%	30,56%
Resposta de desalinhamento		
Reparação		78,61%
Mera desconfirmação	21,39%	61,11%
Desacordo elaborado	38,89%	89,58%
Contradição	10,42%	85,34%
Resposta de re-foco	14,66%	90,00%
Resposta sarcástica	10,00%	100,00%
Assunção de ignorância	0,00%	100,00%
Ausência de resposta	0,00%	90,00%
Resposta ambígua		
Marcador do discurso	87,50%	12,50%

No que diz respeito ao caso clínico finalizado, realizámos um novo teste de Qui-Quadrado por recurso ao *software* informático já explicitado (International Business Machines Corporation, 2014) para averiguarmos a existência de uma associação significativa entre as categorias de ação de quarta posição da cliente (Resposta de alinhamento, Resposta de desalinhamento e Resposta ambígua) e o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica. Verificámos, então, que houve uma associação significativa entre as categorias de ação de quarta posição da cliente e o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica, $\chi^2 = 80.95$, $p < .05$. Enquanto que a maioria (77,07%) das Respostas de alinhamento da cliente e a maioria (58,33%) das suas Respostas ambíguas estiveram mais frequentemente associadas ao restabelecimento da colaboração terapêutica, a maioria (75,55%) das suas Respostas de

desalinhamento esteve mais frequentemente associada ao não restabelecimento da mesma.

De entre as Respostas de alinhamento da cliente, todas as subcategorias de ação consideradas estiveram mais associadas ao restabelecimento da colaboração terapêutica do que ao seu não restabelecimento. Por seu turno, de entre as suas Respostas de desalinhamento todas as subcategorias de ação estiveram mais frequentemente associadas ao não restabelecimento da colaboração terapêutica do que ao seu restabelecimento, à exceção da subcategoria Mera desconfirmação, que o esteve em apenas 33,33% das vezes.

A Figura 21 mostra a percentagem de (não)restabelecimento da colaboração terapêutica em associação com as categorias de ação de quarta posição da cliente, no caso clínico finalizado. Por sua vez, a Tabela 14 sumaria as percentagens das várias subcategorias de ação da cliente em associação com o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica, no mesmo caso.

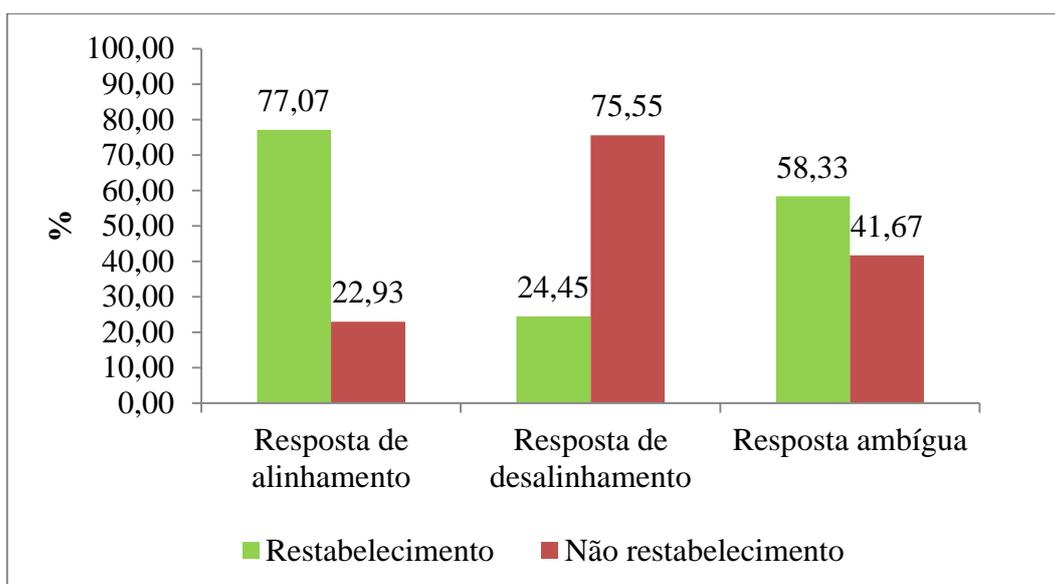


Figura 21. (Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às categorias de ação da cliente no caso clínico finalizado.

Tabela 14

(Não)Restabelecimento da colaboração terapêutica associado às subcategorias de ação da cliente no caso clínico finalizado

Ações da cliente	Restabelecimento da colaboração terapêutica	
	Sim	Não
Resposta de alinhamento		
Mera confirmação	93,70%	6,30%
Acordo elaborado	75,26%	24,74%
Fornece informação	61,90%	38,10%
Elaboração	72,04%	27,96%
Resposta de desalinhamento		
Reparação	44,87%	55,13%
Mera desconfirmação	66,67%	33,33%
Desacordo elaborado	20,15%	79,85%
Contradição	28,87%	71,13%
Resposta de re-foco	12,50%	87,50%
Resposta sarcástica	18,33%	81,67%
Assunção de ignorância	5,00%	95,00%
Ausência de resposta	0,00%	100,00%
Resposta ambígua		
Marcador do discurso	58,33%	41,67%

Ações de terceira posição do terapeuta – (Re)Ações de quarta posição das clientes

Na presente seção serão apresentadas três ilustrações clínicas com o objetivo de explicitar algumas das sequências conversacionais resultantes da combinação entre as ações de terceira posição do terapeuta e as (re)ações de quarta posição das clientes, mais frequentes nos dois casos clínicos em estudo e ocorridas após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, em associação com o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica aferido com o SCCT (Ribeiro et al., 2013). Recomenda-se a consulta do Anexo I a propósito das convenções para a transcrição utilizadas na AC (Jefferson,

2004) para uma melhor compreensão do conteúdo e explicação das respectivas ilustrações.

A Ilustração 8 retrata uma sequência conversacional entre o terapeuta e a cliente do caso clínico de desistência na qual, após um episódio interativo de Desafio – Risco intolerável (transcrito da linha 1 à linha 12), o terapeuta insistiu na sua intervenção anterior, dirigindo/orientando a cliente no sentido da resposta pretendida (com indicação do início da referida ação por meio de uma primeira seta horizontal na linha 14), e a cliente emitiu uma Resposta de desalinhamento condicente com a subcategoria Ausência de resposta (com indicação da sua ocorrência por meio de uma segunda seta horizontal na linha 22). A esta sequência conversacional esteve associado o não restabelecimento da colaboração terapêutica, no seguimento do episódio interativo não colaborativo já referido, de acordo com o SCCT (Ribeiro et al., 2013).

Ilustração 8

Não restabelecimento da colaboração terapêutica no caso clínico de desistência: Insistência do terapeuta e desalinhamento da cliente

```
1 T: .h Marta ((nome fictício)) em relação aos medicamentos
2 só:: (3.5) <só uma sugestão> (1.4) um pouco (0.5) uma
3 cautela vá lá?, (1.0) erm:: (2.0) é importante que::
4 (2.0) estando a tomar tu possas tomar (.) de acordo
5 com aquilo que foi a prescrição
6 C: ((acena ligeiramente com a cabeça de modo muito pouco
7 convincente))
8 (1.0)
9 T: ((acena com a cabeça)) do médico (.) está bem?,
10 ((acena com a cabeça))
11 C: ((acena novamente com a cabeça de modo muito pouco
12 convincente))
13 (1.0)
→ 14 T: .hhh ou então (2.0) em alternativa ((acena com a
15 cabeça)) (1.0) erm:: (0.8) discutir com o médico [a
16 possibilidade de]
17 C: [((franze
18 as sobrancelhas))]
19 T: (.) interromperes definitivamente (1.0) ((acena com a
```

```
20      cabeça)) .hh a:: (3.5) a toma dos medicamentos,  
21      ((acena com a cabeça)) ok?  
→ 22 C: ((franze as sobrancelhas e cerra os lábios))  
23      (1.0)
```

Nota. T: Terapeuta; C: Cliente.

Desde logo na segunda sessão do caso, percebendo a resistência da cliente em realizar a toma da medicação prescrita pelo psiquiatra que paralelamente a acompanhava, da linha 1 à linha 5 e da linha 9 à linha 10, o terapeuta procurou sublinhar a importância de a cliente respeitar a recomendação do psiquiatra a fim de poder efetivamente experimentar os benefícios da medicação. A cliente limitou-se a acenar ligeiramente com a cabeça de modo muito pouco convincente, não tendo emitido qualquer verbalização, palavra ou som (linhas 11 e 12), tal como já o tinha feito previamente, no decurso da intervenção do terapeuta (linhas 6 e 7). Posto isto, após uma breve pausa (linha 13), nas linhas 14, 15, 16, 19, 20 e 21, o terapeuta manteve a sua linha de ação, insistindo na sua intervenção anterior na mesma lógica de Direção/Orientação, desta vez no sentido de oferecer uma alternativa à cliente à toma recomendada dos medicamentos: conversar sobre uma possível interrupção da mesma com o seu psiquiatra. Mais uma vez, a cliente não emitiu qualquer verbalização, tendo-se limitado a franzir as sobrancelhas e a contrair os lábios (na linha 22), no seguimento de um primeiro franzir de sobrancelhas em sobreposição com o discurso do terapeuta (nas linhas 17 e 18).

De acordo com o SCCT (Ribeiro et al., 2013), a intervenção do terapeuta nas linhas 14, 15, 16, 19, 20 e 21 foi codificada como Desafio e a resposta subsequente da cliente, nas linhas 17, 18 e 22, foi codificada como Invalidação do Desafio do terapeuta por Risco intolerável. Por outras palavras, após um primeiro episódio interativo de Desafio – Risco intolerável (entre as linhas 1 e 12), o episódio que lhe seguiu (entre as linhas 14 e 22) foi do mesmo tipo, prolongando, assim, o contexto de Desafio e de não colaboração entre a díade.

Do ponto de vista conversacional, parece que, não só a ação de terceira posição do terapeuta com início na linha 14 não facilitou o restabelecimento da colaboração terapêutica, como a alteração do comportamento não-verbal da cliente das linhas 6, 7, 11 e 12 para as linhas 17, 18 e 22 sugere uma rigidificação do seu desalinhamento e atitude não colaborativa relativamente à intenção da intervenção inicial do terapeuta.

Por seu turno, a Ilustração 9, extraída a partir da primeira sessão do caso clínico finalizado, retrata uma sequência conversacional entre o terapeuta e a cliente na qual, após um episódio interativo de Desafio – Risco intolerável (transcrito da linha 1 à linha 14), o terapeuta insistiu na sua intervenção anterior, confrontando a cliente com o sarcasmo da sua própria resposta anterior (com indicação do início da referida ação por meio de uma primeira seta horizontal na linha 15). A cliente emitiu, então, uma Resposta de alinhamento condicente com a subcategoria Acordo elaborado (com indicação da sua ocorrência por meio de uma segunda seta horizontal na linha 19). A esta sequência conversacional esteve associado o restabelecimento da colaboração terapêutica no seguimento do episódio interativo não colaborativo já referido, de acordo com o SCCT (Ribeiro et al., 2013).

Ilustração 9

Restabelecimento da colaboração terapêutica no caso clínico finalizado: Insistência do terapeuta e alinhamento da cliente

```

1  T: <↓ser (.) divertida ser .h atenta preocupada> (0.7)
2    ah~ (1.5) .hh Ana ((nome fictício))?, (1.0) eu ia<
3    <pedir-lhe> que:: (1.0) ↓até à nossa próxima conversa
4    ah~ (1.7) podia ser interessante escrever uma carta a
5    este~ parasita (0.5).hh explicando-lhe um pouco (.)
6    ah~ todas estas coisas que nós já fomos percebendo
7    sobre (1.2) ah~ <de onde ele vem (0.5) como é que ele
8    faz para ir:: ah~ para conseguir prender-se .h ah~ à
9    Ana (1.2) ah~ o que é que ele consegue com isso> .hh
10   ah~ há outras questões que nos ainda não percebemos
11   ainda muito bem (hoje) não é? onde é que ele vai
12   alimentar-se qual é o projeto [que este parasita tem]
13  C: [se calhar vai] ao
14     restaurante ((ri))
→ 15  T: ((ri)) para (-) a Ana ((ri)) ah~ .h (1.5) este
16     foi um momento sem parasita não é?, é curioso como eu
17     percebo exatamente aquilo que::
18     (1.5)
→ 19  C: ((abana com a cabeça)) mas de facto tem muitas< (1.5)
20     muitas coisas assim?,

```

21 T: °ok::°
 22 C: às vezes (0.7) por qualquer coisa vou buscar assim
 23 uma:: (0.5)
 24 T: °hm_hm°
 25 C: piada e [↑corta]
 26 T: [((°ok°))]
 27 C: um bocado o ritmo aque::le stress?
 28 T: hm_hm

Nota. T: Terapeuta; C: Cliente.

Previamente a este excerto (Ilustração 9), o trabalho terapêutico havia sido focado na exploração do problema da cliente, a que, no âmbito da linguagem e técnica de externalização próprias da TN (e.g., Gonçalves & Bento, 2008; Gonçalves, Matos, & Santos; White & Epston, 1990), a cliente chamou de “parasita”. Terminando uma breve sumarização acerca dessa exploração, com início nalgumas falas anteriores (linha 1), na linha 2, o terapeuta alterou a intenção da sua intervenção e desafiou a cliente a escrever uma carta dirigida ao “parasita”, na qual pudesse refletir e “falar-lhe” acerca de questões ainda pouco afloradas no contexto da conversação terapêutica: onde é que o “parasita” se alimentava e qual o projeto que teria para a sua vida. Precipitando-se na resposta ao terapeuta (note-se a sobreposição na linha 13, sugerindo por si só a experiência de Risco intolerável da cliente), a cliente reagiu ironicamente, respondendo a apenas parte do pedido (focou-se na primeira questão, que ouviu, e delegou a segunda, que não terá ouvido devido à sobreposição já referida).

Posto isto, esforçando-se por alinhar novamente com a cliente (note-se a mimetização do riso da cliente do final da linha 14 no início da respetiva linha 15), o terapeuta confrontou a cliente de modo igualmente irónico (linhas 15, 16 e 17), em proveito da promoção de um novo *insight* na cliente: enfatizar um momento de exceção face ao problema. A cliente realinou-se, então, com a perspetiva proposta pelo terapeuta, tendo não só concordado com a mesma, como oferecido evidências de que o recurso ao humor acontece noutros momentos, com consequências positivas ao nível da gestão do stresse (linhas 19, 20, 22, 23, 25 e 27).

De acordo com o SCCT (Ribeiro et al., 2013), a intervenção do terapeuta nas linhas 15, 16 e 17 foi codificada como Desafio e a resposta subsequente da cliente, com início na linha 19, foi codificada como Validação do Desafio por Risco tolerável. Por outras palavras, após um primeiro episódio interativo de Desafio – Risco intolerável e,

por isso, não colaborativo, verificou-se o restabelecimento da colaboração terapêutica, dada a ocorrência de um episódio interativo de Desafio – Risco tolerável, que, não só colocou a interação da díade dentro da ZDPT da cliente, numa zona de colaboração, como permitiu que ela avançasse no sentido da mudança (facilitou o *insight*).

Do ponto de vista conversacional, parece que a ação de terceira posição do terapeuta com início na linha 15 foi bem-sucedida na facilitação do restabelecimento da colaboração terapêutica (note-se, em particular, a mimetização do riso e da ironia da resposta não colaborativa prévia da cliente), com a cliente a ser capaz de se realinhar novamente com a perspectiva por ele proposta, transformando a sua atitude previamente não colaborativa numa atitude marcadamente colaborativa (linhas 19, 20, 22, 23, 25 e 27).

Por fim, a Ilustração 10, extraída a partir da terceira sessão do caso clínico finalizado, retrata uma sequência conversacional entre o terapeuta e a cliente, após um episódio interativo de Desafio – Risco intolerável (transcrito da linha 1 à linha 19). Posteriormente a esse episódio, o terapeuta desistiu da sua intervenção anterior, refletindo por outras palavras aquilo que a cliente havia terminado de dizer (com indicação do início da referida ação por meio de uma primeira seta horizontal na linha 21), e a cliente emitiu uma Resposta de alinhamento condicente com a subcategoria de Acordo elaborado (com indicação da sua ocorrência por meio de uma segunda seta horizontal na linha 23). A esta sequência conversacional esteve associado o restabelecimento da colaboração terapêutica no seguimento do episódio interativo não colaborativo já referido, de acordo com o SCCT (Ribeiro et al., 2013).

Ilustração 10

Restabelecimento da colaboração terapêutica no caso clínico finalizado: Desistência do terapeuta e alinhamento da cliente

```
1 T: <o que é que resulta?, destas duas>
2 (1.2)
3 C: é uma Ana ((nome fictício)) tola .h (0.7) se calhar#
4 tenho a noção que:: eu:: não estou#?, (1.0) bem para
5 estar assim,
6 (1.5)
7 T: hm_hm (1.5) o::k (1.5) ↑.hhh >hm_hm<
8 (1.5)
```

9 C: estou:: a passar-me?, eu estou a ficar passada ((ergue
 10 as sobrancelhas))
 11 T: hm_hm
 12 C: eu digo muitas vezes que estou a ficar passada
 13 ↓deve.ser da .idade
 14 T: ok
 15 (0.7)
 16 C: eu acho que essa é uma:: (h)
 17 T: hm_hm
 18 C: ((mantém o rosto tapado com as mãos)) é uma capa# para
 19 disfarçar
 20 (0.2)
 → 21 T: ↓ok (1.5) é uma forma de a Ana ((nome fictício)) lidar
 22 com
 → 23 C: ↓é(hh) é tentar tapar o sol com (0.2) ↓uma peneira
 24 como eu costumo dizer

Nota. T: Terapeuta; C: Cliente.

Previamente a este excerto (Ilustração 10), a cliente havia afirmado que o mundo era um lugar sombrio e cheio de perigos, e que se considerava uma pessoa fraca. Na linha 1, o terapeuta desafiou a cliente a refletir acerca das implicações que resultavam de ambas asunções (mundo sombrio e perigoso e auto-perceção de fraqueza), e a cliente começou por responder de forma sarcástica (“é uma Ana tola” na linha 2), daí derivando a sua resposta até ao final da linha 19, e assim invalidando a intervenção do terapeuta por Risco intolerável.

Posto isto, esforçando-se por alinhar novamente com a perspetiva da cliente (notem-se os vários marcadores do discurso utilizados pelo terapeuta nas linhas 7, 11, 14, 17 e no início da linha 21), o terapeuta desistiu de obter uma resposta preferencial face à sua intervenção prévia e optou por emitir uma ação de Formulação, assim devolvendo à cliente a indicação de que estava atento e conectado com o seu discurso (linhas 21 e 22). A cliente validou, então, o esforço de realinhamento do terapeuta (note-se a mimetização da diminuição do volume da voz no início da sua linha 23, idêntica à diminuição registada no início da linha 21 do terapeuta), não só concordando com a sua Formulação, mas também estendendo-a.

De acordo com o SCCT (Ribeiro et al., 2013), a intervenção do terapeuta nas linhas 21 e 22 foi codificada como Suporte no problema e a resposta subsequente da cliente, com início na linha 23, foi codificada como Validação do Suporte no problema por Segurança. Por outras palavras, após um primeiro episódio interativo de Desafio – Risco intolerável e, por isso, não colaborativo, verificou-se o restabelecimento da colaboração terapêutica, dada a ocorrência de um episódio interativo de Suporte no problema – Segurança, que colocou a interação da díade numa zona colaborativa e de conforto, dentro da ZDPT da cliente.

Do ponto de vista conversacional, parece que os vários marcadores do discurso emitidos pelo terapeuta das linhas 7 ao início da linha 21 e a sua ação de terceira posição com início nessa mesma linha foram bem-sucedidos no realinhamento com a perspectiva oferecida pela cliente (da linha 3 à linha 19), assim facilitando o restabelecimento da colaboração terapêutica.

DISCUSSÃO

Em concordância com Ribeiro (2009), que sugere que a colaboração terapêutica é melhor entendida como a “coordenação de ações entre terapeuta e cliente, momento a momento, no contexto da conversação terapêutica” (p. 171), e com Vehviläinen (2008) e Peräkylä (2013), que defendem que é o modo como terapeuta e cliente gerem a sua descoordenação de ações que facilita ou dificulta o decurso da conversação terapêutica, neste estudo propusemo-nos a caracterizar as ações de terceira posição do terapeuta e as reações de quarta posição das clientes de um caso clínico de desistência e insucesso e de um caso clínico finalizado com sucesso, após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, previamente identificados por recurso ao SCCT (Ribeiro et al., 2013), em associação com o (não)restabelecimento da colaboração terapêutica.

No que diz respeito à análise das ações de terceira posição do terapeuta após os referidos episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, identificámos duas categorias de ação distintas: Insiste na sua intervenção anterior *versus* Desiste da sua intervenção anterior. Verificámos que, em ambos os casos clínicos, o terapeuta tendeu a privilegiar ações de insistência na sua intervenção anterior, em detrimento de ações de desistência. De entre as suas ações de insistência, verificámos que, no caso clínico de desistência, optou mais frequentemente por questionar a cliente, mantendo a sua intenção inicial, no respeito pela agenda terapêutica pré-estabelecida; ao passo que, no

caso clínico finalizado, tendeu a optar mais frequentemente por dirigir/orientar a cliente no sentido da resposta preferencial à sua intervenção inicial. Curiosamente, em ambos os casos clínicos analisados, as ações de insistência por parte do terapeuta estiveram mais frequentemente associadas ao não restabelecimento da colaboração terapêutica, ao passo que as suas ações de desistência estiveram mais frequentemente associadas ao restabelecimento da mesma.

Não obstante a distinção entre os conceitos de (des)alinhamento e de (des)afiliação já explicitada (referindo-se o primeiro dos conceitos ao nível estrutural da conversação e o segundo ao nível afetivo da mesma), este resultado parece congruente com os resultados do estudo prévio de Muntigl e coautores (2012), na medida em que a o (des)alinhamento entre os participantes numa dada interação pressupõe sempre a sua (des)afiliação, embora o oposto não seja necessariamente observado. Recordámos que, no seu estudo, Muntigl e coautores (2012) verificaram que, após momentos de desacordo entre terapeutas e clientes de TFE, os terapeutas tenderam a adotar dois cursos de ação: i) recuar em relação à sua própria perspetiva, afiliando-se com a perspetiva contrastante dos clientes (sobreposto em parte à categoria Desiste da sua intervenção anterior encontrada no presente estudo); e, ii) confrontar os clientes em relação ao desacordo entre ambos (sobreposto em parte à categoria Insiste na sua intervenção anterior, encontrada no presente estudo).

Curiosamente, também nesse estudo (Muntigl et al., 2012), a primeira das formas resultou maioritariamente na reafiliação e consenso entre os elementos da díade terapêutica (sobreposta em parte ao restabelecimento da colaboração terapêutica no presente estudo), ao passo que a segunda nem sempre foi tão bem-sucedida (congruente com o não restabelecimento da colaboração terapêutica no presente estudo). Na mesma linha, também Muntigl e Horvath (2014) verificaram que as sequências interativas de desafiliação ocorrem de diferentes formas e são sucedidas de tentativas, mais ou menos bem-sucedidas, de reparação, mediante o uso, por parte do terapeuta, de recursos quer verbais quer não-verbais.

A maior discrepância entre os resultados do presente estudo e os resultados do estudo de Muntigl e coautores (2012) prende-se com a frequência com que os dois tipos ou categorias de ação de terceira posição encontrados foram adotados. Se no presente estudo, o terapeuta tendeu a privilegiar ações de insistência em detrimento de ações de desistência, independentemente do caso clínico em consideração; assumido o paralelismo, no estudo de Muntigl e coautores (2012) verificou-se o oposto. Tal poderá

ser explicado pela discrepância entre os estudos relativamente à abordagem terapêutica de referência. Efetivamente, enquanto que na TFE é expectável que o terapeuta se guie pelo quadro de referência do cliente (e.g., Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Greenberg & Watson, 1998; Greenberg, Rice, & Watson, 1994), na TN é mais expectável que o terapeuta se centre na desconstrução da narrativa problemática do cliente e procure facilitar a emergência de uma narrativa alternativa mais adaptativa (e.g., Gonçalves et al., 2009; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2008; White & Epston, 1990).

Por sua vez, assumindo o paralelismo em relação aos resultados do estudo de Weiste (2015), referido previamente na Introdução deste estudo, as ações de insistência do terapeuta na sua intervenção anterior estarão mais próximas das ações de desacordo sem suporte propostas pela autora e as suas ações de desistência estarão mais próximas das ações de desacordo com suporte. A aferição do (não)restabelecimento da colaboração terapêutica com base na codificação com o SCCT (Ribeiro et al., 2013) nos episódios interativos subsequentes aos episódios interativos de Desafio – Risco intolerável sugere que, também no presente estudo, as ações de insistência promoveram no cliente respostas menos próximas do preferencial e, por isso, menos colaborativas (de possível irritação e raiva); ao passo que, as ações de desistência promoveram respostas mais próximas do preferencial e, por isso, mais colaborativas (também de confirmação e elaboração, de entre outras).

De entre as ações de insistência na sua intervenção anterior, foram as subcategorias Direção/Orientação (ver Ilustrações 8 e 9), Questionamento e Confrontação que, quer no caso clínico de desistência quer no caso clínico finalizado, se encontraram mais frequentemente associadas ao não restabelecimento da colaboração terapêutica, após os episódios interativos de Desafio – Risco intolerável identificados, ao contrário do sucedido relativamente às subcategorias Pressuposição/Questão otimista e Interpretação. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de as primeiras implicarem um maior grau de diretividade por parte do terapeuta, convidando o cliente a explicitar o seu acordo ou desacordo em relação à proposta por ele efetuada, do que aquilo que acontece em relação às segundas (e.g., Peräkylä, 2013; Hayano, 2013). Para além disso, as pressuposições ou questões otimistas suscitam mais frequentemente respostas positivas por parte dos clientes, uma vez que são habitualmente “construídas de forma a licitar respostas preferenciais que afirmem a sua agência, competência, resiliência, capacidades, realizações, ou uma combinação destas” (MacMartin, 2008, p.

82). Por seu turno, as interpretações, apesar de serem realizadas a partir do ponto de vista do terapeuta, potencialmente diferente e/ou mais elaborado do que o do cliente, têm como ponto de partida o discurso do próprio cliente, assim justificando a sua mais frequente confirmação (e.g., Peräkylä, 2013).

De entre as subcategorias da ação de terceira posição Desiste da intervenção anterior por parte do terapeuta, aquela que mais frequentemente se encontrou associada ao restabelecimento da colaboração terapêutica em ambos os casos clínicos foi a de Formulação (ver Ilustração 10). Este resultado é congruente com a proposta de Antaki (2008), de entre outros autores (e.g., Bercelli et al., 2008), para quem as formulações correspondem à forma de ação do terapeuta que mais marcadamente sublinha a dimensão cooperativa da interação terapêutica e facilita a afiliação entre os participantes. Efetivamente, ao refletir o discurso prévio do cliente, apropriando-se de palavras do próprio e/ou utilizando as suas próprias palavras, sem contudo alterar o significado do que foi dito, o terapeuta não só lhe demonstra atenção, como compreensão e responsividade.

No que diz respeito à análise das ações de quarta posição das clientes após os episódios interativos de Desafio – Risco intolerável previamente identificados por recurso ao SCCT (Ribeiro et al., 2013) e subsequentes ações do terapeuta, verificámos que ambas tenderam a privilegiar Respostas de desalinhamento (ver Ilustração 8), tendo emitido menos frequentemente Respostas de alinhamento (ver Ilustrações 9 e 10). Por sua vez, a categoria de ação Respostas ambíguas foi residual em ambos os casos clínicos.

A categorização das ações do cliente em Respostas de alinhamento e Respostas de desalinhamento é comum em grande parte da investigação mais recente realizada por recurso à AC (e.g., Antaki, 2008; Bercelli et al., 2008; Lee, 2013; Peräkylä, 2010, 2011, 2013; Vehviläinen, 2008). Mais recentemente, de entre essas categorias de resposta têm sido distinguidas várias formas de ação atendendo ao grau de envolvimento do cliente, das quais decorreram também as subcategorias consideradas no presente estudo.

Por exemplo, de entre as Respostas de alinhamento e à semelhança do proposto por Bercelli e coautores (2008), neste estudo distinguimos entre Meras confirmações e Acordos elaborados, cuja característica principal é a de confirmarem o discurso prévio do terapeuta, no entanto implicando um menor e maior grau de envolvimento do cliente, respetivamente. Efetivamente, de acordo com as primeiras, o cliente limita-se a confirmar, de forma minimal, o discurso do terapeuta; ao passo que, de acordo com as

segundas, o cliente não só confirma o discurso prévio do terapeuta como justifica o porquê da sua confirmação, providenciando evidências que a suportem.

Curiosamente, a cliente do caso clínico de desistência analisado neste estudo demonstrou mais frequentemente a sua aceitação da proposta prévia do terapeuta por meio de Meras confirmações; ao contrário da cliente do caso clínico finalizado, que o fez mais vezes por meio de Acordos elaborados. Ambas as formas de ação, assim como as restantes subcategorias de Resposta de alinhamento, estiveram mais frequentemente associadas ao restabelecimento da colaboração terapêutica do que ao seu não restabelecimento, nos dois casos clínicos analisados.

Tratando-se de Respostas de alinhamento poderia ser expectável que assegurassem sempre o restabelecimento da colaboração terapêutica. No entanto, recordamos que, apesar de o SCCT (Ribeiro et al., 2013) ter na sua raiz algumas influências dos constructos da AC, se distingue quanto ao foco da análise, na medida em que articula a conversação terapêutica com a mudança em terapia e, por isso, pressupõe um entendimento clínico, que a AC, cujo foco mais tradicional é na estrutura conversacional e, por isso, no alinhamento entre o terapeuta e o cliente, não considera. A sobreposição entre ambas as metodologias de análise da interação terapêutica justifica-se, sobretudo, na medida em que o alinhamento entre os participantes é, muitas vezes, indestrinçável da sua afiliação, constructo este próximo à conceptualização de colaboração terapêutica de Ribeiro e coautores (2013). Teoricamente, parece-nos, pois, que a sobreposição dos resultados advindos das duas metodologias ocorre quando (des)alinhamento e (des)afiliação ocorrem simultaneamente numa mesma interação, sendo que é possível verificar-se o desalinhamento entre os participantes quanto à estrutura das suas falas sem que estes estejam orientados para projetos interativos divergentes, isto é, desafiliados.

Uma das evidências favorável a este argumento é a de que, de entre as Respostas de desalinhamento das clientes, o Desacordo elaborado da cliente desistente tendeu a estar mais frequentemente associado ao não restabelecimento da colaboração terapêutica; ao passo que o Desacordo elaborado da cliente que completou a terapia tendeu a estar mais frequentemente associado ao restabelecimento da colaboração terapêutica, assim contrariando a expectativa teórica de que todas as Respostas de desalinhamento se encontrariam mais frequentemente associadas ao não restabelecimento da colaboração. Tal resultado sugere, pois, que no caso da cliente que completou a terapia, as suas respostas de Desacordo elaborado foram desalinhadas com

as propostas do terapeuta, no contexto de um mesmo projeto interativo (isto é, de um mesmo tópico e/ou objetivo) e, por isso, afiliadas; ao contrário das respostas de Desacordo elaborado da cliente desistente que terão sido simultaneamente desalinhadas e desafiadas com as propostas do terapeuta. As primeiras foram, por isso, captadas pelo SCCT (Ribeiro et al., 2013) como sendo colaborativas e facilitadoras da interação terapêutica, ao passo que as segundas não. Um exemplo disso constitui o facto de não raras vezes, embora não concordando com a proposta do terapeuta, a cliente que completou a terapia ter fornecido uma alternativa que facilitasse o entendimento entre ambos (e.g., “Não, não é bem assim. Às vezes o que acontece é que...”); Ao contrário da cliente desistente que, não concordando com o terapeuta, recorreu mais frequentemente a argumentos favoráveis ao seu desacordo (e.g., “Não, não. Isso não muda nada.”), assim fortalecendo a sua postura não colaborativa.

Dado o comportamento semelhante do terapeuta em ambos os casos clínicos ao nível das suas ações de terceira posição pós-episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, parece-nos, pois, que o terapeuta não terá sido capaz de adequar a sua intervenção às necessidades específicas das clientes, nomeadamente da cliente que viria a desistir precocemente da terapia. Este resultado sugere a relevância de os terapeutas atenderem ao modo como os clientes articulam as suas falas, reconhecendo indicadores conversacionais de (des)alinhamento e de eventual (des)afiliação. Dessa forma poderão mais facilmente intencionalizar os seus esforços no sentido de promover o (re)alinhamento e a (re)afiliação com os clientes, assegurando um desenvolvimento potencialmente mais positivo da conversação terapêutica entre ambos, mais favorável à continuidade da terapia e à própria mudança do cliente. Em linha com Streeck (2008), Pain (2009) e Potter e Edwards (2013) acreditamos, efetivamente, que após uma indicação de quebra na colaboração terapêutica na fala do cliente, a primeira e mais importante oportunidade de reparação dessa quebra é a fala do terapeuta imediatamente a seguir, na medida em que acreditamos que uma boa micro-regulação da conversação terapêutica poderá estar associada a uma maior eficácia da terapia. Para tal, é fundamental que a formação e o treino de terapeutas fomentem uma atitude de presença na terapia por parte destes, dirigindo a sua atenção para a imediaticidade da interação com os seus clientes (Geller & Greenberg, 2002; Hill & Knox, 2009).

Para além disso, os resultados deste estudo parecem contribuir para consolidar a validação externa do modelo de colaboração terapêutica proposto por Ribeiro e coautores (2013), na medida em que os resultados da AC das ações de terceira posição

do terapeuta e das ações de quarta posição das clientes nos casos clínicos estudados são consistentes com os resultados de grande parte dos estudos realizados por recurso ao SCCT, decorrente do referido modelo (e.g., Corrêa, 2016, Ferreira et al., 2015; Gonçalves et al., 2012; Ribeiro et al., 2014a, 2014b, 2016a, 2016b, 2017).

Por fim, aponta-se como principal limitação deste estudo o facto de, em algumas das gravações audiovisuais das sessões dos dois casos clínicos em estudo, não ter sido possível observar e descrever inteiramente o comportamento verbal e não-verbal do terapeuta e das clientes, dado o posicionamento dos materiais utilizados e a qualidade das mesmas. Recorde-se, por exemplo, que, nos estudos de Muntigl e coautores (2012) e de Muntigl e Horvath (2014), o recurso a estratégias não-verbais por parte do terapeuta (nomeadamente, a acenos de cabeça) se mostrou facilitador da sua reafiliação com as posições divergentes dos clientes. Sugere-se, assim, que em estudos futuros com AC este tipo de estratégias possa ser considerado, através de um processo criterioso de recolha de dados desenhado para o efeito.

Dado que os resultados encontrados refletem as linhas de ação de um terapeuta e de duas clientes de TN, seria interessante expandir este estudo a estudos com casos clínicos seguidos por diferentes terapeutas, em diferentes abordagens terapêuticas, e/ou com diferentes tipos de finalização e/ou de resultados terapêuticos. À semelhança do presente estudo, acreditamos que os estudos sugeridos contribuiriam de forma relevante para informar a formação e a prática clínicas, nomeadamente quanto ao tipo de ações que deverão ser evitadas pelos terapeutas por forma a facilitarem um desenvolvimento positivo da conversação terapêutica e quanto ao tipo de ações por que deverão adotar aquando da indicação de uma quebra na colaboração por parte dos seus clientes. Por outro lado, ao nível das ações dos clientes, tais estudos contribuiriam para a identificação de características conversacionais tipicamente associadas a quebras na colaboração, facilitando o seu reconhecimento e atenção por parte dos terapeutas.

REFERÊNCIAS

- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª Edição). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Antaki, C. (2008). Formulations in psychotherapy. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar, *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 26–42). Cambridge: University Press.

- Bavelas, J. B., McGee, D., Phillips, B., & Routledge, R. (2000). Microanalysis of communication in psychotherapy. *Human Systems, 11*, 47–66.
- Bercelli, F., Rossano, F., & Viaro, M. (2008). Client's responses to therapists' reinterpretations. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar, *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 43–61). Cambridge: University Press.
- Corrêa, A. S. (2016). *Os acontecimentos significativos e a relação terapêutica: Compreendendo a mudança em psicoterapia*. Tese de doutoramento em Psicologia apresentada à Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga.
- Elliot, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10725-000
- Eubanks-Carter, C., Mitchell, A., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2009). *Rupture resolution rating system (3RS): Manual*. Unpublished manuscript.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence based-guide to practice* (pp. 84–102). New York: Guilford Press.
- Ferreira, A., Ribeiro, E., Pinto, D., Pereira, C., & Pinheiro, A. (2015). Colaboração terapêutica: Estudo comparativo de dois casos de insucesso terapêutico – Um caso finalizado e um caso de desistência. *Análise Psicológica, 2*(33), 165-177. doi: 10.14417/ap.938.
- Geller, S., & Greenberg, L. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter in psychotherapy. *Person Centered & Experiential Psychotherapies, 1*, 71–86.
- Gonçalves, M. M. & Bento, T. (2008). *Manual terapêutico de psicoterapia narrativa de re-autoria*. Manuscrito não publicado, Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- 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.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*, 210–224.

- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Watson, J. (1994). *Manual for client-centered therapy*.
Manuscrito não publicado.
- Hayano, K. (2013). Question design in conversation. In J. Sidnell & T. Stivers, *The handbook of conversation analysis* (pp. 395–414). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Hill, C., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research, 19*(1), 13–29. doi: 10.1080/10503300802621206
- International Business Machines Corporation (2014). *Microsoft .NET User Guide for IBM SPSS Statistics*. [Programa de computador]. <http://www.ibm.com>
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In G. Lerner (Ed.), *Conversation analysis: Studies from the first generation* (pp. 13–31). Amsterdam: John Benjamins.
- Kondratyuk, N., & Peräkylä, A. (2011). Therapeutic work with the present moment: A comparative analysis of existential and cognitive therapies. *Psychotherapy Research, 21*(3), 316–330. doi: 10.1080/10503307.2011.570934
- Lee, Seung-Hee (2013). Response design in conversation. In J. Sidnell & T. Stivers, *The handbook of conversation analysis* (pp. 415–432). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- 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. doi: 10.1111/1467-7687.00090
- Lewis, M. D., Zimmerman, S., Hollenstein, T., & Lamey, A. V. (2004). Reorganization in coping behavior at 1 1/2 years: Dynamic systems and normative change. *Developmental Science, 7*(1), 56–73.
- Machado, P. P. P., & Fassnacht, D. (2014). The Outcome Questionnaire (OQ-45.2) in a Portuguese population: Psychometric properties, norms and confirmatory analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*.
- MacMartin, C. (2008). Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar, *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 80–99). Cambridge: University Press.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research, 19*(1), 68–80. doi: 10.1080/10503300802430657

- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H., Horowitz, M., & Perry, C. (1999). Sequential consequences of therapists' interventions. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*, 8, 40–54.
- Muntigl, P., & Horvath, A. (2014). The therapeutic relationship in action: How therapists and clients co-manage relational disaffiliation. *Psychotherapy Research*, 24(3), 327–345. doi.org/10.1080/10503307.2013.807525
- Muntigl, P., Knight, N., Watkins, A., Horvath, A., & Angus L. (2013). Active retreating: Person-centered practices to repair disaffiliation in therapy. *Journal of Pragmatics*, 53, 1–20. doi.org/10.1016/j.pragma.2013.03.019
- Pain, J. (2009). *Not just talking: Conversation analysis, Harvey Sacks' gift to therapy*. London: Karnac Books Ltd.
- Peräkylä, A. (2010). Shifting the perspective after the patient's response to an interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis*, 91(6), 1363–1384. doi: 10.1111/j.1745-8315.2010.00323.x
- Peräkylä, A. (2011). After interpretation: Third-position utterances in psychoanalysis. *Research on Language and Social Interaction*, 44(3), 288–316. doi: 10.1080/08351813.2011.591968
- Peräkylä, A. (2013). Conversation analysis in psychotherapy. In J. Sidnell, & T. Stivers (Eds.), *The handbook of conversation analysis* (pp. 551–574). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Ribeiro, A. P., Braga, C., Stiles, W. B., Teixeira, P., Gonçalves, M. M., & Ribeiro, E. (2016a). Therapist interventions and cliente ambivalence in two cases of narrative therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 26(6), 681–693. doi: 10.1080/10503307.2016.1197439
- Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M. M., Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2014a). Therapeutic collaboration and resistance: Describing the nature and quality of the therapeutic relationship within ambivalence events using the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research*, 24(3), 346–359. doi: 10.1080/10503307.2013.856042
- Ribeiro, E. (2009). A aliança terapêutica reconsiderada: Colaboração terapêutica em zonas de mudança proximal. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (pp. 167–181). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A. S., Stiles, W. B., Pires, N., Santos, B., Basto, I., & Salgado, J. (2016b). Therapeutic collaboration and the assimilation of

- problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 26(6), 665–680. doi: 10.1080/10503307.2016.1208853
- Ribeiro, E., Fernandes, C., Santos, B., Ribeiro A., Coutinho, J., Angus, Lynne, & Greenberg, L. (2014b). The development of therapeutic collaboration in a good outcome case of person-centered therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(2), 150–168. doi: 10.1080/14779757.2014.893250
- 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(3), 294–314. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x
- Ribeiro, E., Silveira, J., Senra, J., Azevedo, H., & Ferreira, A. (2017). *Colaboração terapêutica: Estudo comparativo de um caso de êxito y un caso de fracasso terapêutico, seguidos en terapia constructivista*. Manuscrito submetido para publicação.
- Sidnell, J. (2010). *Conversation analysis: An introduction*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Silverman, D. (1998). *Harvey Sacks: Social science & conversation analysis*. Cambridge: Polity Press.
- Strong, T., Busch, R., & Couture, S. (2008). Conversational evidence in therapeutic dialogue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(3), 388–405. doi: 10.1111/j.1752-0606.2008.00079.x
- Vehviläinen, S. (2008). Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar, *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 100–138). Cambridge: University Press.
- Vehviläinen, S., Peräkylä, A., Antaki, C., & Leudar, I. (2008). A review of conversational practices in psychotherapy. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar (Eds.), *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 188–197). Cambridge: University Press.
- Voutilainen, L., Peräkylä, A., & Ruusuvoori, J. (2010a). Misalignment as a therapeutic resource. *Qualitative Research in Psychology*, 7(4), 299–315. doi: 10.1080/14780880902846411

- Voutilainen, L., Peräkylä, A., & Ruusuvuori, J. (2010b). Recognition and interpretation: Responding to emotional experience in psychotherapy. *Research on Language and Social Interaction*, 43(1), 85–107. doi: 10.1080/08351810903474799
- Voutilainen, L., Peräkylä, A., & Ruusuvuori, J. (2011). Therapeutic change in interaction: Conversation analysis of a transforming sequence. *Psychotherapy Research*, 21(3), 348–365. doi: 10.1080/10503307.2011.573509
- Weist, E. (2015). Describing therapeutic projects across sequences: Balancing between supportive and disagreeing interventions. *Journal of Pragmatics*, 80, 22–43. doi.org/10.1016/j.pragma.2015.02.001
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

Os estudos que compõem a presente tese enquadram-se numa perspetiva de investigação no processo em psicoterapia, dado que o seu foco foi o de compreender o que se passa no contexto intrassessão, em particular na interação entre terapeuta e cliente, que pode favorecer a mudança. Nesse sentido, os três estudos estruturaram-se em torno de dois tipos de investigação no processo: estudos descritivos e estudos numa lógica de *theory building* (Hardy & Llewlyn, 2015). A natureza descritiva dos estudos decorre do foco na observação e na procura de padrões de ações dos participantes da díade terapêutica que se mostrem relevantes para a qualidade da colaboração terapêutica e para a ocorrência de mudança, uma vez que as bases teóricas e o conhecimento empiricamente suportado sobre o fenómeno em estudo são ainda escassos. O modelo de colaboração terapêutica (Ribeiro et al., 2013) em torno do qual os três estudos se organizaram está ainda num estágio de desenvolvimento e consolidação conceptual e empírica. Compreender como a colaboração terapêutica e a mudança (co)ocorrem ao nível micro-analítico exige considerar a complexidade e singularidade de alguns processos envolvidos no fenómeno. Neste contexto, os estudos desenvolvidos foram orientados pelo objetivo geral de contribuir para a elaboração do modelo de colaboração terapêutica, articulando a natureza descritiva com a natureza de *theory building*.

De modo a prosseguir os objetivos gerais da tese, que justificaram a natureza dos tipos de estudos referidos no parágrafo anterior, seleccionámos a metodologia de estudo de caso, combinando análises quantitativas e qualitativas, de acordo com um *design* misto concorrente (Hanson, Creswell, Clark, Petska, & Creswell, 2005). Em concordância com vários autores (e.g., Baxter & Jack, 2008; Meystre, Kramer, Roten, Despland, & Stiles, 2014), considerámos que esta opção permitiu uma mais próxima e aprofundada exploração dos fenómenos em estudo, bem como uma importante oportunidade para comparar observações detalhadas no âmbito dos processos terapêuticos dos casos clínicos analisados com as conceptualizações teóricas de referência, assim contribuindo para o refinamento e elaboração do modelo de colaboração terapêutica de Ribeiro e coautores (2013).

À semelhança de Hill, Knox, Thompson, Williams, e Hess (2005), assumimos que a seleção dos procedimentos de análise e de controlo de qualidade das mesmas, usados nestes estudos de caso, teve subjacente a possibilidade de conciliar pressupostos metodológicos de dois paradigmas de ciência distintos – o pós-positivismo e o

construtivismo –, prosseguindo uma lógica pragmática da investigação em psicoterapia (Hanson et al., 2005, *designs* mistos). Assim, nos três estudos não só privilegiámos a riqueza e profundidade que a análise observacional pormenorizada e qualitativa permite do fenómeno, como procurámos sustentar as interpretações daí decorrentes num acordo satisfatório entre diferentes pares de juízas e em dados de natureza descritiva/quantitativa.

Em suma, tomando como referência a tipologia de estudos de investigação no processo e mudança em psicoterapia proposta por Elliot (2010), consideramos que os nossos estudos obedecem a um desenho de processo sequencial e micro-analítico (*microanalytic sequential process design*), na medida em que “analisam a influência imediata e direta das intervenções do terapeuta nos processos do cliente, na própria sessão, e também o efeito que as ações do cliente têm na forma como o terapeuta processa e planeia as suas atividades” (p. 128). Efetivamente, a conceptualização de colaboração terapêutica (Ribeiro et al., 2013) adotada de modo transversal aos três estudos desta tese e a aplicação da Análise de Conversação (AC; e.g., Jefferson, 2004) ao terceiro dos estudos, constituem-se, por si só, como um esforço de resposta à necessidade de estudar os micro-processos através dos quais a mudança em psicoterapia ocorre, momento a momento, na interação entre terapeuta e cliente.

De acordo com Hardy e Llewely (2015), este tipo de estudos focados no processo da psicoterapia tem como objetivo final suportar o desenvolvimento da formação e treino dos psicoterapeutas. Assim, por forma a concluir a presente tese, esta secção pretende oferecer uma reflexão e crítica acerca da inovação e das contribuições dos estudos realizados, com foco nos seus principais resultados e implicações para a investigação e prática clínicas.

Posto isto, em que medida justificámos a opção pela análise de casos clínicos de desistência e insucesso, que embora frequentes (e.g., Baekeland & Lundwall, 1975; Cooper & Conklin, 2015; Swift & Greenberg, 2012; Wierzbicki & Pekarik, 1993), são de ocorrência indesejável em psicoterapia? À semelhança de Gabalda (2006), defendemos que a análise de casos clínicos de cariz negativo (quer pelo tipo de finalização inesperada quer pela ausência de resultados clínicos significativos) é particularmente relevante para a produção de interpretações confiáveis e enraizadas em observações explícitas, que permitam uma validação contínua entre observações e interpretações, de forma a facilitarem a identificação das características peculiares que os distinguem de outros casos. Foi, aliás, pelo mesmo motivo, que do primeiro para o

segundo e terceiro estudos desta tese decidimos selecionar o caso clínico de desistência e insucesso que melhor parecia representar o padrão de colaboração terapêutica de um conjunto de sete casos do mesmo tipo, com vista a compará-lo com um caso clínico contrastante, finalizado e de sucesso. Ainda a este propósito, sublinhamos o facto de existirem muito poucos estudos de caso de casos clínicos de desistência e insucesso, quer no âmbito dos estudos realizados acerca da interação em psicoterapia – nomeadamente, colaboração terapêutica (e.g., Ferreira et al., 2015) e conversação em psicoterapia – quer no âmbito de outros modelos (e.g., Gabalda, 2006).

Efetivamente, esta tese apresenta o primeiro estudo do padrão da colaboração terapêutica num conjunto de casos clínicos de desistência e insucesso, bem como os primeiros dois estudos de caso comparativos entre um caso clínico de desistência e insucesso representativo do padrão de colaboração terapêutica identificado e um caso clínico contrastante, finalizado com sucesso, quer ao nível do padrão da colaboração terapêutica quer ao nível da AC das ações de terceira posição do terapeuta e de quarta posição das clientes, após episódios interativos específicos. De facto, os estudos previamente realizados por recurso ao Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT; Ribeiro et al., 2013) têm sido, na sua maioria, focados na análise do padrão da colaboração terapêutica num ou dois casos clínicos finalizados, com ou sem sucesso terapêutico (e.g., Corrêa, 2016; Gonçalves et al., 2012; Ribeiro et al., 2014a, 2014b, 2016a, 2016b, 2017). Por seu turno, também os estudos de aplicação da AC à psicoterapia têm sido focados na análise de uma ou várias sessões de um ou mais casos clínicos finalizados, com sucesso (e.g., Voutilainen et al., 2011), sem sucesso (e.g., Muntigl & Horvath, 2014), ou sem indicação do resultado terapêutico alcançado (e.g., Voutilainen et al., 2010). Os estudos de Kondratyuk e Peräkylä (2011) e Weiste (2015) são dos primeiros estudos comparativos conhecidos por recurso à AC ao nível da abordagem terapêutica, não havendo, contudo, conhecimento de um outro estudo que, tal como o terceiro estudo da presente tese apresente os resultados comparativos entre casos clínicos com diferentes tipos de finalização e/ou resultados terapêuticos.

Importa ainda notar que, embora tratando-se de uma abordagem terapêutica familiar a muitos terapeutas, a TN tem sido muito pouco estudada pelos investigadores da área da psicoterapia (Lopes, 2014), pelo que o facto de os estudos desta tese se centrarem em casos clínicos desta abordagem se apresenta igualmente como inovador, não obstante estes terem sido inicialmente selecionados por assumida disponibilidade e conveniência. Na verdade, quer no que diz respeito ao modelo de colaboração

terapêutica de Ribeiro e coautores (2013) quer no que se refere à aplicação da AC à psicoterapia (e.g., Jefferson, 2004) foram muito poucos os estudos desenvolvidos com base em casos clínicos de desistência e insucesso por si só e neste tipo de casos seguidos, de modo particular, em TN (e.g., Ferreira et al., 2015; Lopes, 2014; MacMartin, 2008; Neves, 2011; Pinto et al., 2011, comunicação pessoal), que não os diretamente relacionados com o desenvolvimento da presente tese (e.g., Pinto, E. Ribeiro, A. Ribeiro, Sousa, & Pinheiro, 2012a, 2012b, comunicações pessoais; Pinto et al., 2013a, 2013b, comunicações pessoais; Pinto, Pinheiro, & Ribeiro, 2013, comunicação pessoal; Pinto, Ribeiro, & Pinheiro, 2013, comunicação pessoal; Pinto, Ribeiro, Pinheiro, & Azevedo, 2014, comunicação pessoal; Pinto, Ribeiro, & Vasconcelos, 2016, comunicação pessoal; Pinto, Vasconcelos, Ribeiro, & Pinheiro, 2016; Ribeiro, Pinto, & Vasconcelos, 2016, comunicação pessoal; Ribeiro, Vasconcelos, & Pinto, 2015, comunicação pessoal).

Tal como referido previamente, do ponto de vista teórico, esta tese enquadra-se no modelo de colaboração terapêutica proposto por Ribeiro e coautores (2013), articulando a interação entre terapeuta e cliente com a mudança em psicoterapia, momento a momento, em resposta a múltiplas recomendações no sentido de alargar a investigação focada nos resultados à investigação focada nos micro-processos interativos que possibilitam a emergência desses mesmos resultados (e.g., Elliot, 2010; Cooper, 2012; Hatcher & Barends, 2006; Horvath, 2006; Safran & Muran, 2006).

De facto, Ribeiro e coautores (2013) apresentam um modelo teórico inovador, que integra os conceitos de Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDPT; Leiman & Stiles, 2001) e de mudança narrativa em psicoterapia (e.g., Gonçalves et al., 2009; Matos et al., 2008) por um lado, e o conceito de “validação de significados” de raiz construtivista de Kelly (1955, p. 95), por outro. Para os autores (Ribeiro et al., 2013), o progresso terapêutico ocorre à medida que terapeuta e cliente colaboram e coordenam as suas ações, num processo de validação mútua, por referência aos limites da ZDPT do cliente, assim pressupondo o equilíbrio dinâmico entre intervenções do terapeuta que suportam a necessidade de segurança do cliente e intervenções que o desafiam a experienciar novidade e mudar.

Enquanto medida de análise da colaboração terapêutica, o SCCT deriva diretamente do modelo de colaboração de Ribeiro e coautores (2013) e, no primeiro e segundo estudos desta tese, permitiu-nos descrever o padrão de desenvolvimento da colaboração terapêutica num conjunto de sete casos clínicos de desistência e insucesso

e, posteriormente, comparar esse padrão de colaboração num caso clínico representativo com o padrão de colaboração de um caso clínico contrastante, finalizado e de sucesso.

Os resultados do primeiro estudo permitiram-nos perceber que, no conjunto dos setes casos clínicos de desistência e insucesso analisados, independentemente do tipo de resposta dos clientes, o terapeuta tendeu a aumentar as suas intervenções de Desafio e a diminuir as suas intervenções de Suporte, ao longo das sessões. Por seu turno, os clientes tenderam a oscilar entre respostas de Segurança e de Risco intolerável, registando uma diminuição das primeiras e um aumento das segundas, no decurso dos processos. Assim, considerando a tendência do terapeuta para desafiar os clientes de forma crescente e indiscriminada ao longo das sessões dos respetivos processos terapêuticos, parece-nos razoável supor que a terapia se tornou cada vez mais ameaçadora, ou seja, invalidante, para estes clientes, promovendo a ativação de mecanismos de autoproteção e rigidificação do *self* (Kelly, 1955), e contribuindo para o desfecho de desistência dos casos.

Como já afirmámos, do primeiro para o segundo estudo, decidimos selecionar o caso clínico de desistência que, do conjunto dos sete casos acima descritos, demonstrou ser mais representativo dos resultados então obtidos, quer pela concordância entre os respetivos perfis individuais e o padrão de desenvolvimento da colaboração terapêutica geral do conjunto de casos, quer pela manutenção de níveis clínicos mais elevados de sintomatologia, do início do processo para a última avaliação pré-desistência. Reconhecemos aqui como limitação o facto de a última avaliação pré-desistência ter ocorrido na oitava sessão, sendo que a desistência ocorreu efetivamente após a nona sessão. Uma última avaliação na última sessão do caso, ou mesmo em termos de *follow-up*, ajudar-nos-ia a comprovar o estatuto do caso e os resultados decorrentes da análise do mesmo.

O caso clínico de desistência selecionado foi, então, emparelhado com um caso clínico de extremo oposto, contrastante quer relativamente ao tipo de finalização quer relativamente aos resultados terapêuticos obtidos (caso clínico de desistência e de insucesso *versus* caso clínico finalizado e de sucesso), tendo sido ambos analisados por recurso ao método *State Space Grids* (SSGs; Lewis et al., 1999, 2004), decorrente da Teoria dos Sistemas Dinâmicos de Lewis (2000). A Teoria dos Sistemas Dinâmicos partilha com o modelo de colaboração terapêutica de Ribeiro e coautores (2013) a noção de que a interação entre o sistema terapeuta–cliente é dinâmica e bidirecional, e emerge

continuamente, orientada por um princípio de auto-organização assente no tempo e na mudança.

Os resultados do segundo estudo mostraram-nos que as díades terapêuticas do caso clínico de desistência e insucesso e do caso clínico finalizado e de sucesso tenderam a interagir mais tempo dentro dos limites das ZDPT das clientes, próximas do seu nível de desenvolvimento atual, isto é, de uma zona de conforto e segurança para as clientes. No entanto, no caso clínico de desistência e insucesso verificámos uma duração superior de interações fora da ZDPT da cliente, para além do seu nível de desenvolvimento potencial (nomeadamente, de episódios interativos de Desafio – Risco intolerável), do que no caso clínico finalizado com sucesso. Por outro lado, no caso clínico finalizado com sucesso, a análise realizada permitiu captar avanços consistentes da cliente em direção a níveis superiores de desenvolvimento, dentro da sua ZDPT (nomeadamente, de Desafio – Risco tolerável), não captados no caso clínico de desistência e insucesso. Ainda relativamente a estes casos, o terapeuta parece ter sido mais capaz de responder às necessidades sinalizadas pela cliente do caso clínico finalizado com sucesso do que pela cliente do caso clínico de desistência e insucesso, na medida em que, no primeiro caso, parece ter sido mais capaz de assegurar o equilíbrio quanto ao (não)restabelecimento da colaboração terapêutica após os episódios interativos atratores de Desafio – Risco intolerável, diferenciadores entre ambos.

Posto isto, sugerido o desenvolvimento de diferentes padrões de colaboração entre as díades dos dois casos clínicos analisados no segundo estudo (sobretudo no que diz respeito à capacidade diferencial para retomarem o equilíbrio dinâmico dos respetivos sistemas mediante o restabelecimento da colaboração terapêutica após episódios interativos de Desafio – Risco intolerável), no terceiro estudo desta tese (ver Capítulo III) propusemo-nos a explorar que tipo de ações de terceira e quarta posições, respetivamente, terapeuta e clientes realizaram após tais episódios. Para tal, recorreremos à metodologia de AC (e.g., Jefferson, 2004), procurando expandir os estudos mais tradicionais de descrição e análise de categorias de ações individuais a uma sequência de ações mais alargada, incluindo a ação de terceira posição do terapeuta e a reação de quarta posição das clientes, após um primeiro par de ações respeitante ao episódio interativo de Desafio – Risco intolerável de partida. Em linha com Vehviläinen (2008) e Peräkylä (2013), acreditamos que é o modo como terapeuta e cliente gerem a sua descoordenação de ações que facilita ou dificulta o decurso da conversação terapêutica.

Efetivamente, os resultados do terceiro estudo parecem validar os resultados obtidos no segundo estudo, na medida em que, também do ponto de vista estrutural da conversação, se verificou uma tendência do terapeuta para não atender às necessidades das clientes, insistindo na sua intervenção anterior, mesmo após a indicação da experiência de Risco intolerável por parte destas a uma primeira intervenção de Desafio da sua parte. Estes resultados sugerem, pois, a relevância de os terapeutas atenderem ao modo como os clientes articulam as suas falas, reconhecendo indicadores conversacionais de (des)alinhamento e de eventual (des)afiliação. Dessa forma poderão mais facilmente intencionalizar os seus esforços no sentido de promover o (re)alinhamento e a (re)afiliação com os clientes, assegurando um desenvolvimento potencialmente mais positivo da conversação terapêutica entre ambos, mais favorável à permanência em terapia e à mudança. Em linha com Streeck (2008), Pain (2009) e Potter e Edwards (2013) acreditamos, efetivamente, que após uma indicação de quebra na colaboração terapêutica na fala do cliente, a primeira e mais importante oportunidade de reparação dessa quebra é a fala do terapeuta imediatamente a seguir, na medida em que acreditamos que uma boa micro-regulação da conversação terapêutica poderá estar associada a uma maior eficácia da terapia. Para tal, é fundamental que a formação e o treino de terapeutas fomentem uma atitude de presença na terapia por parte destes, dirigindo a sua atenção para a imediaticidade da interação com os seus clientes (Geller & Greenberg, 2002; Hill & Knox, 2009).

Por outro lado, embora do ponto de vista puramente conversacional as clientes tenham produzido respostas semelhantes face às ações do terapeuta, privilegiando Respostas de desalinhamento seguidas por Respostas de alinhamento, a aferição do (não)restabelecimento da colaboração terapêutica com base no SCCT (Ribeiro et al., 2013), enquanto medida mais próxima do constructo de (des)afiliação do que do constructo de (des)alinhamento captado pelas grelhas de categorização utilizadas, sugere que as clientes estariam orientadas para diferentes projetos e teriam diferentes graus de envolvimento na interação terapêutica. Efetivamente, em linha com os resultados do segundo estudo, parece-nos que a cliente do caso finalizado com sucesso estaria mais motivada para o processo terapêutico e, por isso, mais orientada para a mudança, do que a cliente desistente, que se mostrou muito resistente e não manifestou quaisquer resultados terapêuticos significativos (Bachelor et al., 2007; Bordin, 1979; Reis & Brown, 1999; Tryon & Winograd, 2001, 2002; Wierzbicki & Pekarik, 1993). Ou seja, parece-nos que o desalinhamento da cliente do caso clínico finalizado não terá

indicado o desacordo da cliente em relação aos objetivos gerais da terapia e às tarefas empreendidas, mas sim a sua dificuldade em envolver-se nesses objetivos gerais e tarefas, assim como em avançar na sua ZDPT. Por sua vez, no caso clínico de desistência, esse desacordo terá sido mais global, não só sugerindo as dificuldades da cliente em envolver-se nos objetivos gerais e tarefas da terapia, mas sim a sua indisponibilidade para os considerar. Assim, se para a cliente do caso clínico finalizado, embora difícil, a terapia parecia afigurar-se relevante; para a cliente do caso clínico de desistência, a terapia parecia ser irrelevante e, por isso, difícil. Relembre-se o facto de a cliente desistente ter assumido, desde cedo no processo, a sua desesperança e desmotivação face ao mesmo, tendo a sua procura de ajuda resultado da recomendação do psiquiatra que a acompanhava e da pressão dos pais e familiares mais próximos para o fazer. Recorde-se, ainda, que a cliente se debatia inclusivamente com a adesão ou não à medicação proposta pelo psiquiatra, tendo essa questão sido diretamente abordada várias vezes no contexto da psicoterapia. Logo na primeira sessão dizia: “Sinto que cada vez que falo nisto [problema], cada vez que venho aqui e cada vez que... Não sei, acho que é pior. Sinto-me pior.”; “Eu cheguei a um ponto em que acho que ninguém pode fazer nada.”; “Acho que isto não tem solução.”; “Perdi as esperanças.”.

Por seu turno, a procura de ajuda por parte da cliente que completou a terapia resultou da sua clara iniciativa individual, no seguimento do reconhecimento das suas dificuldades e necessidade de acompanhamento: “Isto não é normal”, costumava dizer, assumindo estranheza e diferenciando-se do problema. Efetivamente, não obstante momentos de tensão, Ana demonstrou-se, desde cedo, muito envolvida no processo, tendo pedido várias vezes aconselhamento ao terapeuta de forma bastante direta, revelado interesse no seu julgamento enquanto perito e acatado muitas vezes as suas propostas, tal como foi possível verificar no segundo estudo, pela duração mais longa de episódios interativos ocorridos dentro da sua ZDPT, nomeadamente próximos do seu nível de desenvolvimento potencial, desde logo na primeira sessão.

Em concordância com Grabhorn, Kaufhold, Michal, e Overbeck (2005), E. Ribeiro e coautores (2013) e com alguns dos mais atuais investigadores em psicoterapia na lógica da *Comprehensive Process Research de Elliot* (2010; e.g., Muntigl et al., 2012; Muntigl & Horvath, 2014), acreditamos verdadeiramente que a conversação e a interação entre terapeuta e cliente não fornecem informação apenas acerca da relação terapêutica, mas se constituem também como importantes indicadores dos níveis de desenvolvimento, atual e potencial, dos clientes. No seguimento, consideramos que quer

o SCCT (Ribeiro et al., 2013) quer as grelhas de categorização obtidas por recurso à AC no nosso terceiro estudo (ver Capítulo III), embora concebidos para efeitos de investigação, poderão constituir-se como ferramentas úteis no treino e formação de terapeutas, ajudando-os a reconhecer e agir responsivamente de acordo com os limites das ZDPT dos seus clientes, de forma a maximizar os resultados terapêuticos.

Posto isto, os resultados do presente estudo reforçam a importância de os terapeutas serem responsivos ao nível de desenvolvimento dos clientes, expressando suporte e aceitação para com as suas experiências pessoais, quer através do comportamento verbal quer através do comportamento não-verbal, assim não invalidando os seus sistemas de significação de tal modo que promovam retrocessos nos clientes e dificultem o alinhamento e/ou a afiliação entre ambos, culminando, em última instância, na sua desistência da terapia (Bedi, Davis, & Williams, 2005; Ekberg & LeCouteur, 2015; Gabalda & Stiles, 2016; Gabalda, Stiles, & Ruiz, 2016; Huang et al., 2013; Kelly, 1955; Milbrath et al., 1999; Muntigl et al., 2012; Muntigl & Horvath, 2014; Ribeiro, 2009; Ribeiro et al., 2013; Rhodes, Hill, Thompson, & Elliot, 1994; Voutilainen et al., 2010b; Weiste, 2015; Wynn & Wynn, 2006).

Em jeito de conclusão, parece-nos que, não obstante as características inovadoras dos três estudos que compõem a presente tese devidamente explicitadas na parte inicial desta secção, o conjunto dos resultados obtidos nos três estudos são consistentes entre si, bem como com os resultados obtidos em estudos prévios, usando o SCCT (e.g., Corrêa, 2016; Ferreira et al., 2015; Gonçalves et al., 2012; Ribeiro et al., 2014a, 2014b, 2016a, 2016b, 2017), contribuindo para a validação interna e externa do modelo de colaboração terapêutica de Ribeiro e coautores (2013) e do próprio SCCT. Reconhecemos, ainda, que embora os estudos cumpram os propósitos de elaboração e desenvolvimento de teoria, a impossibilidade de generalizar resultados e transferir as conclusões dos estudos apresentados nesta tese pode ser considerada uma limitação no contexto geral da investigação no processo em psicoterapia e suas implicações para a prática clínica. As limitações inerentes aos três estudos, nomeadamente por incluírem a análise de um número reduzido de casos clínicos, acompanhados por um único terapeuta, impossibilitam a generalização dos resultados obtidos a outros casos, acompanhados por outros terapeutas. No entanto, gostaríamos de ressaltar a impossibilidade de considerar um maior número de casos para o efeito dos estudos em questão, bem como uma maior diversidade relativamente ao terapeuta e até à própria abordagem terapêutica considerada, dada a natureza das opções metodológicas

efetuadas. De facto, tanto o SCCT (Ribeiro et al., 2013) como a AC (e.g., Jefferson, 2004) pressupõem procedimentos e análises micro, muito detalhadas, e altamente dispendiosas em termos de tempo, baseadas em transcrições que, por sua vez, obedeceram a diferentes critérios e convenções conforme os estudos. Considere-se que, no primeiro estudo desta tese, foram analisados sete casos clínicos de desistência e insucesso, num total de 33 sessões terapêuticas e 4756 episódios interativos (isto é, 4756 intervenções do terapeuta e 4756 respostas dos clientes); no segundo estudo, às sessões e episódios interativos do caso clínico de desistência e insucesso selecionado a partir do conjunto de casos do primeiro estudo (num total de nove sessões e 1377 episódios interativos, isto é, 1377 intervenções do terapeuta e 1377 respostas da cliente), se somaram as 19 sessões do caso clínico finalizado com sucesso, num total de 2439 episódios interativos (isto é, 2439 intervenções do terapeuta e 2439 respostas da cliente); e, no terceiro estudo, dos dois casos clínicos considerados no segundo estudo, foram identificados 693 episódios interativos de Desafio – Risco intolerável, transcritos por referência às convenções específicas da AC (ver Anexo I), a partir dos quais foram categorizadas 693 ações de terceira posição do terapeuta e 693 ações de quarta posição das clientes.

Apesar do imenso tempo e do esforço de trabalho envolvidos no tipo de estudos que apresentámos nesta tese, o reconhecimento das limitações identificadas mas também das suas potencialidades, consciencializa-nos para a necessidade de dar continuidade e expandir estes estudos descritivos e com objetivos de elaboração de teoria, analisando o processo de díades terapêuticas distintas em termos das características dos seus participantes e da abordagem terapêutica. Responder a esta necessidade de investigação exigirá ainda muito tempo e esforço, mas permitirá não só a consolidação do modelo de colaboração terapêutica (Ribeiro et al., 2013), transversal a esta tese, como também o avanço da investigação neste mesmo tópico de interesse, para uma abordagem de investigação no processo centrada no teste de hipóteses, contextualizada na experiência clínica (Hardy & Llewelyn, 2015). Finalmente, seguindo a recomendação de Sharf e coautores (2010), para além de considerar amostras de casos mais alargadas em estudos futuros, seria igualmente interessante comparar casos clínicos de desistência e insucesso com casos clínicos finalizados com o mesmo resultado terapêutico, de forma a clarificar os micro-processos que, na ausência de resultados clínicos significativos, possibilitam a permanência de uns clientes em terapia mas precipitam a desistência de outros.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- Almeida, L., & Freire, T. (2000). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4ª Edição). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Anderson, H. (2012). Collaborative practice: A way of being “with”. *Psychotherapy and Politics International*, *10*(2), 130–145. doi:10.1002/ppi.1261
- Aubuchon-Endsley, N., & Callahan, J. L. (2009). The hour of departure: Predicting attrition in the training clinic. *Training & Education in Professional Psychology*, *3*, 120–126. doi: 10.1037/a0014455
- Bachelor, A., & Horvath, A. (1999). The therapeutic relationship. In M. Hubble, B. Duncan & S. Miller (Eds.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (pp. 133–178) Washington D. C.: American Psychological Association.
- 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*, *44*(2), 175–192. doi: 10.1037/0033-3204.44.2.175
- Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(6), 585–592. doi: 10.1002/jclp.20368
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, *5*(82), 738–783.
- Bakhtin, M. (1981). *Dialogical imagination*. Austin: University of Texas Press.
- Barrett, M., Chua, W., Crits-Christoph, P., Gibbons, M., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *2*(45), 247–267. doi: 10.1037/a0016184
- Bavelas, J. B., McGee, D., Phillips, B., & Routledge, R. (2000). Microanalysis of communication in psychotherapy. *Human Systems*, *11*, 47–66.
- Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The Qualitative Report*, *4*(13), 544–559.
- Beckam, E. (1992). Predicting patient dropout in psychotherapy. *Psychotherapy*, *2*(29), 177–182. doi: 10.1037/0033-3204.29.2.177

- Bedi, R., Davis, M., & Williams, M. (2005). Critical incidents in the formation of the therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(3), 311–323. doi: 10.1037/0033-3204.42.3.311
- Benetti, S., & Cunha, T. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: Implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 48–59.
- Berdondini, L., Elliott, R., & Shearer, J. (2012). Collaboration in experiential therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 68(2), 159–167. doi: 10.1002/jclp.21830.
- Bordin, E. (1974). *Research strategies in psychotherapy*. New York: John Wiley.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 3(16), 252–260. doi:10.1037/h0085885
- Bordin, E. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 13–37). New York: Wiley.
- Brown, B., Nolan, P., Crawford, P., & Lewis, A. (1996). Interaction, language and the narrative turn in psychology and psychiatry. *Social Science and Medicine*, 43(11), 1569–1578.
- Cahill, J., Barkham, M., Hardy, G., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., & Macaskill, N. (2003). Outcomes of patients completing and not completing cognitive therapy for depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 133–143. doi: 10.1348/014466503321903553
- Cooper, A., & Conklin, L. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 40, 57–65. doi: 10.1016/j.cpr.2015.05.001
- Cooper, M. (2012). Clients' and therapists' perceptions of intrasessional connection: An analogue study of change over time, predictor variables, and level of consensus. *Psychotherapy Research*, 22(3), 274–288. doi: 10.1080/10503307.2011.647931
- Corbella, S., Balmaña, N., Fernández-Alvarez, H., Saúl, L. A., Botella, L., & García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18(2), 125–133.
- Corning, A., Malofeeva, E., & Buchianeri, M. (2007). Predicting termination type from client-therapist agreement on the severity of the presenting problem.

- Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2(44), 193–204. doi: 10.1037/0033-3204.44.2.193
- Corrêa, A. S. (2016). *Os acontecimentos significativos e a relação terapêutica: Compreendendo a mudança em psicoterapia*. Tese de doutoramento em Psicologia apresentada à Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., & Safran, J. (2009). Resolution of ruptures in therapeutic alliance: Its role on change processes according to a relational approach. *Análise Psicológica*, 4(4), 479–491. doi: 10.14417/ap.242
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: A qualitative study. *Psychotherapy Research*, 21(5), 525–540. doi: 10.1080/10503307.2011.587469
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Safran, J. (2013). Comparing two methods of identifying alliance rupture events. *Psychotherapy*, 51(3), 434–442. doi: 10.1037/a0032171
- Cuijpers, P., Straten, A., Andersson, G., & Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909–922. doi: 10.1037/a0013075
- Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Semerari, A., & Nicolò, G. (2010). A rational model for maximizing the effects of therapeutic relationship regulation in personality disorders with poor metacognition and over-regulation of affects. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83, 363–384. doi: 10.1348/147608310X485256
- Dimaggio, G., Carcione, A., Salvatore, G., Nicolò, G., Sisto, A., & Semerari, A. (2011). Progressively promoting metacognition in a case of obsessive-compulsive personality disorder treated with metacognitive interpersonal therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 70–83. doi: 10.1348/147608310X527240
- Drewery, W. (2005). Why we should watch what we say: Position calls, everyday speech, and the production of relational subjectivity. *Theory and Psychology*, 15(3), 305–324. doi: 10.1177/0959354305053217
- DuBrin, J. R., & Zastowny, T. R. (1988). Predicting early attrition from psychotherapy: An analysis of a large private-practice cohort. *Psychotherapy*, 25, 393–408. doi: 10.1037/h0085361

- Eaton, T. T., Abeles, N., & Gutfreund, M. J. (1993). Negative indicators, therapeutic alliance, and therapy outcome. *Psychotherapy Research, 3*, 115–123. doi: 10.1080/10503309312331333719
- Eells, T. (2007). Generating and generalizing knowledge about psychotherapy from pragmatic case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 3*(3), 35–54. doi: 10.14713/pcsp.v3i1.893
- Ekberg, K., & LeCouteur, A. (2015). Clients' resistance to therapists' proposals: Managing epistemic and deontic status. *Journal of Pragmatics, 90*, 12–25. doi: 10.1016/j.pragma.2015.10.004
- Elliot, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research, 20*(2), 123–135. doi: 10.1080/10503300903470743
- Elliot, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. Washington DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10725-000
- Eubanks-Carter, C., Mitchell, A., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2009). *Rupture resolution rating system (3RS): Manual*. Manuscrito não publicado.
- Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2010). Alliance ruptures and resolution. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds.), *The therapeutic alliance: An evidence based-guide to practice* (pp. 84–102). New York: Guilford Press.
- Farber, B. (1983). Introduction: A critical perspective on burnout. In B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 1–20). London: Sage.
- Feixas, G., & Saúl, L. A. (2004). The multi-center dilemma project: An investigation on the role of cognitive conflicts in health. *Spanish Journal of Psychology, 7*, 69–78. doi: 1138-7416
- Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Montesano, A., Dada, G., Compañ, V., Aguilera, M., Salla, M., Soldevilla, J., Trujillo, A., Paz, C., Botella, L., Corbella, S., Saúl-Gutierrez, L., Cañete, J., Gasol, M., Ibarra, M., Medeiros-Ferreira, L., Soriano, J., Ribeiro, E., Caspar, F., & Winter, D. (2013). Efficacy of a dilemma-focused intervention for unipolar depression: Study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Trials, 14*(144). doi: 10.1186/1745-6215-14-144
- Fernandes, E. M. (2007). When what I wish makes me worse... To make coherence flexible. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 80*(1), 165–189. doi: 10.1348/147608306X109294

- Fernandes, E. M., Feixas, G., & Senra, J. (2009). *Psicoterapia construtivista: Um modelo centrado em dilemas*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Ferreira, A., Ribeiro, E., Pinto, D., Pereira, C., & Pinheiro, A. (2015). Colaboração terapêutica: Estudo comparativo de dois casos de insucesso terapêutico – Um caso finalizado e um caso de desistência. *Análise Psicológica*, 2(33), 165–177. doi: 10.14417/ap.938.
- Fiester, A., & Rudestam, K. (1975). A multivariate analysis of early dropout process. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43(4), 528–535. doi: 10.1037/h0076884
- Fonagy, P., Bateman, A., & Bateman, A. (2011). The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 98–110. doi: 10.1111/j.2044-8341.2010.02005.x
- Forrester, M., & Reason, D. (2006). Conversation analysis and psychoanalytic research: Questions, issues, problems and challenges. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 20, pp. 40–64. doi:10.1080/02668730500524229
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: WW Norton & Company.
- Freud, S. (1994). *The dynamics of transference: Essential papers on transference analysis*. Laham, MD: Jason Aronson.
- Gabalda, I. C. (2006). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 16(4), 436–452. doi: 10.1080/10503300600743897
- Gabalda, I. C., & Stiles, W. B. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, 2(17), 199–212. doi: 10.14417/ap.204
- Gabalda, I. C., Stiles, W. B., & Ruiz, S. (2016). Therapist activities preceding setbacks in the assimilation process. *Psychotherapy Research*, 26(6), 653–680. doi: 10.1080/10503307.2015.1104422
- Garfield, S. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. Bergin, & S. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th edition, pp. 190–228). New York: Wiley.
- Garfinkel, H. (1967). *Studies in ethnomethodology*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.

- Gastaud, M., & Nunes, M. (2010). Abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica: Em busca de definição. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59, 247–254. doi: 10.1590/S0047-20852010000300012
- Geller, S., & Greenberg, L. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapy encounter in psychotherapy. *Person Centered & Experiential Psychotherapies*, 1, 71–86.
- Goffman, E. (1967). *Interaction ritual: Essays on face-to-face behavior*. USA: Penguin Books.
- Gonçalves, M. M. & Bento, T. (2008). *Manual terapêutico de psicoterapia narrativa de re-autoria*. Manuscrito não publicado, Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Gonçalves, M. M., Loura, J., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Santos, A., & Matos, M. (2012). Interação terapêutica em momentos de ambivalência: Um estudo exploratório de um caso de insucesso. *Análise Psicológica*, 4(30), 467–490.
- 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. doi: 10.1080/10720530802500748
- Grabhorn, R., Kaufhold, J., Michal, M., & Overbeck, G. (2005). The therapeutic relationship as reflected in linguistic interaction: Work on resistance. *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 47, 348–365.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210–224.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Watson, J. (1994). *Manual for client-centered therapy*. Manuscrito não publicado.
- Greenspan, M., & Kulish, N. (1985). Factors in premature termination in long-term psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(1), 75–82. doi: 10.1037/h0088529
- Hanson, W. E., Creswell, J. W., Clark, V. L. P., Petska, K. S., & Creswell, J. D. (2005). Mixed methods research designs in counseling psychology. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 224–235. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.224
- Hardy, E. G. & Llewelyn, S. (2015). Introduction to psychotherapy process research. In O. C. G. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: Foundations, process and outcome* (pp. 183–193). Wien: Springer-Verlag.

- Hatcher, R. (1999). Therapists' views of treatment alliance and collaboration in therapy. *Psychotherapy Research*, 9(4), 405–423. doi:10.1080/10503309912331332831
- Hatcher, L., & Barends, W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 292–299. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.292
- Hentschel, U., Kiessling, M., Heck, M., & Willoweit, I. (1992). Therapeutic alliance: What can be learned from case studies? *Psychotherapy Research*, 2(3), 204–223. doi: 10.1080/10503309212331332984
- Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13–29. doi: 10.1080/10503300802621206
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., & Hess, S. A. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196–205. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.196
- Hollestein, T. (2013). *State space grids: Depicting dynamics across development*. New York: Springer.
- Horvath, A. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 3(43), 258–263. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.258
- Horvath, A., & Bedi, R. (2002). The alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 37–69). Oxford: University Press.
- Horvath, A., & Symonds, B. (1991). Relation between working alliance and the outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149.
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48(1), 9–16.
- Huang, T., Hill, C., & Gelso, C. (2013). Psychotherapy engagers versus non-engagers: Differences in alliance, therapist verbal response modes, and client attachment. *Psychotherapy Research*, 23(5), 568–577. doi: 10.1080/10503307.2013.807378
- Jefferson, G. (2004). Glossary of transcript symbols with an introduction. In G. Lerner (Ed.), *Conversation analysis: Studies from the first generation* (pp. 13–31). Amsterdam: John Benjamins.
- Johansson, H., & Eklund, M. (2006). Helping alliance and early dropout from psychiatric out-patient care: The influence of patient factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(2), 140–147. doi: 10.1007/s00127-005-009-z

- Jung, S., Serralta, F., Nunes, M., & Eizirik, C. (2013). Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic therapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 35(1), 181–190. doi: 10.1590/S2237-60892013000300005
- Karlsson, R., & Kermott, A. (2006). Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 65–84. doi: 10.1037/0033-3204.43.1.65
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Norton.
- Kondratyuk, N., & Peräkylä, A. (2011). Therapeutic work with the present moment: A comparative analysis of existential and cognitive therapies. *Psychotherapy Research*, 21(3), 316–330. doi: 10.1080/10503307.2011.570934
- Kozart, M. (1996). A sociological perspective on the therapeutic alliance: Ethnomethodology and conversation analysis. *Psychotherapy*, 33, 361–371. doi:10.1037/0033-3204.33.3.361
- Knox, S., Adrians, N., Everson, E., Hess, S., Hill, C., & Crook-Lyon, R. (2011). Clients' perspectives on therapy termination. *Psychotherapy Research*, 21(2), 154–167. doi: 10.1080/10503307.2010.534509
- Lambert, M. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (4th edition). New York: Wiley.
- 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. doi: 10.1093/ptr/11.3.311
- Lepper, G., & Mergenthaler, E. (2007). Therapeutic collaboration: How does it work? *Psychotherapy Research*, 17(5), 576–587. doi: 10.1080/10503300601140002
- Lepper, G., & Mergenthaler, E. (2008). Observing therapeutic interaction in the Lisa case. *Psychotherapy Research*, 18(6), 634–644. doi: 10.1080/10503300701442001
- Lewis, M. D. (2000). The promise of dynamic systems approaches for an integrated account of human development. *Child Development*, 71(1), 36–43. doi: 10.1111/1467-8624.00116
- Lewis, M. D., Lamey, A., & Douglas, L. (1999). A new dynamic systems method for the analysis of early socioemotional development. *Development Science*, 2(4), 457–475. doi: 10.1111/1467-7687.00090

- Lewis, M. D., Zimmerman, S., Hollenstein, T., & Lamey, A. V. (2004). Reorganization in coping behavior at 1 1/2 years: Dynamic systems and normative change. *Developmental Science*, 7(1), 56–73.
- Liotti, G., & Gilbert, P. (2011). Mentalizing, motivation, and social mentalities: Theoretical considerations and applications for psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 9–25. doi: 10.1348/147608310X520094
- Lopes, R. (2014). *Treatment of depression: Empirical evidence from a clinical trial comparing narrative therapy with cognitive-behavioral therapy*. Tese de doutoramento em Psicologia apresentada à Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga.
- Lysaker, P. H., Gumley, A., & Dimaggio, G. (2011). Metacognitive disturbances in persons with severe mental illness: Theory, correlates with psychopathology and models of psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 1–8. doi: 10.1111/j.2044-834.2010.02007.x
- MacMartin, C. (2008). Resisting optimistic questions in narrative and solution-focused therapies. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar, *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 80–99). Cambridge: University Press.
- Madill, A., Widdicombe, S., & Barkham, M. (2001). The potential of conversation analysis for psychotherapy research. *The Counseling Psychologist*, 29(3), 413–434. doi: 10.1177/0011000001293006
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3(68), 438–450.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19(1), 68–80. doi: 10.1080/10503300802430657
- Meystre, C., Kramer, U., Roten, Y., Despland, J., & Stiles, W. B. (2014). How psychotherapy exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the assimilation model. *Counseling and Psychotherapy Research*, 14(1), 29–41. doi: 10.1080/14733145.2013.782056
- Milbrath, C., Bond, M., Cooper, S., Znoj, H., Horowitz, M., & Perry, C. (1999). Sequential consequences of therapists' interventions. *Journal of Psychotherapy, Practice and Research*, 8, 40–54.

- Mueller, M., & Pekarik, G. (2000). Treatment duration prediction: Client accuracy and its relationship to dropout, outcome, and satisfaction. *Psychotherapy, 37*(2), 117–123. doi: 10.1037/h0087701
- Muntigl, P., & Horvath, A. O. (2014). The therapeutic relationship in action: How therapists and clients co-manage relational disaffiliation. *Psychotherapy Research, 24*(3), 327–345. doi.org/10.1080/10503307.2013.807525
- Muran, J. C., Safran, J. D., Samstag, L., & Winston, A. (2005). Evaluating an alliance-focused treatment for personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(4), 532–545. doi: 10.1037/0033-3204.42.4.532
- Neves, A. (2011). *Caracterização da colaboração terapêutica na última sessão de casos de dropout*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga.
- Norcross, J. (2010). The therapeutic relationship. In B. Duncan, S. Miller, B. Wampold, & M. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works in therapy* (2nd edition, pp. 113–141) Washington D. C.: American Psychological Association.
- Norcross, J., & Goldfried, M. (2005). *Handbook of psychotherapy integration*. Oxford: University Press.
- Ogrodniczuk, J., Joyce, A., & Piper, W. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry, 13*(2), 57–70. doi: 10.1080/10673220590956429
- Pain, J. (2009). *Not just talking: Conversation analysis, Harvey Sacks' gift to therapy*. London: Karnac Books Ltd.
- Pekarik, G. (1985). Coping with dropouts. *Professional Psychology, 22*, 86–91. doi: 10.1037/0735-7028.16.1.114
- Peräkylä, A. (2008). Conversation analysis and psychoanalysis: Interpretation, affect, and intersubjectivity. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar, *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 100–119). Cambridge: University Press.
- Peräkylä, A. (2010). Shifting the perspective after the patient's response to an interpretation. *The International Journal of Psychoanalysis, 91*(6), 1363–1384. doi: 10.1111/j.1745-8315.2010.00323.x

- Peräkylä, A. (2011). After interpretation: Third-position utterances in psychoanalysis. *Research on Language and Social Interaction*, 44(3), 288–316. doi: 10.1080/08351813.2011.591968
- Peräkylä, A. (2013). Conversation analysis in psychotherapy. In J. Sidnell, & T. Stivers (Eds.), *The handbook of conversation analysis* (pp. 551–574). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Pinto, D., Azevedo, H., Ribeiro, E., Ribeiro, A., & Gonçalves, M. M. (2011, Junho). *The development of the therapeutic collaboration: A case study of a narrative therapy dropout*. Comunicação oral apresentada no 42º Encontro Anual organizado pela Society for Psychotherapy Research, em Berna, Suíça.
- Pinto, D., Ferreira, A., Ribeiro, E., Sousa, I., Pinheiro, A., & Pereira, A. (Junho, 2013). *The development of the therapeutic collaboration: A comparative study of an unsuccessful dropout and a poor outcome completer*. Comunicação oral apresentada no SEPI XXIXth Annual Meeting, em Barcelona, Espanha.
- Pinto, D., Ferreira, A., Sousa, I., Pinheiro, A., Pereira, C., & Ribeiro, E. (Junho, 2013). *O desenvolvimento da colaboração terapêutica: Estudo comparativo de um caso de desistência e de um caso de insucesso seguidos em Terapia Narrativa*. Comunicação oral apresentada no VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, em Aveiro, Portugal.
- Pinto, D., Pinheiro, A., & Ribeiro, E. (Maio, 2013). *O desenvolvimento da colaboração terapêutica: O estudo de caso de um dropout seguido em Terapia Narrativa*. Comunicação em poster apresentada no IV Seminário de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho, em Braga, Portugal.
- Pinto, D., Ribeiro, E., & Pinheiro, A. (Julho, 2013). *The therapeutic collaboration in a dropout case of narrative therapy: Studying the non-collaborative episodes between the therapist and the client using conversation analysis*. Comunicação oral apresentada na 4th International Conference on Conversation Analysis and Clinical Encounters, em York, Inglaterra.
- Pinto, D., Ribeiro, E., Pinheiro, A., & Azevedo, H. (Maio, 2014). *O desenvolvimento da colaboração terapêutica: Estudo comparativo de um caso de sucesso e de um caso de desistência em terapia narrativa*. Comunicação em poster apresentada no V Seminário de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho, em Braga, Portugal.

- Pinto, D., Ribeiro, E., Ribeiro, A., Sousa, I., & Pinheiro, A. (Junho, 2012a). *The development of the therapeutic collaboration: A study with dropout cases of narrative therapy*. Comunicação oral apresentada no 43^o Encontro Anual organizado pela Society for Psychotherapy Research, em Virgínia Beach, EUA.
- Pinto, D., Ribeiro, E., Ribeiro, A., Sousa, I., & Pinheiro, A. (Outubro, 2012b). *A sequential analysis of therapeutic exchanges in which therapist's interventions were invalidated in a sample of dropout cases of narrative therapy*. Comunicação oral apresentada no 3rd Joint Meeting of the Society for Psychotherapy Research, European and UK Chapters, no Porto, Portugal.
- Pinto, D., Ribeiro, E., & Vasconcelos, C. (Junho, 2016). *Non-collaboration in psychotherapy: Therapist's attempts to reestablish the therapeutic collaboration*. Comunicação oral apresentada na 8th International Conference on Conversation Analysis and Psychotherapy, em Helsínquia, Finlândia.
- Pinto, D., Vasconcelos, C., Ribeiro, E., & Pinheiro, A. (Maio, 2016). *Interações não colaborativas em psicoterapia: Análise de conversação dos esforços do terapeuta para restabelecer a colaboração*. Comunicação em poster apresentada no VII Seminário de Investigação em Psicologia da Universidade do Minho, em Braga, Portugal.
- Pires, N., Ribeiro, E., Janeiro, L., Azevedo, H., & Horvath, A. O. (2016). *Early client-therapist interaction's influence on the quality of therapeutic alliance*. Manuscrito submetido para publicação.
- Piselli, A., Halgin, R., & MacEwan, G. (2011). What went wrong? Therapists' reflections on their role in premature termination. *Psychotherapy Research*, 21(4), 400–415. doi: 10.1080/10503307.2011.573819
- Potter, J., & Edwards, D. (2013). Conversation analysis and psychology. In J. Sidnell, & T. Stivers (Eds.), *The handbook of conversation analysis* (pp. 701–725). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Principe, J. M., Marci, C. D., Glick, D. M., & Ablon, J. S. (2006). The relationship among patient contemplation, early alliance, and continuation in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 238–243.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2001). Stages of change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 443–448. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.443

- Pulford, J., Adams, P. J., & Sheridan, J. (2008). Therapist attitudes and beliefs relevant to client dropout revisited. *Community Mental Health Journal, 44*(3), 181–186. doi: 10.1007/s10597-007-9116-5
- Quintana, S. M., & Holahan, W. (1992). Termination in short-term counseling: Comparison of successful and unsuccessful cases. *Journal of Counseling Psychology, 39*(3), 299–305. doi: 10.1037/0022-0167.39.3.299
- Reis, B., & Brown, L. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy, 2*(36), 123–136. doi: 10.1037/h0087822
- Rhodes, R., Hill, C., Thompson, B., & Elliot, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology, 41*(4), 473–483.
- Rice, L. N., & Wagstaff, A. K. (1967). Client voice quality and expressive style as indexes of productive psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology, 31*(6), 557–563.
- Ribeiro, A. P., Braga, C., Stiles, W. B., Teixeira, P., Gonçalves, M. M., & Ribeiro, E. (2016a). Therapist interventions and cliente ambivalence in two cases of narrative therapy for depression. *Psychotherapy Research, 26*(6), 681–693. doi: 10.1080/10503307.2016.1197439
- Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M. M., Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2014a). Therapeutic collaboration and resistance: Describing the nature and quality of the therapeutic relationship within ambivalence events using the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research, 24*(3), 346–359. doi: 10.1080/10503307.2013.856042
- Ribeiro, E. (2009). A aliança terapêutica reconsiderada: Colaboração terapêutica em zonas de mudança proximal. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (pp. 167–181). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A. S., Stiles, W. B., Pires, N., Santos, B., Basto, I., & Salgado, J. (2016b). Therapeutic collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases. *Psychotherapy Research, 26*(6), 665–680. doi: 10.1080/10503307.2016.1208853
- Ribeiro, E., Fernandes, C., Santos, B., Ribeiro A., Coutinho, J., Angus, Lynne, & Greenberg, L. (2014b). The development of therapeutic collaboration in a good

- outcome case of person-centered therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13(2), 150–168. doi: 10.1080/14779757.2014.893250
- Ribeiro, E., Pinto, D., & Vasconcelos, C. (Junho, 2016). *(Non)Collaboration in psychotherapy: Client's responses to therapist's attempts to reestablish the therapeutic collaboration*. Comunicação oral apresentada na 8th International Conference on Conversation Analysis and Psychotherapy, em Helsínquia, Finlândia.
- 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(3), 294–314. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x
- Ribeiro, E., Silveira, J., Senra, J., Azevedo, H., & Ferreira, A. (2017). *Colaboración terapéutica: Estudio comparativo de un caso de éxito y un caso de fracaso terapéutico, seguidos en terapia constructivista*. Manuscrito submetido para publicação.
- Ribeiro, E., Vasconcelos, C., & Pinto, D. (Setembro, 2015). *A conversational analytical perspective on the therapeutic collaboration reestablishment in a good outcome case of narrative therapy*. Comunicação oral apresentada no 8th Joint Meeting of the Society for Psychotherapy Research, European and UK Chapters, em Klagenfurt, Áustria.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. London: Constable.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95–103. doi: 10.1037/h0045357
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23(4), 394–418. doi: 10.1080/10503307.2013.775528
- Saatsi, S., Hardy, G., & Cahill, J. (2007). Predictors of outcome and completion status in cognitive therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 17(2), 185–195. doi: 10.1080/10503300600779420
- Sacks, H. (1963). Sociological description. *Berkeley Journal of Sociology*, 8, 1–16.
- Safran, J. D. (1993). Breaches in the therapeutic alliance: An arena for negotiating authentic relatedness. *Psychotherapy*, 30(1), 11–24. doi: 10.1037/0033-3204.30.1.11

- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- 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
- Sales, C. (2003). Understanding prior dropout in psychotherapy. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 81–90.
- Schegloff, E. A. (2007). *Sequence organization in interaction: A primer in conversation analysis* (Volume 1). Cambridge: Cambridge University Press.
- Shamir, D., Szor, H., & Melamed, Y. (2010). Dropout, early termination and detachment from a public psychiatric clinic. *Psychiatria Danubina*, 22(1), 46–50.
- Sharf, J., Primavera, L., & Diener, M. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47(4), 637–645. doi: 10.1037/a0021175
- Shazer, S. (1991). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- Sherman, R. T., & Anderson, C. A. (1987). Decreasing premature termination from psychotherapy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 5(3), 298–312. doi: 10.1521/jscp.1987.5.3.298
- Shotter, J. (1984). *Social accountability and selfhood*. Oxford: Blackwell.
- Sidnell, J. (2010). *Conversation analysis: An introduction*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Silverman, D. (1998). *Harvey Sacks: Social science & conversation analysis*. Cambridge: Polity Press.
- Smith, K. J., Subich, M. L., & Kalodner, C. (1995). The transtheoretical model's stage and processes of change and their relation to premature termination. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 34–39.
- Stiles, W. B. (2002). Assimilation of problematic experiences. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 357–365). Oxford: University Press.
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(1), 86–91. doi: 10.1111/j.1468-2850.2009.01148.x
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, K. S., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy.

- Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 28(2), 195–206. doi: 10.1037/0033-3204.28.2.195
- Stiles, W. B., Elliot, R., Llewelyn, S., Firth-Cozens, J., Margison, F., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 27(3), 411–420. doi: 10.1037/0033-3204.27.3.411
- Stiles, W. B., Gabalda, I. C., & Ribeiro, E. (2016). Exceeding the therapeutic zone of proximal development as a clinical error. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 53(3), 268–272. doi: 10.1037/pst0000061
- Streeck, U. (2008). A psychotherapist's view of conversation analysis. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar (Eds.), *Conversation analysis and Psychotherapy* (pp. 173–187). Cambridge: University Press.
- Strickland, B., & Crowne, D. (1963). Need for approval and the premature termination of psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 27(2), 95–101.
- Strong, T., Busch, R., & Couture, S. (2008). Conversational evidence in therapeutic dialogue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 24(3), 388–405. doi: 10.1111/j.1752-0606.2008.00079.x
- Strong, T., Sutherland, O., & Ness, O. (2011). Considerations for a discourse of collaboration in counseling. *Asia Pacific Journal of Counseling and Psychotherapy*, 2(1), 25–40. doi: 10.1080/21507686.2010.546865
- Sutherland, O., Peräkylä, A., & Elliot, R. (2014). Conversation analysis of two-chair self-soothing task in emotion-focused therapy. *Psychotherapy Research*, 24(6), 738–751. doi: 10.1080/10503307.2014.885146
- Swift, J., & Greenberg, R. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. doi: 10.1037/a0028226
- Tracey, T. J. (1993). An interpersonal stage model of the therapeutic process. *Journal of Counseling Psychology*, 40, 396–409.
- Tryon, G. S., & Kane, A. (1995). Client involvement, working alliance, and type of therapy termination. *Psychotherapy Research*, 5(3), 189–198. doi: 10.1080/10503309512331331306
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2001). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*, 38(4), 385–389.

- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 109–123). Oxford: University Press.
- Vehviläinen, S. (2008). Identifying and managing resistance in psychoanalytic interaction. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar (Eds.), *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 100–138). Cambridge: University Press.
- Vehviläinen, S., Peräkylä, A., Antaki, C., & Leudar, I. (2008). A review of conversational practices in psychotherapy. In A. Peräkylä, C. Antaki, S. Vehviläinen, & I. Leudar (Eds.), *Conversation analysis and psychotherapy* (pp. 188–197). Cambridge: University Press.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in society*. Cambridge: Harvard University Press.
- Voutilainen, L. (2012). Responding to emotion in cognitive psychotherapy. In A. Peräkylä & M. Sorjonen, *Emotion in interaction* (pp. 235–255). Oxford: University Press.
- Voutilainen, L., Peräkylä, A., & Ruusuvuori, J. (2010). Recognition and interpretation: Responding to emotional experience in psychotherapy. *Research on Language and Social Interaction*, 43(1), 85–107. doi: 10.1080/08351810903474799
- Voutilainen, L., Peräkylä, A., & Ruusuvuori, J. (2011). Therapeutic change in interaction: Conversation analysis of a transforming sequence. *Psychotherapy Research*, 21(3), 348–365. doi: 10.1080/10503307.2011.573509
- Wampold, B. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Publishers.
- Weist, E. (2015). Describing therapeutic projects across sequences: Balancing between supportive and disagreeing interventions. *Journal of Pragmatics*, 80, 22–43. doi.org/10.1016/j.pragma.2015.02.001
- Weist, E., & Peräkylä, A. (2014). Prosody and empathic communication in psychotherapy interaction. *Psychotherapy Research*, 24(6), 687–701. doi: 10.1080/10503307.2013.879619
- Weist, E., & Peräkylä, A. (in press). Therapeutic discourse. *International Encyclopedia of Language and Social Interaction*.
- Werbart, A., Andersson, H., & Sandell, R. (2014). Dropout revisited: Patient- and therapist-initiated discontinuation of psychotherapy as a function of

- organizational instability. *Psychotherapy research*, 24(6), 724–737. doi: 10.1080/10503307.2014.883087
- Werner-Wilson, R., & Winter, A. (2010). What factors influence therapy drop out? *Contemporary Family Therapy*, 32(4), 375–382. doi: 10.1007/s10591-010-9131-5
- Westerman, M. A., & Foote, J. P. (1995). Patient coordination: Contrasts with other conceptualizations of patients' contribution to the alliance and validity in insight-oriented psychotherapy. *Psychotherapy*, 32(2), 222–232. doi: 10.1037/0033-3204.32.2.222
- Westerman, M. A., Foote, J. P., & Winston, A. (1995). Change in coordination across phases of psychotherapy and outcome: Two mechanisms for the role played by patients' contribution to the alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 672–675. doi: 10.1037/0022-006X.63.4.672
- Westmacott, R., Hunsley, J., Best, M., Rumstein-McKean, O., & Schindler, D. (2010). Client and therapist views of contextual factors related to termination from psychotherapy: A comparison between unilateral and mutual terminators. *Psychotherapy Research*, 20(4), 423–435. doi: 10.1080/10503301003645796
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2(24), 190–195. doi: 10.1037/0735-7028.24.2.190
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wynn, R., & Wynn, M. (2006). Empathy as na interactionally achieved phenomenon in psychotherapy: Characteristics of some conversational resources. *Journal of Pragmatics*, 38, 1385–1397. doi: 10.1016/j.pragma.2005.09.008

ANEXOS

ANEXO I – CONVENÇÕES PARA A TRANSCRIÇÃO COM ANÁLISE DE CONVERSAÇÃO

De seguida serão apresentadas as convenções para transcrição amplamente difundidas e utilizadas na investigação com Análise de Conversação (AC), desenvolvidas por Jefferson (2004) e utilizadas nesta tese.

.	Diminuição da entoação
,	Ligeira diminuição da entoação
?	Aumento da entoação
?,	Ligeiro aumento da entoação
↑	Aumento do volume da voz
↓	Diminuição do volume da voz
—	Ênfase indicada por sublinhado (e.g., <u>terapeuta</u>)
::	Arrasto do som precedente
<	No final de uma palavra: a palavra é terminada abruptamente mas não interrompida
terapeu-	Palavra interrompida
< >	Texto no interior falado mais devagar do que o resto da fala
> <	Texto no interior falado mais rapidamente do que o resto da fala
◦ ◦	Texto no interior verbalizado num tom mais baixo do que o resto da fala
£	Voz risonha
~	Voz trémula
#	Voz rouca
@	Voz animada
h ou hhh	Expiração audível
.h ou .hhh	Inspiração audível
.yeah	Após uma palavra: a palavra foi dita durante uma inspiração
(h)	No meio de uma palavra indica expiração, muitas vezes riso
[Falas começadas em sobreposição

]	Momento no qual a sobreposição terminou
(.)	Micropausa: 0,2 segundos ou menos
(0.5)	Silêncios em segundos
=	Ausência de pausa entre duas falas adjacentes
()	Item em dúvida
(-)	Palavra em dúvida
(())	Comentário da pessoa responsável pela transcrição
hm_hm, si_im, não_ão	Vocalizações dissilábicas
(posso dizer/podemos dizer)	Alternativas possíveis

Para além das convenções apresentadas, importa referir que as transcrições por recurso à AC obedecem ainda a algumas formalidades, comuns à maior parte dos investigadores com trabalhos na área: i) cada uma das linhas de transcrição é numerada por forma a facilitar a identificação de um dado evento conversacional, por parte do leitor/investigador; ii) o fenómeno em análise é assinalado na sua linha de início por meio de uma pequena seta horizontal, orientada para o sentido da leitura; e, iii) o tipo de letra utilizado é, habitualmente, o Courier New, exceccionalmente também adotado na presente tese aquando da apresentação de transcrições realizadas por recurso à AC.

ANEXO II – GRELHAS OBTIDAS POR RECURSO AO *GRIDWARE* PARA O CASO CLÍNICO DE DESISTÊNCIA, EM CADA UMA DAS SUAS SESSÕES

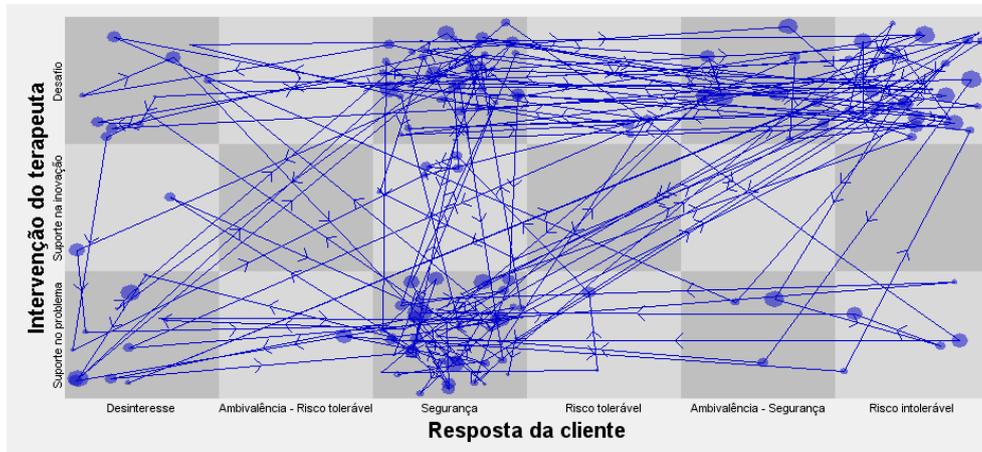


Figura 22. Grelha obtida por recurso ao *GridWare* na segunda sessão do caso clínico de desistência.

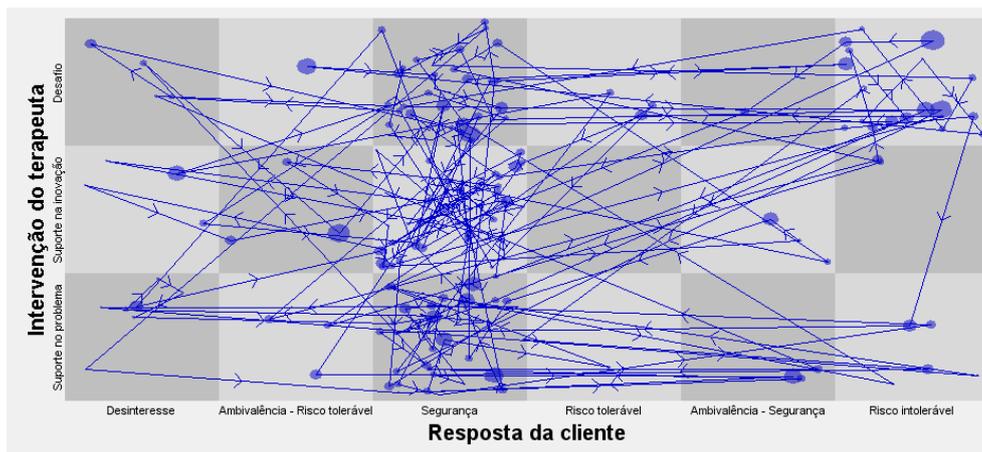


Figura 23. Grelha obtida por recurso ao *GridWare* na terceira sessão do caso clínico de desistência.

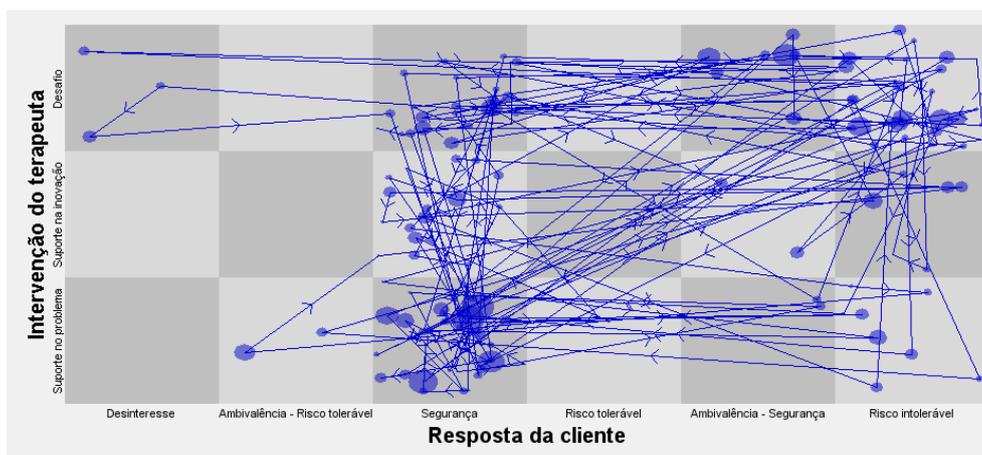


Figura 24. Grelha obtida por recurso ao *GridWare* na quarta sessão do caso clínico de desistência.

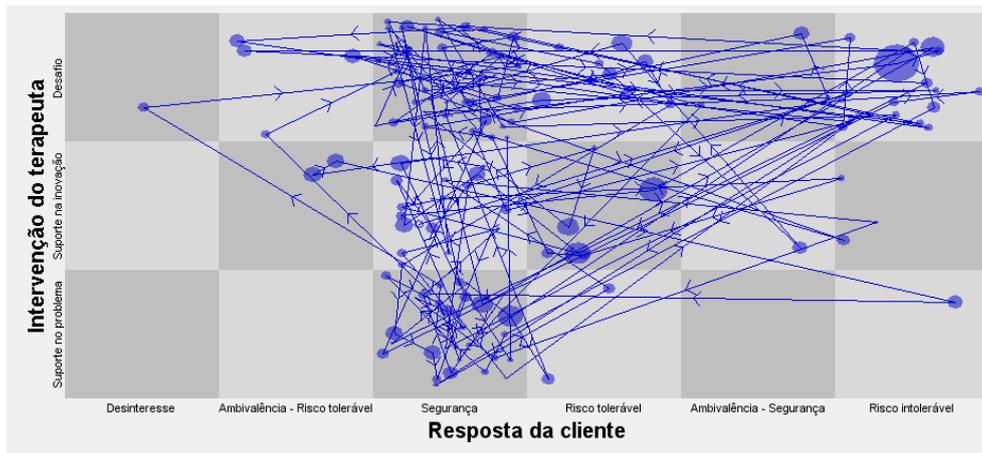


Figura 25. Grelha obtida por recurso ao GridWare na quinta sessão do caso clínico de desistência.

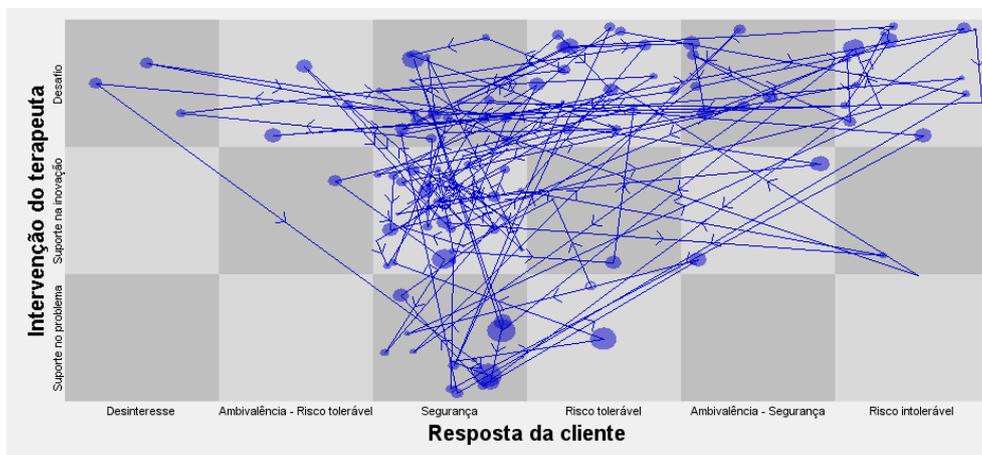


Figura 26. Grelha obtida por recurso ao GridWare na sexta sessão do caso clínico de desistência.

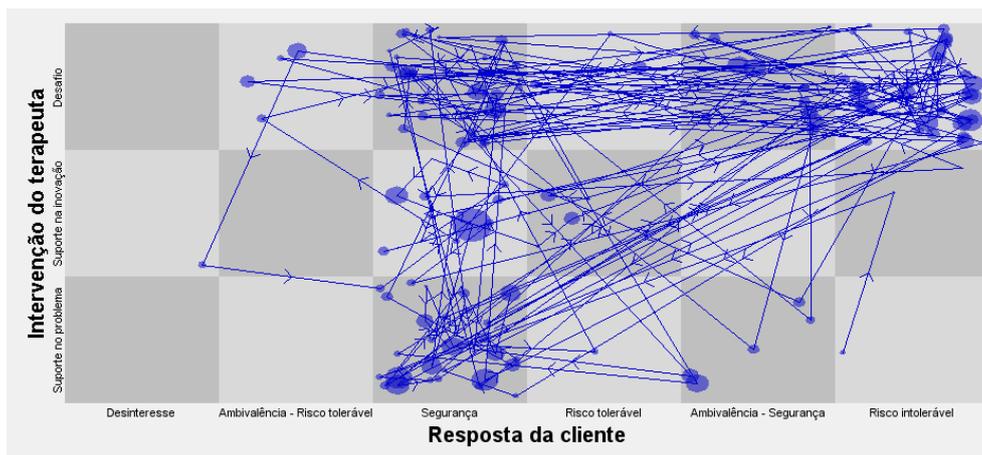


Figura 27. Grelha obtida por recurso ao GridWare na sétima sessão do caso clínico de desistência.

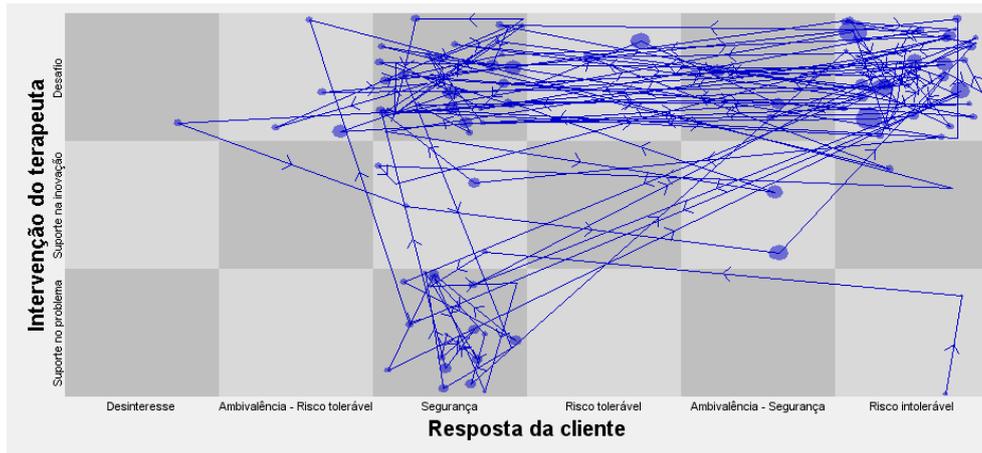


Figura 28. Grelha obtida por recurso ao GridWare na oitava sessão do caso clínico de desistência.

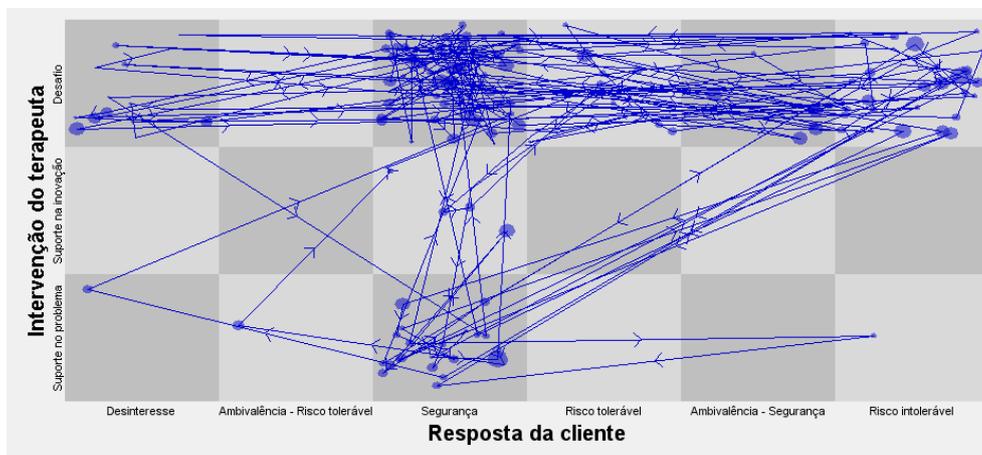


Figura 29. Grelha obtida por recurso ao GridWare na nona sessão do caso clínico de desistência.

ANEXO III – GRELHAS OBTIDAS POR RECURSO AO *GRIDWARE* PARA O CASO CLÍNICO FINALIZADO, EM CADA UMA DAS SUAS SESSÕES

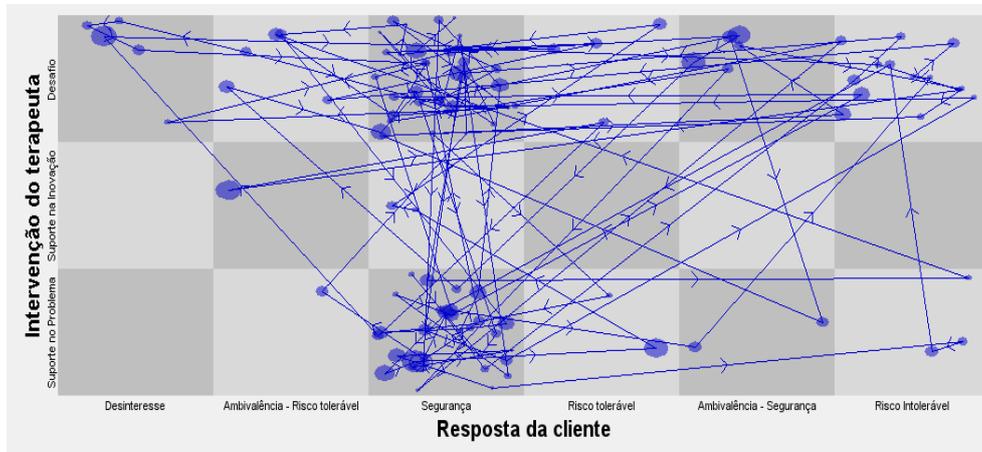


Figura 30. Grelha obtida por recurso ao *GridWare* na primeira sessão do caso clínico finalizado.

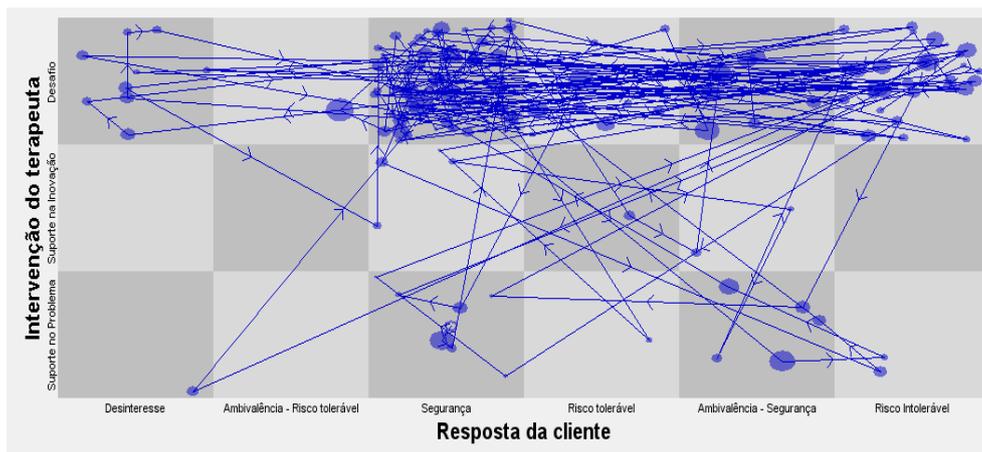


Figura 31. Grelha obtida por recurso ao *GridWare* na segunda sessão do caso clínico finalizado.

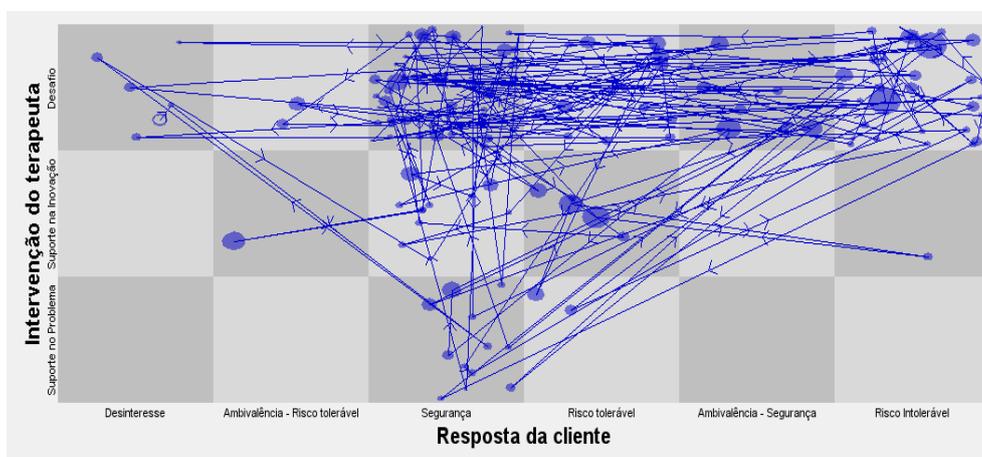


Figura 32. Grelha obtida por recurso ao *GridWare* na terceira sessão do caso clínico finalizado.

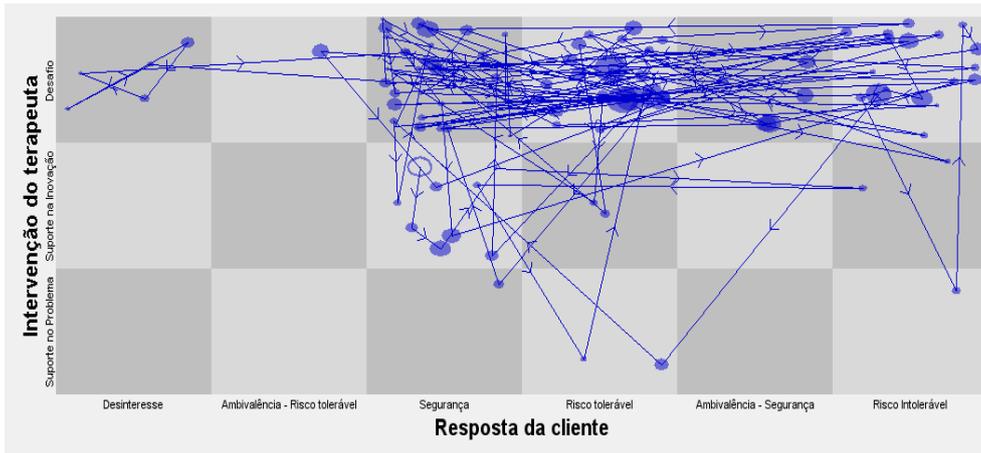


Figura 33. Grelha obtida por recurso ao GridWare na quarta sessão do caso clínico finalizado.

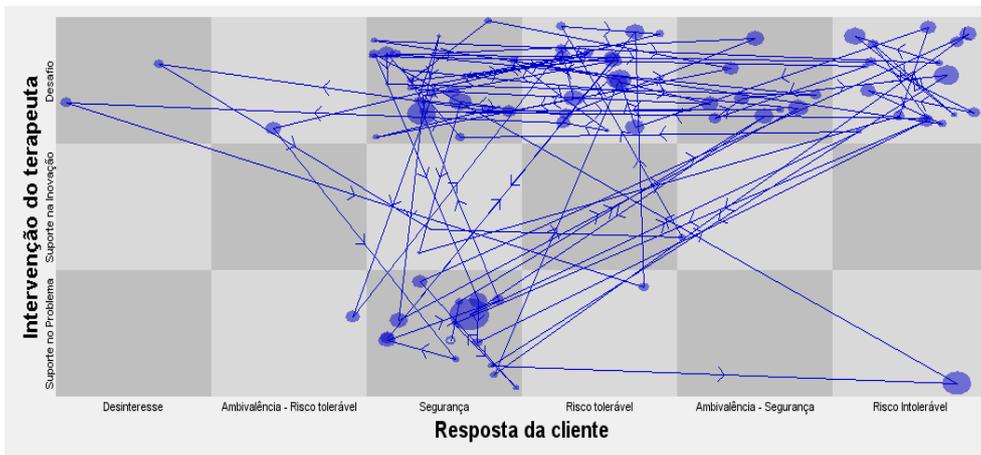


Figura 34. Grelha obtida por recurso ao GridWare na quinta sessão do caso clínico finalizado.

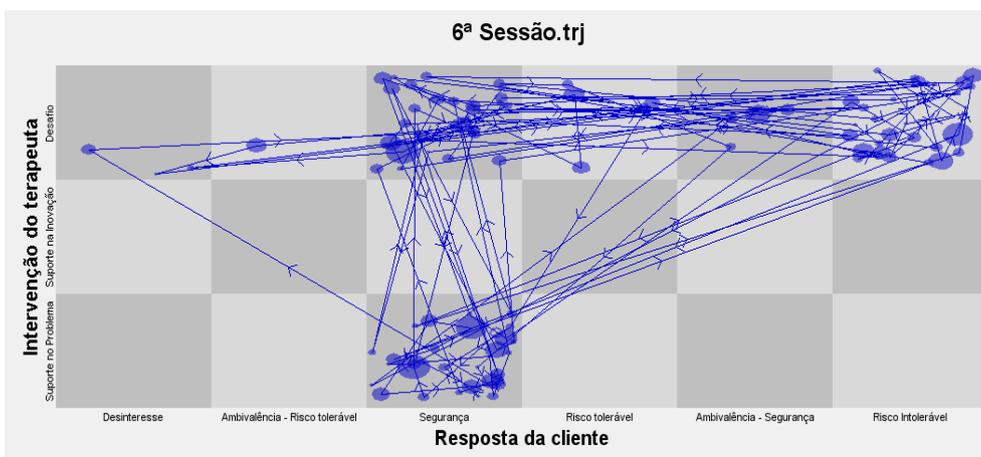


Figura 35. Grelha obtida por recurso ao GridWare na sexta sessão do caso clínico finalizado

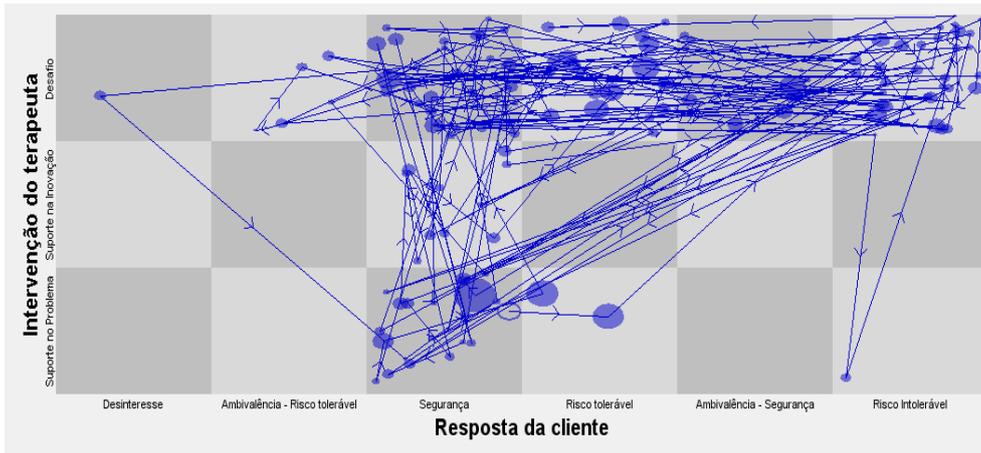


Figura 36. Grelha obtida por recurso ao GridWare na sétima sessão do caso clínico finalizado.

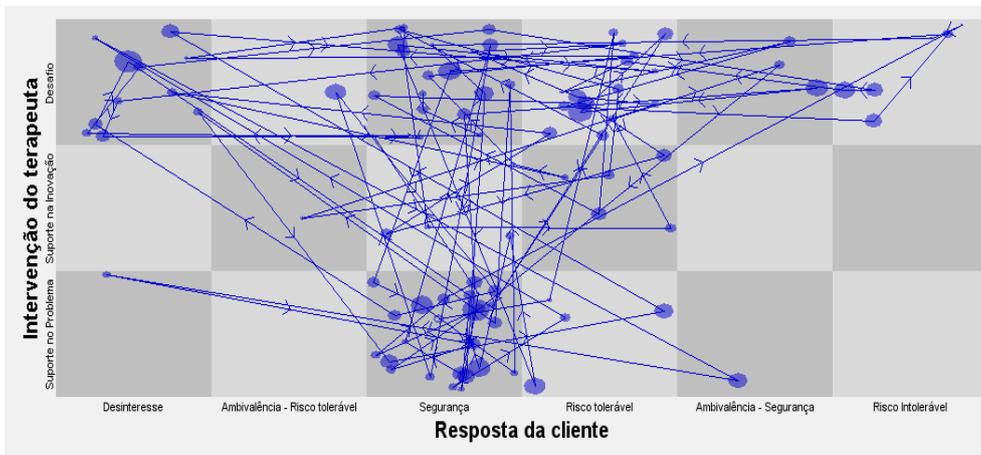


Figura 37. Grelha obtida por recurso ao GridWare na oitava sessão do caso clínico finalizado.

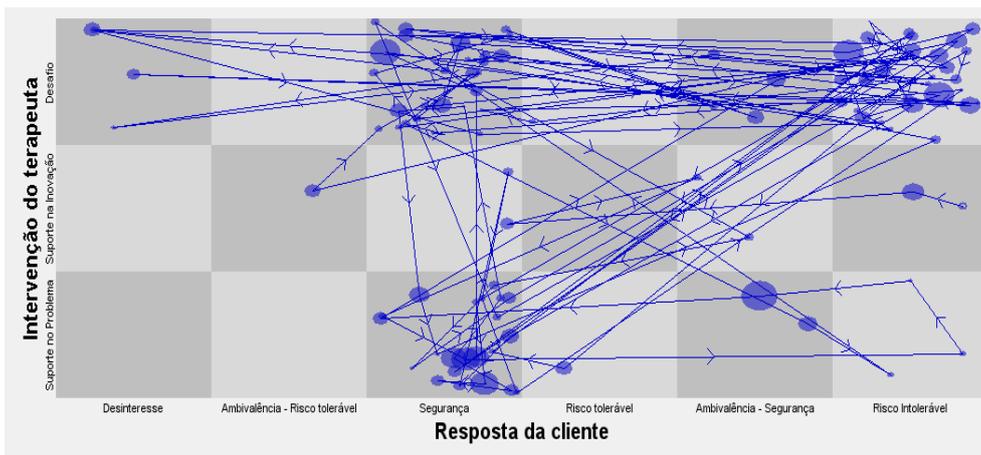


Figura 38. Grelha obtida por recurso ao GridWare na nona sessão do caso clínico finalizado.

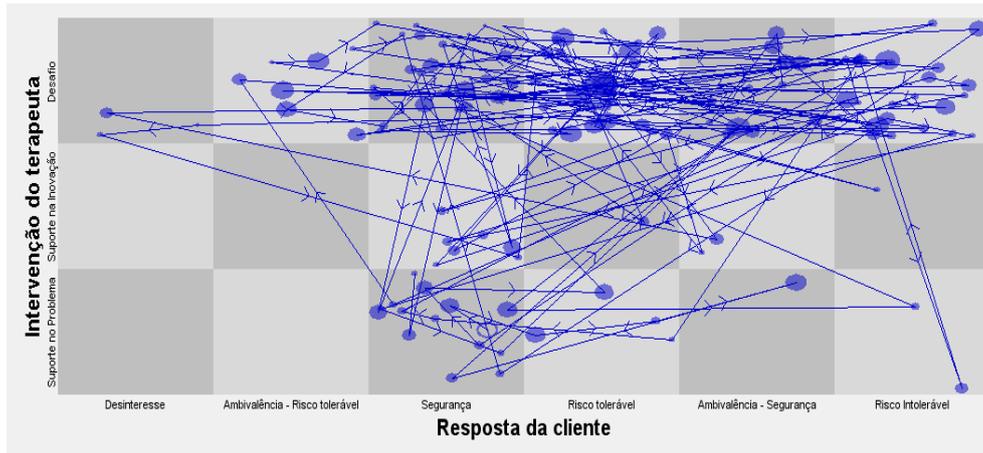


Figura 39. Grelha obtida por recurso ao *GridWare* na 10ª sessão do caso clínico finalizado.

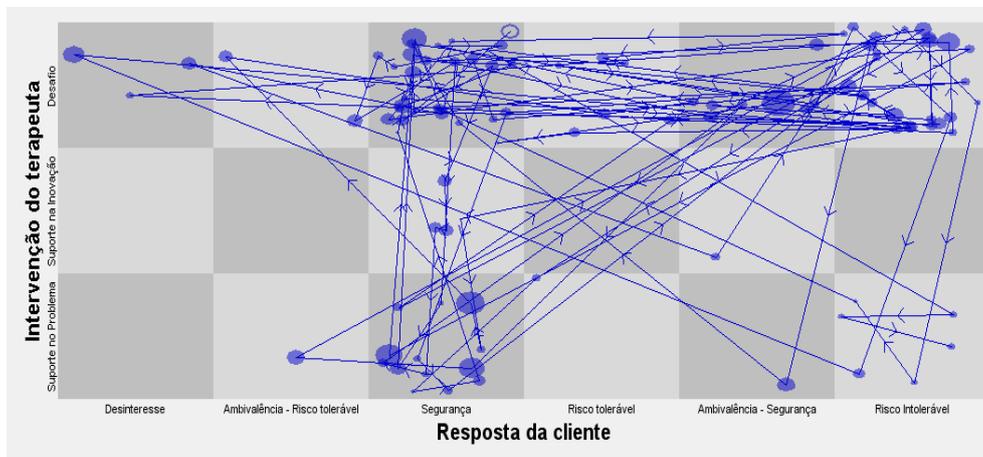


Figura 40. Grelha obtida por recurso ao *GridWare* na 11ª sessão do caso clínico finalizado.

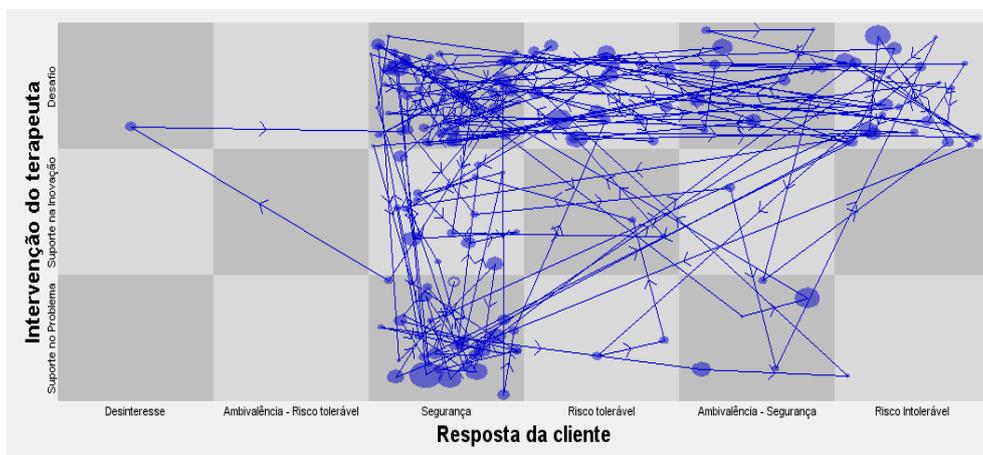


Figura 41. Grelha obtida por recurso ao *GridWare* na 12ª sessão do caso clínico finalizado.

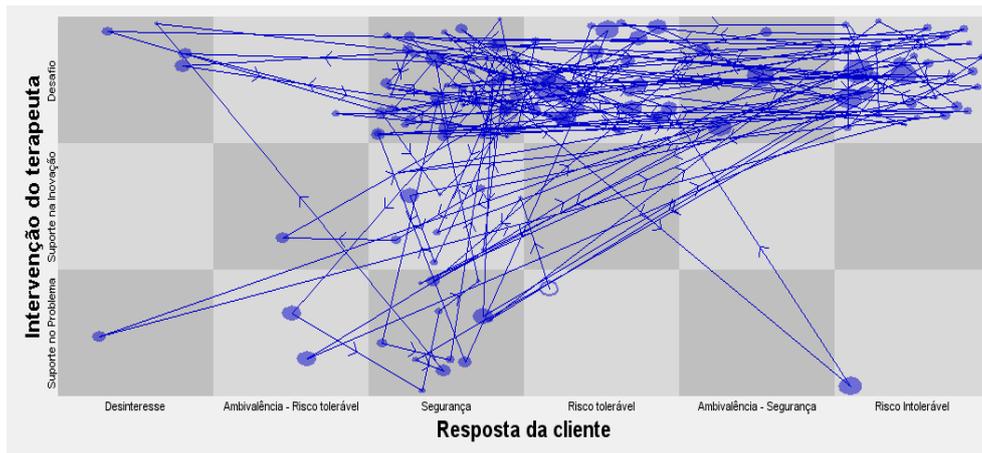


Figura 42. Grelha obtida por recurso ao GridWare na 13ª sessão do caso clínico finalizado.

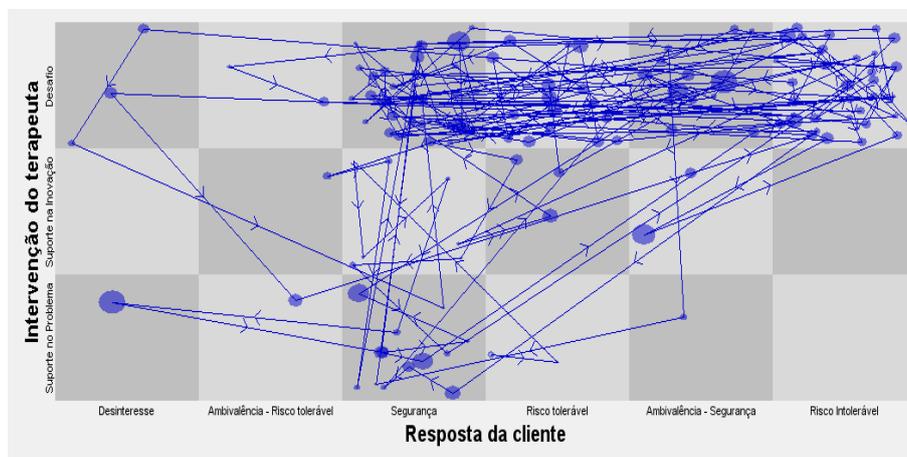


Figura 43. Grelha obtida por recurso ao GridWare na 14ª sessão do caso clínico finalizado.

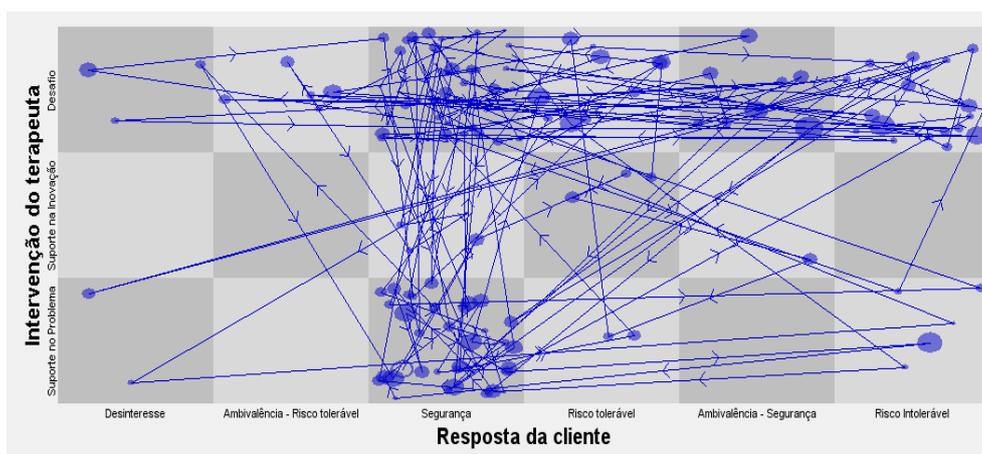


Figura 44. Grelha obtida por recurso ao GridWare na 15ª sessão do caso clínico finalizado.

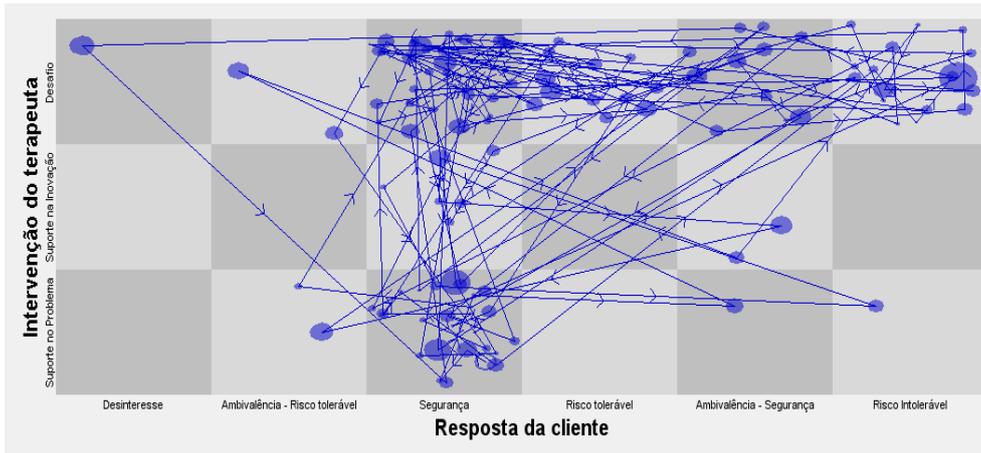


Figura 45. Grelha obtida por recurso ao GridWare na 16ª sessão do caso clínico finalizado.

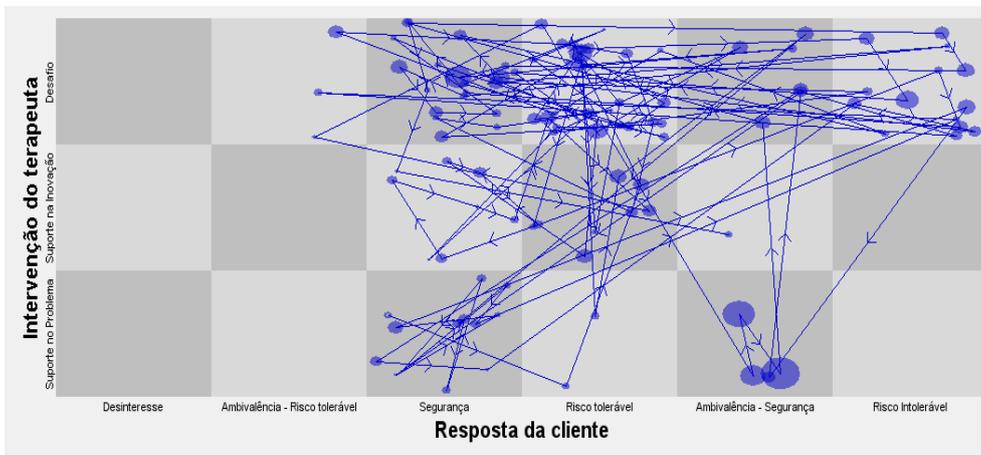


Figura 46. Grelha obtida por recurso ao GridWare na 17ª sessão do caso clínico finalizado.

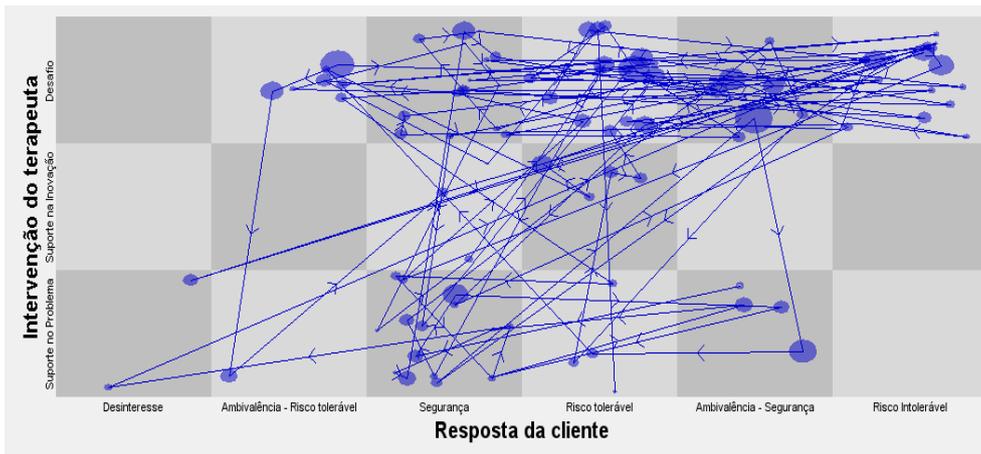


Figura 47. Grelha obtida por recurso ao GridWare na 18ª sessão do caso clínico finalizado.

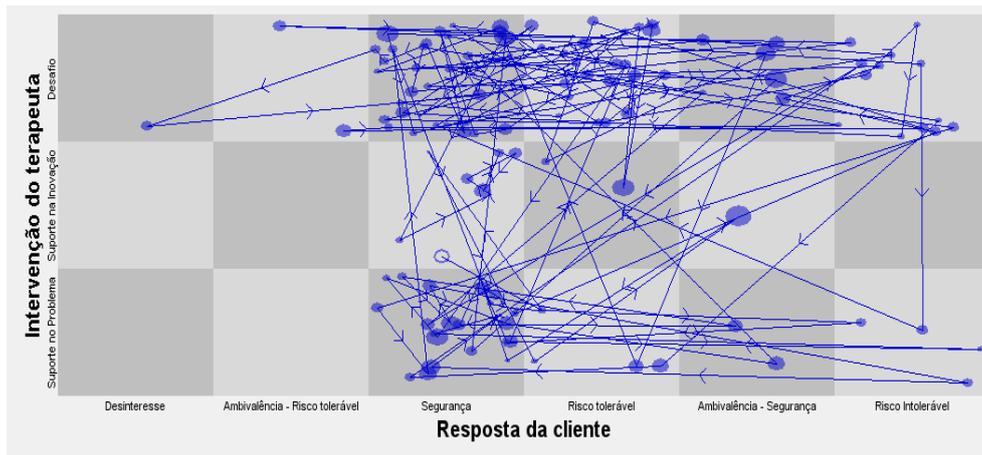


Figura 48. Grelha obtida por recurso ao GridWare na 19ª sessão do caso clínico finalizado.