



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

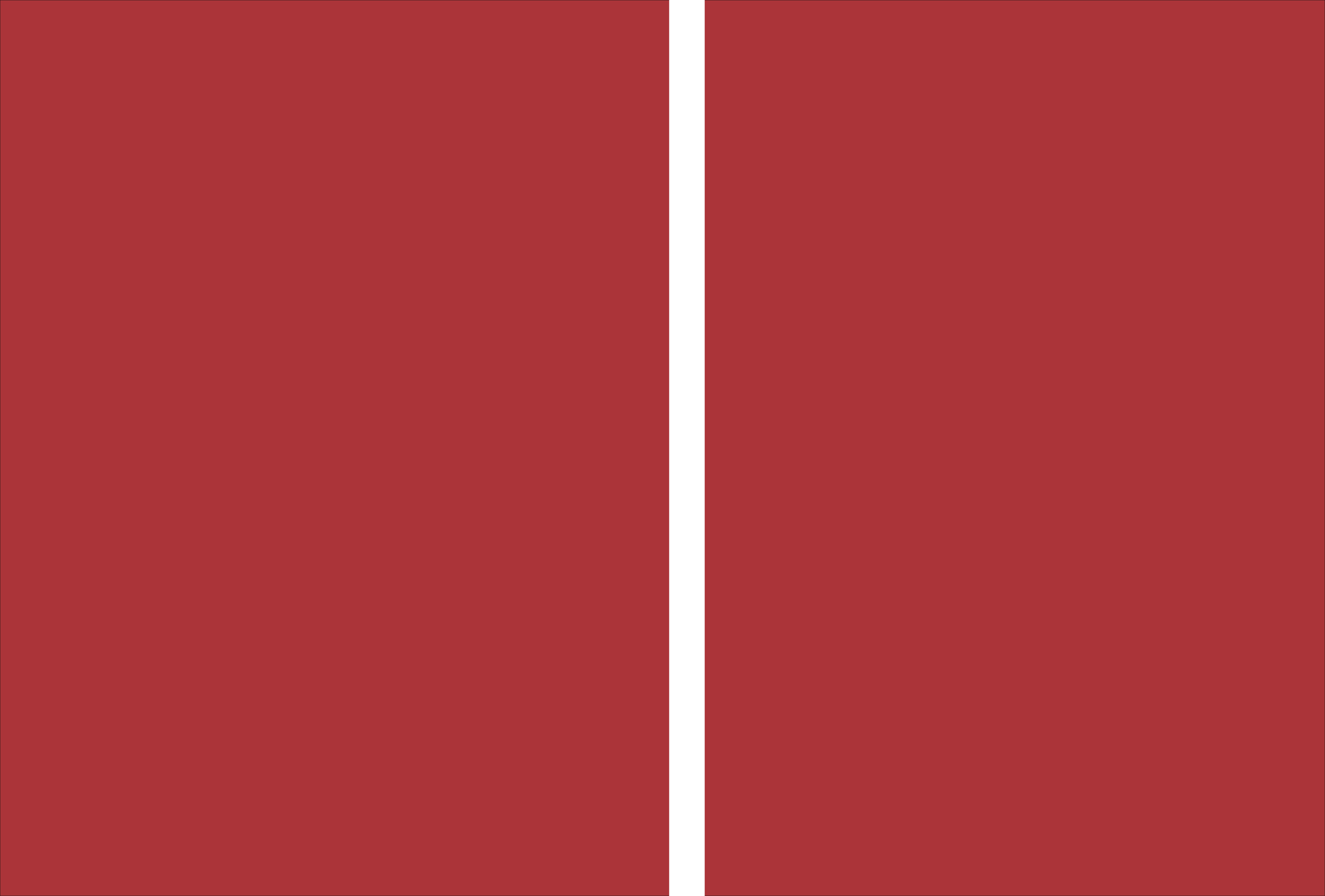
Gysele Rodrigues Melo

**Aliança e Colaboração terapêutica em
Terapia Cognitivo – Comportamental:
um estudo longitudinal dos micro-processos
interativos da díade terapêutica**

Gysele Rodrigues Melo **Aliança e Colaboração terapêutica em Terapia Cognitivo – Comportamental:
um estudo longitudinal dos micro-processos interativos da díade terapêutica**

U Minho | 2018

setembro de 2018





Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Gysele Rodrigues Melo

**Aliança e Colaboração terapêutica em
Terapia Cognitivo – Comportamental:
um estudo longitudinal dos micro-processos
interativos da díade terapêutica**

Tese de Doutoramento em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Eugénia Ribeiro

setembro de 2018

DECLARAÇÃO

Nome: Gysele Rodrigues Melo

Telefone: +351 925 527 465

Número do título de residência: 456818

Título da Tese

Aliança e Colaboração terapêutica em Terapia Cognitivo – Comportamental: um estudo longitudinal dos micro-processos interativos da diade terapêutica

Orientadora: Professora Doutora Eugénia Ribeiro

Ano de conclusão: 2018

Programa Doutoral em Psicologia Aplicada

DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO EM VIGOR, NÃO É PERMITIDA A REPRODUÇÃO DE QUALQUER PARTE DESTA TESE

Universidade do Minho, 26/09/18

X Gysele Rodrigues Melo

Assinatura:

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

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

Mais declaro que tomei conhecimento integral do Código de conduta ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 26/09/18

Gysele Rodrigues Melo

X Gysele Rodrigues Melo

Assinatura:

AGRADECIMENTOS

Não sou nada

Nunca serei nada

Não posso querer ser nada

À parte isso, tenho em mim todos os sonhos do mundo (Álvares de Campos)

E de um nada e de um sonho (não necessariamente nesta ordem), surgiu esta tese! Depois de uma longa travessia além do Atlântico e muita dedicação e trabalho, agradeço a todos que participaram e ajudaram-me no desenvolvimento deste trabalho.

Primeiramente, agradeço genuinamente à minha família que me ensinou valores incalculáveis de humildade e resiliência para aceitar as dificuldades que a vida impõe e mesmo assim continuar na luta, sim, eu sou brasileira e não desisto!

Agradeço profundamente ao meu companheiro e amigo de todas as horas, Hélder, pelo apoio nas horas difíceis, pela acolhida e pela paciência em suportar uma doutoranda à beira de um ataque de nervos! És um ser-humano admirável!

Agradeço humildemente à minha irmã que cuida dos meus cães como se fossem seus filhos para eu poder estar aqui, estudando e realizando meu sonho, pois sei que eles estão em ótimas mãos!

Agradeço a todos os meus colegas de equipa de trabalho que me receberam com muita generosidade, solicitude e paciência e ajudaram-me no meu processo (um bocado doloroso) de adaptação e desenvolvimento na equipa de trabalho, assim como ajudaram-me imenso com todas as codificações intermináveis para esta tese. Em especial, agradeço à Cátia, que me socorreu quando meus prazos já estavam para lá de extrapolados e prontificou-se a trabalhar comigo, mesmo quando já tinha bastante trabalho para fazer! À Ângela, por toda sua solicitude e acolhimento e ajuda com minhas dúvidas, codificações e pelo apoio incalculável!

Agradeço aos meus amigos brasileiros que tive o prazer de conhecer no meu último ano de Doutorado e fizeram aquela diferença no meu humor e na minha motivação que já andavam quase inexistentes...

Agradeço à generosidade e atenção da Prof. Elizabeth Pereira pelas aulas divertidas e motivantes de inglês, que fizeram imensa diferença no meu processo e na minha vida!

Em especial, agradeço imensamente à minha orientadora, Professora Doutora Eugénia Ribeiro, pela paciência, pelos ensinamentos, por me desafiar cuidadosamente e o mais importante, por não desistir de mim quando até eu imaginava o fazer.

Agradeço à Professora Doutora Inês Sousa pelos ensinamentos em Estatística, pela paciência, pela ajuda com a análise dos dados e acima de tudo, pela forma genuína como leciona matemática para quem não gosta de matemática e mesmo assim, consegue motivar alguém a estudar matemática! Se isso não é vocação, eu não sei o que é!

Este trabalho não seria realizado sem a ajuda de todos! Meu muito obrigada!

A presente tese beneficiou-se do apoio da Fundação Bial no financiamento do Projeto ColPsi (178/12) o qual possibilitou a recolha e utilização dos dados analisados nesta tese.

Aliança e Colaboração terapêutica em Terapia Cognitivo – Comportamental: um estudo longitudinal dos micro-processos interativos da díade terapêutica

Resumo

A presente tese é composta por três estudos desenvolvidos no âmbito da investigação focada na compreensão do processo terapêutico, especificamente em torno da relação entre processos interativos intra sessão e a qualidade da aliança terapêutica. Nestes três estudos, abordamos como referências teóricas, o conceito de Colaboração terapêutica desenvolvido por Ribeiro e colaboradores (2013) baseado no conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal terapêutica (ZDPT) apropriado à psicoterapia por Leiman & Stiles (2001), e o conceito de aliança terapêutica transteórico, proposto por Bordin (1979).

A Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDPT) representa o espaço hipotético compreendido entre o atual nível de desenvolvimento cognitivo e emocional do cliente até o nível seguinte, idealmente compreendido como potencial e que pode ser alcançado com a ajuda do terapeuta ao longo da terapia, através de uma interação equilibrada e colaborativa.

Recorremos ao Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT; Ribeiro et. al, 2013) para avaliar e identificar como a colaboração é estabelecida e negociada entre os participantes ao longo da conversação terapêutica. O SCCT (2013) permite identificar três diferentes intervenções terapêuticas, assim como, cinco diferentes respostas do cliente para cada intervenção do terapeuta. A combinação das intervenções e as respostas do cliente permitem identificar quinze diferentes episódios interativos que se diferenciam em colaborativos, não-colaborativos ou ambivalentes, considerando os limites da Zona de Desenvolvimento Proximal terapêutica do cliente.

O primeiro estudo desta tese, através de uma revisão sistemática de literatura, teve como objetivo identificar e descrever os principais tipos de estudos empíricos, no período de 2000 a 2016, que relacionassem a qualidade da aliança terapêutica com os processos colaborativos, identificados intra sessão. Foram selecionados onze estudos nos quais a aliança terapêutica e os processos interativos são analisados num *design* de estudo misto, tanto qualitativo quanto quantitativo. Os resultados encontrados indicam que os estudos focados nos processos interativos e sua relação com

desenvolvimento da aliança terapêutica são ainda escassos e privilegiam abordagens baseadas na observação externa.

O segundo estudo teve como principal objetivo analisar como a colaboração terapêutica intra sessão e a aliança terapêutica avaliada pelo cliente ao fim de cada sessão, variavam ao longo do tempo em oito casos clínicos de resultado terapêutico contrastantes em Terapia Cognitivo-Comportamental e quais os episódios colaborativos identificados pelo SCCT afetavam na avaliação da aliança terapêutica. Em geral, o grupo de sucesso terapêutico trabalhou em direção e mais próximo do nível de desenvolvimento potencial do cliente, através de intervenções de 'desafio', validadas pelos clientes. Em contrapartida, o grupo de insucesso focou-se a maior parte do tempo do trabalho terapêutico em torno da perspectiva problemática do cliente, em que a intervenção do terapeuta, sendo de suporte, e por isso focada no nível de desenvolvimento atual do cliente, era validada pelo mesmo. As análises longitudinais revelaram que o episódio de 'desafio-segurança' no grupo de sucesso terapêutico, contribuía para o aumento da qualidade na avaliação da aliança, contudo os episódios de 'suporte no problema-segurança' e 'desafio-risco intolerável' contribuíram negativamente para a avaliação da aliança terapêutica.

Por fim, no terceiro estudo, tivemos como objetivo identificar quais os episódios colaborativos mais prováveis de promover o resultado terapêutico. As análises longitudinais revelaram que os episódios de 'desafio-segurança' e 'desafio-risco tolerável' aumentavam a probabilidade de ocorrência do sucesso terapêutico, todavia, os episódios de 'desafio-ambivalência' e 'desafio-risco intolerável', expectados como preditores do insucesso terapêutico, não se revelaram, estatisticamente, significativos. E ainda, o episódio de 'suporte no problema-segurança' revelou ser um preditor negativo do insucesso terapêutico.

Em suma, os resultados encontrados ao longo desses três estudos, sugerem que nos casos clínicos considerados de Sucesso terapêutico, os terapeutas trabalharam de forma mais responsiva e atenta às capacidades emocionais e cognitivas dos clientes, promovendo mais avanço na Zona de desenvolvimento do que nos casos clínicos de Insucesso terapêutico. Além disso, concluímos que as interações em direção ao nível potencial do cliente são primordiais para a promoção da mudança terapêutica e para o fortalecimento da aliança terapêutica.

Alliance and Therapeutic Collaboration in Cognitive Behavior – Therapy: a longitudinal study of interactive microprocesses of therapeutic dyad

Abstract

This Thesis is developed on three studies focused in the investigation and understanding of the therapeutic process, specifically towards the relation between the interactive processes in session and the quality of the therapeutic alliance. In these three studies, we are taking as theoretical references, the therapeutic Collaboration concept developed by Ribeiro and authors (2013) based on the Therapeutic Zone Developmental Proximal (TZDP) concept applied to the psychotherapy context by Leiman & Stiles (2001), as well as the therapeutic alliance concept proposed by E. Bordin (1979).

The Therapeutic Zone Developmental Proximal represents the hypothetical space between the current level of cognitive and emotional development of the client until the next level. It's ideally understood as potentially and highly functional, which can be reached with the therapist's help throughout therapy, with a balance and collaborative interaction.

We used the resources of the Therapeutic Collaboration Coding System (TCCS, Ribeiro et al, 2013) to evaluate and to identify the establishment of the therapeutic Collaboration, as well as how the collaboration is negotiated between therapist and client throughout the therapeutic conversation. The TCCS allows us to identify three different therapeutic interventions, as well as, five different client's responses for each therapist's intervention. The combination between interventions and client's responses indicate fifteen different therapeutic exchanges. These therapeutic exchanges can be identified as collaborative, non-collaborative or ambivalent, taking in account the limits of client's TZDP.

The first study was developed through a Systematic literature review. It aim to identify and to describe the main empirical studies types during the period of 2000 until 2016, that related the therapeutic alliance quality with the collaborative microprocesses occurred in session. Eleven empirical studies were selected, in which the therapeutic alliance and the interactive processes are analyzed in a mixed design, as well as qualitative study design or quantitative one. The results indicate that the studies focused in the interactive processes and in their relation with the therapeutic alliance's development which are still scarce and concentrate in external observation approaches.

The second study was to analyze how the therapeutic collaboration developed between the participants, and the therapeutic alliance evaluated by the client at the end of each session, varying throughout of time in eight complete clinical cases with contrasting therapeutic outcome in CBT, either with good or poor outcome. Besides that, we aimed identifying which therapeutic exchanges could affect in the evaluation of the therapeutic alliance. In general, the good therapeutic outcome group worked toward and nearest to the client's potential level, emphasizing 'challenges' interventions, in turn validates by the client. The Poor therapeutic outcome group focused mostly on the therapy time around the client's problematic perspective, emphasizing 'support' interventions approaching, in this way, in the current development of the client. The Longitudinal analysis showed that the therapeutic Exchange of 'challenge-safety' in the good outcome group, contributes to the increase of the evaluation of the alliance, however the therapeutic exchanges 'support on problem-safety' and 'challenge-intolerable risk' promotes a negative effect in the therapeutic alliance.

In addition, the third study, we aim identify which therapeutic exchanges are more probable to promotes the therapeutic outcome. The analysis showed that therapeutic exchange 'challenge-safety' and 'challenge-tolerable risk' increased the probability of good therapeutic outcome, however the episodes of 'challenge-ambivalence' and 'challenge-intolerable risk' did not reveal statistically significant. Moreover, the therapeutic exchange 'support on problem-safety' revealed a negative predictor of poor therapeutic outcome.

Finally, the results founded in these three studies, indicate that in clinical cases considered good outcome, the therapists worked more responsively and attentively regarding the emotional and cognitive capacities of the clients, promoting more advance in the Zone of development than in the poor outcome cases. Moreover, we concluded that interactions in direction to client's potential level are fundamental to promoting therapeutic change and to strengthen of the therapeutic alliance.

ÍNDICE GERAL

Introdução.	1
Fundamentação teórica e estudo teórico.	7
Fundamentação teórica.....	9
Psicoterapia e Eficácia da psicoterapia.	9
Aliança terapêutica e investigação em Psicoterapia.....	13
Aliança terapêutica e resultado em Psicoterapia.	15
Aliança, factores e perspectiva do cliente.....	18
Aliança e contributos do terapeuta.	21
Aliança e evolução temporal.....	25
Aliança e micro-processos interativos em terapia.....	27
Interação e colaboração em terapia: micro- compreensão da mudança.....	30
Aliança terapêutica e Terapia Cognitivo - Comportamental.	35
Questão de investigação e justificação.....	37
Estudo 1 – Contribuições dos micro-processos colaborativos para a aliança terapêutica: Uma Revisão Sistemática de Literatura.	41
Questão de investigação.....	43
Procedimento e protocolo de pesquisa.....	43
Resultados.....	47
Discussão.....	55
Parte 2 – Metodologia e estudos empíricos	59
Metodologia.....	61
Participantes.....	61
Clientes.....	61
Terapeutas.....	62
Juizes.....	62
Tratamento Psicoterapêutico.....	63
Medidas e instrumentos.....	64
Inventário da Aliança terapêutica.....	64

<i>Outcome Questionnaire</i> - 45.....	65
Sistema de codificação da colaboração terapêutica.....	66
Procedimento	72
Análises e tratamento dos dados.....	74
Análise Qualitativa	74
Análise Quantitativa.....	74
Estudo 2 – Aliança e colaboração terapêutica em desenvolvimento: Como as interações podem explicar o desenvolvimento da aliança em terapia?	77
Resultados.....	80
Variação da aliança terapêutica ao longo do tempo entre os grupos	80
Variação da colaboração terapêutica entre os grupos.....	82
Variação do episódio colaborativo de Suporte no problema - segurança	82
Variação do episódio colaborativo de Desafio - segurança.....	83
Variação do episódio colaborativo de Desafio – risco intolerável	85
Efeito da colaboração terapêutica na Aliança	86
Discussão.....	90
Comparação da aliança terapêutica entre os grupos, sucesso e insucesso	90
Comparação da colaboração terapêutica entre os grupos, sucesso e insucesso.....	92
Efeito da colaboração terapêutica na avaliação da aliança.....	97
Estudo 3 – Como a Colaboração terapêutica pode explicar a mudança em terapia? Um estudo exploratório em Terapia Cognitivo - Comportamental	103
Resultados.....	106
Episódios colaborativos mais prováveis de anteceder o episódio de D-S.....	106
Episódios colaborativos mais prováveis de anteceder o episódio de D-S no grupo de sucesso	107
Episódios colaborativos mais prováveis de anteceder o episódio de D-S no grupo de insucesso	108
Episódios colaborativos mais prováveis de prever o resultado de sucesso ou insucesso	109
Discussão.....	114
Episódio colaborativo mais provável de anteceder o episódio de D-S na amostra geral, grupo de sucesso e grupo de insucesso	114
Episódios colaborativos mais prováveis de prever o resultado de sucesso ou insucesso terapêutico	117

Conclusões gerais	123
Referências bibliográficas	135

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1. Resultados encontrados nos períodos consultados on line	45
TABELA 2. Grelha descritiva dos estudos seleccionados	48
TABELA 3. Categorias de intervenção terapêutica com referência à Zona de desenvolvimento proximal do cliente	67
TABELA 4. Categorias de respostas do cliente com referência à Zona de desenvolvimento proximal	69
TABELA 5. Episódios colaborativos identificados através da combinação das intervenções terapêuticas e respostas do cliente	71
TABELA 6. Grelha explicativa sobre as categorias de intervenção e respostas analisadas nos estudos	76
TABELA 7. Resultados descritivos da Aliança terapêutica para o grupo de sucesso e insucesso	81
TABELA 8. Resultados do Teste t para amostras independentes	82
TABELA 9. Resultados descritivos dos episódios SP-S, D-S e D- RI para o grupo de sucesso e insucesso	84
TABELA 10. Descrição dos critérios de inclusão e exclusão do modelo 1	87
TABELA 11. Resultados dos efeitos fixos do modelo 1	88
TABELA 12. Resultados dos efeitos fixos do modelo 3	89
TABELA 13. Critérios de informação do modelo 3.....	89
TABELA 14. Probabilidade geral dos episódios colaborativos iniciar um episódio de D-S.....	107
TABELA 15. Probabilidade dos episódios colaborativos iniciar um episódio de D-S no grupo de sucesso.....	108
TABELA 16. Probabilidade dos episódios colaborativos iniciar um episódio de D-S no grupo de insucesso..	109
TABELA 17. Valores de referência do modelo 1	112
TABELA 18. Informações de referência do modelo 2	112
TABELA 19. Resultados encontrados para o modelo 1.....	113
TABELA 20. Resultados encontrados para o modelo 2.....	114

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Esquema ilustrativo do percurso de desenvolvimento da Tese	6
<i>Figura 2.</i> Esquema demonstrativo do desenvolvimento dos estudos da Tese	40
<i>Figura 3.</i> Esquema demonstrativo do protocolo adotado para o estudo	44
<i>Figura 4.</i> Esquema demonstrativo do processo de pesquisa por etapas	47
<i>Figura 5.</i> Variação da aliança terapêutica para o grupo de sucesso e insucesso	80
<i>Figura 6.</i> Variação do episódio de SP-S entre os grupos	83
<i>Figura 7.</i> Variação do episódio de D-S entre os grupos	84
<i>Figura 8.</i> Variação do episódio de D-RI entre os grupos.....	85

INTRODUÇÃO

Introdução

O desenvolvimento da psicoterapia ao longo das décadas tem demonstrado a sua eficácia e eficiência no tratamento psicoterapêutico e contextos de cuidado com a saúde. A eficácia dos tratamentos psicológicos promoveu o crescente interesse no aperfeiçoamento de técnicas e tratamentos, bem como a investigação aplicada à prática psicoterapêutica. O crescente desenvolvimento e expansão de diferentes abordagens terapêuticas, tratamentos isolados ou combinados suscitou a questão de, como a psicoterapia é eficaz, considerando a diversidade de condutas terapêuticas e diferentes recursos técnicos e metodológicos aos quais recorrem os profissionais da área (Lambert, 2013a).

A investigação em psicoterapia tem vindo a reunir argumentos a favor da eficácia da psicoterapia. O modelo dos fatores comuns (Wampold, 2009; 2015) enfatiza os fatores comuns aos diferentes tratamentos e abordagens na explicação de grande parte dos resultados terapêuticos como sendo a principal ferramenta promotora de resultados em psicoterapia, atribuindo menos valor aos tratamentos específicos e o que estes possuem de único. Os factores comuns representam elementos de ordem relacional, como aliança e empatia por exemplo, técnicos, como habilidade técnica do terapeuta e ainda elementos de ordem emocional do cliente e do terapeuta, assim como o tipo de vinculação do cliente, por exemplo (Hubble, Duncan, Miller & Wampold, 2009). Nesse sentido, esses elementos interagem entre si de forma a promover resultados terapêuticos, ou ainda, quando negligenciados podem dificultar o desenvolvimento saudável do processo terapêutico.

Seguindo o argumento do Modelo dos Factores Comuns em terapia, a aliança terapêutica representa o elemento relacional mais investigado cientificamente e atualmente, através de estudos recentes (Flückiger et. al, 2018; Zilcha-Mano et. al, 2017), mantém o seu valor de preditor positivo dos resultados terapêuticos. A aliança terapêutica, enfatizada e difundida por E. Bordin (1979) numa perspectiva transteórica, representa o elemento relacional entre terapeuta e cliente facilitador do trabalho terapêutico, promovida por uma colaboração ativa entre terapeuta e cliente em relação ao investimento emocional e prático da terapia. Nesse sentido, o consenso nos objectivos terapêuticos, o acordo nas tarefas relevantes para a condução da terapia e o desenvolvimento do vínculo terapêutico representariam componentes dessa relação colaborativa entre terapeuta e cliente. Bordin (1979), interessado em integrar uma perspectiva transteórica de aliança terapêutica que se aplicasse a

diferentes abordagens terapêuticas, apoiou-se na dimensão colaborativa da aliança como uma relação de acordo, sintonia, mutualidade e co-participação entre os participantes.

Diferentes autores (Bachelor et. al, 2007; Lambert & Cattani, 2012) têm reforçado a importância de um trabalho colaborativo no qual o cliente é ator e agente do seu próprio processo, participativo e atuante no desenvolvimento da sua própria mudança. Estudos em colaboração terapêutica (Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka, Gamberg & Blake, 2009; Sametband & Strong, 2013; Tryon & Winnograd, 2001) têm ressaltado a contribuição da colaboração para os resultados terapêuticos e melhoria dos sintomas. E. Ribeiro (2009), influenciada por uma perspectiva teórica construtivista, propôs uma abordagem da colaboração terapêutica como um encontro transformador entre terapeuta e cliente à medida que estes conseguem mudar suas experiências, significados e construir conjuntamente novos sentidos e significados para a experiência do cliente. Na sequência desta proposta, E. Ribeiro, A.P. Ribeiro, Gonçalves, Horvath e Stiles (2013) propuseram um Modelo de Colaboração Terapêutica, segundo o qual a mudança clínica decorre de modo articulado com a qualidade do relacionamento colaborativo, obedecendo ambas a um processo de desenvolvimento e regulação contínua, ao longo de uma Zona hipotética de desenvolvimento do cliente, a chamada Zona de desenvolvimento proximal terapêutica (Leiman & Stiles, 2001).

A colaboração terapêutica tem vindo a ser medida e analisada com base em metodologias distintas, seja com recursos a instrumentos standardizados quer através de um foco microanalítico da interação e sintonia de ações entre terapeuta e cliente, por exemplo (Colli & Lingardi, 2009; Lepper & Merghentaler, 2007). Com o objetivo de caracterizar a colaboração terapêutica ao longo do processo terapêutico e compreender como esta colaboração se torna um elemento terapêutico promotor de mudança, Ribeiro e colaboradores (2013) desenvolveram um sistema de análise da colaboração terapêutica centrado na microanálise da conversação terapêutica. O Sistema de Codificação da Colaboração terapêutica (Ribeiro et. al, 2013) permite identificar e codificar cada par de falas, entre terapeuta e cliente, ao longo da sessão terapêutica e classificar as interações em episódios colaborativos, ambivalentes ou não-colaborativos, tendo os limites da Zona de desenvolvimento Proximal do cliente como referência.

Considerando o referencial teórico norteador desta tese, ou seja, a teoria sobre aliança e colaboração terapêuticas, foram desenvolvidos três estudos cujo objetivo geral foi observar e

compreender o desenvolvimento da colaboração terapêutica e seu possível impacto (positivo ou negativo) no desenvolvimento da aliança terapêutica e no resultado final terapêutico, de sucesso ou insucesso. No sentido de prosseguir esses objetivos, foram analisadas 4.500 pares de falas entre terapeuta e cliente, intervenções, ao longo de 72 sessões terapêuticas selecionadas da fase inicial, fase intermédia e fase final da terapia. No total, foram analisados, detalhadamente, oito casos clínicos finalizados, sendo quatro dos casos considerados de sucesso terapêutico e outros 4 casos considerados de insucesso terapêutico. A medida de avaliação da aliança terapêutica foi realizada através da aplicação do Inventário da Aliança terapêutica (Machado & Horvath, 1999) ao fim de cada sessão, sendo usada a versão do cliente. Além disso, foi aplicado o *Outcome questionnaire* – 45 (Machado & Frassnacht, 2014) no início do tratamento psicológico, na sessão de avaliação psicológica, e no fim do tratamento, na 16ª sessão, bem como nas sessões seguintes de *follow up*. A avaliação final do resultado terapêutico seguiu os critérios de avaliação e significância clínica propostos por Jacobson & Truax (1991). Os casos clínicos que compõem esta amostra foram diagnosticados com Depressão maior e seguidos em Terapia Cognitivo-Comportamental ao longo de 16 sessões terapêuticas e duas sessões posteriores de *follow-up*. As sessões de *follow up* não foram incluídas como dados e usadas para análises nos estudos desta tese.

Os estudos realizados seguem uma metodologia microanalítica e compreensiva do processo terapêutico, conjugado com análises longitudinais pertinentes em diversos estudos na investigação em Psicoterapia e estudos diádicos. Por fim, esta tese está dividida em duas partes, a primeira parte teórica relativa ao enquadramento teórico e empírico que justifica e norteia os estudos empíricos da tese e o desenvolvimento de um estudo teórico de Revisão Sistemática da literatura, e a segunda parte composta pela metodologia empregada no desenvolvimento dos estudos empíricos, assim como a redação dos resultados encontrados nos mesmos. Ainda, nesta tese, concluímos com uma interpretação dos resultados encontrados, integrando-os de forma construtiva e crítica, de forma a contribuir para a melhor compreensão do desenvolvimento dos processos interativos inerentes à prática psicoterapêutica. As limitações desta tese são apresentadas e discutidas, assim como as possíveis implicações para a prática clínica e futuros estudos neste campo de investigação.

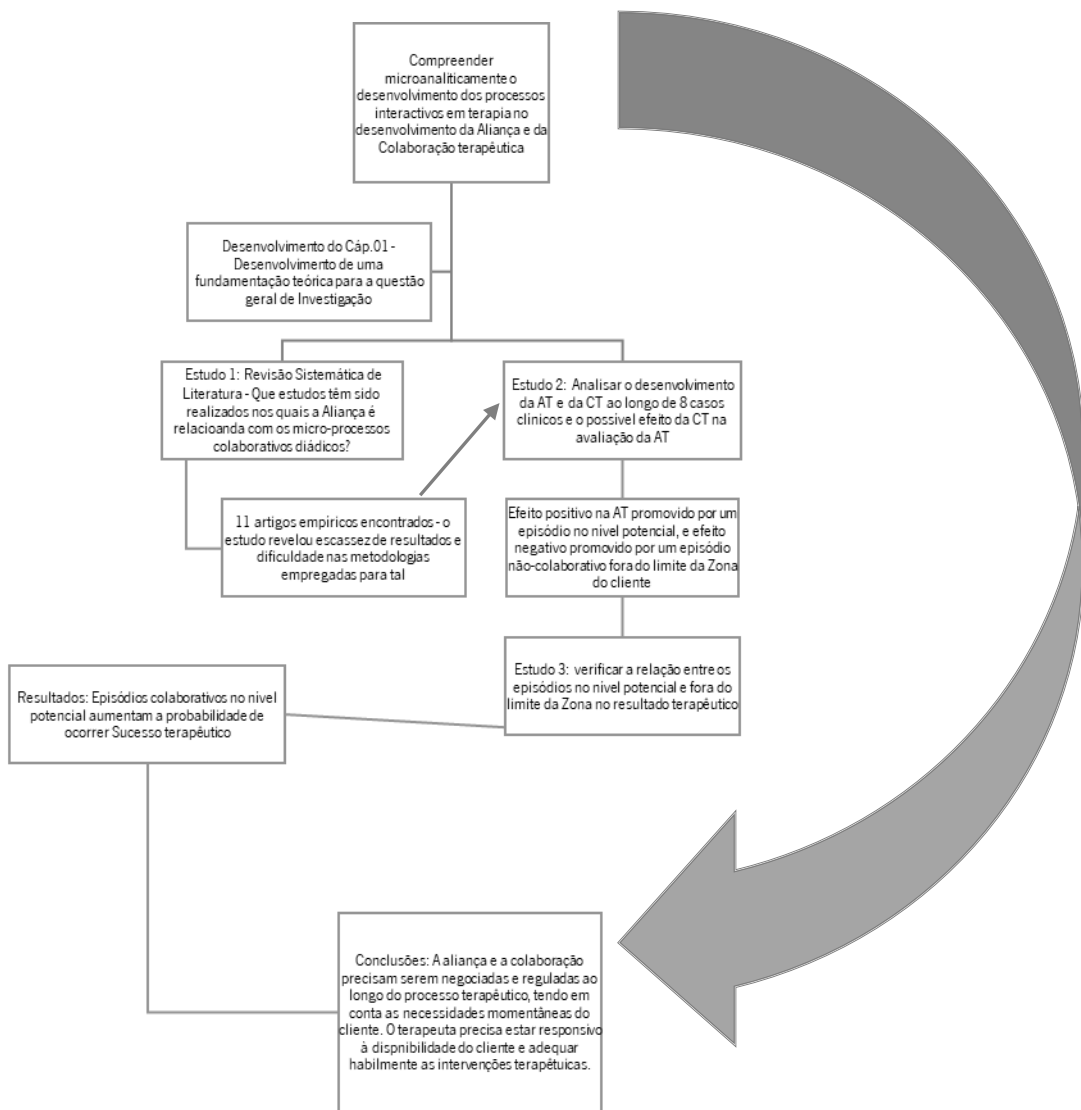


Figura 1. Esquema ilustrativo do percurso de desenvolvimento da Tese

PARTE 1
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E ESTUDO TEÓRICO

Fundamentação teórica

1.0 Psicoterapia e Eficácia psicoterapêutica

A Psicoterapia é um processo relacional de construção de conhecimento entre duas pessoas que se desenvolve através de um contato íntimo, profundo e empático, no qual uma dessas pessoas (o terapeuta) tenta promover e facilitar mudança e bem-estar emocional na outra (o cliente) (Cooper, 2010). O terapeuta apoiado por uma formação teórica-técnica, oferece ajuda especializada ao cliente que procura superar suas dificuldades emocionais, seja de foro psicológico ou psicossomático, de forma a alcançar o bem-estar pessoal e interpessoal com seus pares (Hill, 2005). O crescente desenvolvimento da Psicoterapia como recurso de tratamento nos cuidados em Saúde Mental mobilizou uma forte preocupação dos investigadores e profissionais da área em perceber se este recurso, chamado Psicoterapia, é realmente eficaz ou não.

O início do debate sobre a eficácia da psicoterapia reporta aos estudos de Eysenck (1952), em que o autor questionou criticamente a eficácia da Psicoterapia. Ao analisar 24 estudos publicados, concluiu que nestes não houve evidência empírica, ou seja, resultados satisfatórios que comprovassem a eficácia da Psicoterapia, enquanto tratamento. O autor (1952) concluiu, ainda, que os participantes que receberam Psicoterapia Psicanalítica não melhoram mais do que as pessoas que não receberam nenhum tratamento. Além disso, o autor (1952) salientou o poder potencialmente negativo que a terapia poderia acarretar na sintomatologia dos pacientes, sendo muitas vezes prejudicial a estes.

As conclusões apresentadas por Eysenck (1952) mobilizaram um longo e importante debate em torno da eficiência e eficácia da Psicoterapia. Strupp (1962) no seu artigo de resposta ao estudo de Eysenck (1952), identificando fragilidades de natureza metodológica, argumentou a favor da necessidade de desenvolvimento de estudos especificamente desenhados para avaliar o poder de eficácia da Psicoterapia enquanto tratamento. Segundo o argumento do autor (1962) seria de mais importância para os psicoterapeutas a execução de estudos que fornecessem mais informação sobre

as diferentes variáveis inerentes ao processo terapêutico, como o próprio terapeuta, o cliente, o modelo de tratamento, assim como a interação entre estes (Miller, Hubble, Chow & Seidel, 2013).

Desde então, o desenvolvimento do processo de validação e comprovação da eficácia da psicoterapia seguiu diferentes caminhos metodológicos influenciados pelas mudanças socio-económicas na sociedade, como o crescimento na procura por acompanhamento psicológico, assim como o crescimento dos serviços de saúde à população. O estudo e análise da eficácia e a eficiência da psicoterapia esteve, durante muito tempo, sob a influência de um modelo médico de tratamento, sendo outrora Freud (1912) o primeiro a deslocar a ênfase na estrutura bio-física da doença, para organização contextual/ambiental em torno dos fenómenos psicopatológicos, sendo enfático acerca da organização de uma 'psique' subjectiva a cada indivíduo, passível de compreensão e acesso através de um método relacional de tratamento, baseado na conversação e interpretação, por parte do terapeuta (Wampold, 2009).

O modelo contextual da psicoterapia enfatiza o contexto ambiental e a interação entre as pessoas e como esses elementos podem afetar os indivíduos nos processos de significação em torno do adoecimento mental, assim como no processo de 'cura' desse adoecimento, de forma que as relações estabelecidas entre o sujeito e o contexto seriam a fonte primária de conhecimento para a compreensão do adoecimento e para a condução do processo terapêutico. Desse modelo contextual podemos citar as escolas Psicodinâmicas, Cognitivas, Comportamentias, Relacionais como as humanistas, experienciais e existenciais, as quais consideram a relação/interação do 'eu' com um 'outro' como fundamento básico para desenvolvimento emocional e da personalidade, assim como compreende as afectações patológicas a partir da observação e compreensão do funcionamento das relações interpessoais e simbólicas do 'eu' com o contexto.

Todavia, a mudança de paradigma ou modelo entre o século XIX e o século XX, do modelo médico para o modelo contextual, não atenua a necessidade de provar o quão estas terapias realmente são capazes de ajudar seus pacientes a melhorar, apesar de suas influências relacionais. Diante desse desafio, diversos estudos e pesquisas foram desenvolvidos para este fim. Ensaios clínicos e Estudos com design randomizados (RCT, *Randomized Clinicals Trials*) foram desenvolvidos para comprovar diferentes parâmetros de eficácia e eficiência dos tratamentos psicoterapêuticos, assim como, a validade interna e externa do tratamento, assim como a validade do constructo que se está a medir,

por exemplo, o quão efetiva é uma intervenção aplicada, mantendo dessa forma uma ênfase nos ingredientes específicos das abordagens e tratamentos (Wampold, 2011).

Os RCTs e os Ensaiois clínicos promoveram a divulgação e disseminação dos tratamentos empiricamente validados e manualizados ao comprovarem que uma intervenção X é mais eficaz e produz melhores resultados que uma intervenção Y. Como resultado do debate e investigação acerca da eficácia da psicoterapia, mais uma vez foi salientada a sua capacidade de produzir resultados positivos, atenuar sintomas psicológicos e melhorar o bem-estar psicossocial das pessoas, mais do que diferentes práticas médicas, apresentando um effect size de .75 (Lambert, 2013a).

Apesar de as pesquisas e estudos desenvolvidos validarem a eficácia e eficiência de diversas abordagens e intervenções, a dúvida sobre a razão pela qual alguns pacientes melhoram e outros não, permaneceu não respondida. Além disso, determinar até que ponto uma intervenção é eficaz ou não, ou o porquê de alguns pacientes melhorarem com um tratamento específico, enquanto outros não, foram questões que permaneceram e têm mobilizado a pesquisa e o debate ao redor da problemática da eficiência e eficácia psicoterapêutica.

A validade empírica dos tratamentos manualizados justificou os resultados positivos por recurso a existência de elementos específicos a cada abordagem e tratamento, como por exemplo, uma terapia é mais eficaz porque consegue atenuar sintomatologia em um prazo razoável de consultas ou porque a aplicação de técnicas específicas de um tratamento é mais eficiente na remoção desses sintomas apresentados.

Todavia, o argumento apresentado em torno dos elementos específicos não apaziguou as dúvidas e as críticas dos pesquisadores e da comunidade psicoterapêutica. Muitos pesquisadores levantaram a questão de alguns tratamentos serem mais efetivos e eficazes porque há mais esforço e pesquisa em torno desses tratamentos do que em relação a outras abordagens existentes na comunidade psicoterapêutica (Lambert, 2013a; 2013b). O argumento dos elementos específicos não susteve as críticas em torno dos esforços na investigação científica para validação da psicoterapia enquanto tratamento específico eficaz para desordens específicas (Hubble, Duncan, Miller & Wampold, 2009). A discussão em torno da especificidade dos tratamentos levantou importantes questões e críticas acerca dos modelos e design de investigação em torno das práticas clínicas acerca de sua

funcionalidade, credibilidade e viabilidade. A saída encontrada e adotada pela comunidade científica e clínica apoiou-se na prática empiricamente validada através de estudos e pesquisas, chamados de *Evidence Based – practice* (EBP; Lambert, 2013b).

A proposta do movimento *Evidence Based- practice* era produzir mais conhecimento acerca dos efeitos da psicoterapia e dos diversos tratamentos terapêuticos existentes, assim como tornar mais explícito o funcionamento interno das práticas e tratamentos terapêuticos disponíveis, através de material oriundo da observação e estudo da prática terapêutica. Com o objectivo de responder a essa demanda e exigência da comunidade psicoterapêutica e científica, foi desenvolvida a primeira *Task Force* em 1995 pela *American Psychological Association* (Miller, Hubble, Chow & Seidel, 2013; Wampold, 2009) para identificar, através da observação da prática clínica, os principais fatores responsáveis pelo desenvolvimento satisfatório do processo terapêutico. Em 2006, outra importante *Task Force* foi desenvolvida, afim de compilar de forma criteriosa e rigorosa os melhores resultados acerca da evidência científica e eficácia da prática psicoterapêutica e salientar os ajustes necessários para tornar as práticas terapêuticas cada vez mais efetivas e seguras para os pacientes. Os resultados encontrados pela *Task Force* de 2006 (*American Psychological Association*, 2006) revelaram que diferentes tratamentos são terapêuticos e eficazes através de processos diferentes entre si e que a melhoria dos pacientes ocorre por meio de trajetórias distintas. Contudo, diante da ambiguidade dos resultados e imprecisão dos dados, as conclusões acerca da condução efetiva da psicoterapia convergiram para a evidência dos fatores comuns e transversais presentes nas diferentes escolas e abordagens psicológicas.

Para Wampold (2015) os fatores comuns são elementos implícitos à prática psicoterapêutica e comuns às diferentes abordagens psicológicas, desempenhando uma importante função na adesão ao tratamento psicológico e ao conseqüente resultado terapêutico. Para este autor os fatores comuns são em si mesmos, os elementos constituintes de um modelo transversal de psicoterapia habilitados a facilitar a mudança terapêutica.

Para Lambert (2013b) os factores comuns agrupam-se em três diferentes grandes categorias que, juntas, operam de forma positiva sobre o processo psicoterapêutico. São as categorias: *Suporte*, *Aprendizagem* e *Ação*. A subcategoria de *Suporte* representa elementos oriundos da organização da experiência do cliente na relação com o terapeuta, como por exemplo a aliança

terapêutica, confiança e abertura para com o terapeuta ou percepção de um ambiente seguro em terapia. Os fatores relativos à categoria de *Aprendizagem* representam a operacionalidade da mudança clínica, como por exemplo assimilação de experiências problemáticas, insight e experiências emocionais corretivas. Por fim, os fatores relativos à categoria de *Ação* envolvem a consolidação da mudança propriamente dita, assim como, a sua execução em e fora da terapia (2013).

De acordo com Wampold (2009; 2015) empatia, aliança terapêutica, expectativas e esperança do cliente e competências relacionais do terapeuta estão entre os fatores comuns mais citados em investigação e meta-análises e relacionados positivamente com os resultados terapêuticos. Numa Meta-análise realizada (Asay & Lambert, 1999 citados por Wampold, 2011), os autores verificaram que 30% da variância dos resultados era devido à relação terapêutica/aliança; fatores externos à terapia explicavam 40% da variância dos resultados; a técnica terapêutica explicava 15% dos resultados e a expectativa do paciente e a credibilidade do terapeuta explicavam 15% dos resultados. Os resultados da investigação científica encontrados ao longo das décadas e a evidência retirada da prática tem reforçado a importância dos modelos terapêuticos que enfatizam a importância das variáveis relacionais, salientando a importância de estudos em torno de variáveis como a aliança, o terapeuta, o cliente e a interação entre os participantes, que podem explicar de forma significativa a variabilidade dos resultados em terapia (Bergin & Garfield, 2013; Garfield, 1997).

1.1 Aliança terapêutica e Investigação em Psicoterapia

O conceito de aliança terapêutica tem a sua origem na psicanálise, tendo sido Freud o primeiro autor a mencionar a necessidade de uma relação de trabalho positiva entre analista e paciente, necessária para o desenvolvimento do fenômeno de transferência do paciente em relação ao analista (Luborsky & Horvath, 1993; Horvath, 2000). Para Freud (1912, citado por Corbella & Botella, 2003) era fundamental a relação de transferência positiva entre analista e cliente para o método de trabalho analítico. O conceito primário de aliança, de Freud, passou por algumas releituras psicodinâmicas que enfatizaram a relação de trabalho e o relacionamento real entre terapeuta e

cliente, mais do que os aspectos inconscientes da relação entre os participantes (Lo Coco, Gullo, Prestano & Gelso, 2011; Watkins, 2012).

As principais variações do conceito de aliança que derivaram do desenvolvimento do constructo no âmbito das abordagens psicodinâmicas são o proposto por Luborsky (1976) e o proposto por Bordin (1979). O conceito de *Helping Alliance* (Luborsky, 1976) refere-se ao desenvolvimento da aliança em duas fases diferentes. A aliança do tipo 1 refere-se à aliança desenvolvida na fase 1, em que a aliança representa uma relação de apoio e ajuda do terapeuta para com o cliente. O terapeuta torna-se responsável por promover um ambiente agradável, genuíno e empático para o cliente, enquanto que a aliança do tipo 2, representa a aliança desenvolvida na fase 2, fase de manutenção da relação e desenvolvimento de um sólido trabalho pautado pela consolidação dos objectivos terapêuticos. Atualmente, o conceito de aliança proposto por de Bordin (1979) tende a ser o mais utilizado, sendo considerado como transversal a diferentes abordagens terapêuticas. O constructo transteórico contempla as diferentes e específicas necessidades de trabalho de cada abordagem (Bordin, 1979, Gaston et. al, 1995). O autor (1979) refere-se à aliança entre cliente e terapeuta como *working alliance*, salientando os aspectos colaborativos e complementares da relação entre terapeuta e cliente e a capacidade de trabalharem juntos de forma colaborativa. Apresenta esse conceito num modelo mais genérico, salientando uma relação consciente no aqui-agora entre terapeuta e cliente, afastando-se epistemologicamente do conceito Freudiano de aliança pautado pela relação transferencial. Para Bordin (1979) a aliança terapêutica ou de trabalho representa o equilíbrio entre três elementos básicos do processo terapêutico: acordo nos objectivos da terapia, consenso nas tarefas relevantes e necessárias para o processo terapêutico e estabelecimento de um vínculo afectivo entre terapeuta e cliente (Castonguay & Holtforth, 2006).

A pesquisa em psicoterapia tem enfatizado o investimento e a atenção para a compreensão da aliança terapêutica e como esta variável pode produzir efeitos positivos no processo terapêutico, incentivando que nos esforcemos para compreender como a sua operacionalização e o seu estabelecimento a nível conversacional, pode afetar positivamente ou não, os resultados terapêuticos.

1.2 Aliança Terapêutica e Resultado da Psicoterapia:

A investigação em aliança terapêutica cresceu nas últimas décadas e ampliou os recursos e metodologias para investigar esse processo potencialmente transformador no contexto clínico. Do ponto de vista metodológico, a investigação sobre aliança terapêutica recorre a diferentes metodologias e instrumentos, desenvolvendo-se de acordo com designs de investigação qualitativos, quantitativos ou mistos, incluindo mais recentemente estudos longitudinais dos dados clínicos ou análise de séries temporais (Horvath, 2017). Nas últimas décadas, a pesquisa científica tem-se dedicado a analisar o seu valor preditivo e a sua contribuição para a mudança terapêutica. O seu valor preditivo mostrou-se significativo em diferentes meta-análises realizadas (Baardseth et. al, 2013; Horvath, 2001b; Horvath, Flückiger, Del Re & Symonds, 2011). A aliança terapêutica tem sido o factor comum em terapia mais estudado e citado em artigos científicos acerca do desenvolvimento da psicoterapia, apresentado-se fortemente relacionada com os resultados positivos em terapia (Horvath, 2017; Wampold, 2015). Além do estudo do valor preditivo da relação aliança-resultado terapêutico nos últimos estudos publicados (Flückiger, Del Re, Wampold & Horvath, 2018; Zilcha-Mano, 2017), a ênfase na aliança como factor comum em diferentes terapias, fez crescer o interesse prático-clínico na compreensão dessa relação. Podemos encontrar, com alguma facilidade na literatura, um largo número de pesquisas em torno da temática que combina diferentes moderadores para a compressão da relação 'aliança-resultado terapêutico'. Esta preocupação produziu uma heterogeneidade de estudos clínicos ou randomizados que mesclam as diferentes possibilidades de moderadores e *designs* de pesquisa em torno da aliança terapêutica. Por exemplo: aliança em setting clínicos, aliança em rotina de cuidados em Saúde Mental; aliança e aconselhamento são alguns exemplos da amplitude do estudo do conceito na investigação científica. Ainda, tem sido também igualmente valorizado avaliar o poder preditivo da aliança considerando diferentes variáveis potencialmente moderadas de resultado. Por exemplo, a relação aliança - resultado e diferentes diagnósticos, aliança – resultado e diferentes perspectivas (terapeuta, cliente ou observador), aliança – resultado e diferentes tratamentos psicoterapêuticos, aliança – resultado e momento temporal no qual foi recolhida a medida da aliança. Nas últimas metanálises realizadas (Flückiger, Del Re, Wampold & Horvath, 2018; Horvath, Del Re,

Flückiger & Symonds, 2011), o valor preditivo da aliança manteve-se independente da variável moderadora considerada.

Entre os variados estudos em torno da relação aliança-resultado da terapia, Falkenström, Granström & Holmqvist (2013) avaliaram, numa amostra de 600 participantes, se a aliança terapêutica predizia a melhoria sintomatológica. Os pacientes apresentaram queixas referentes a sintomas depressivos, problemas de ansiedade, problemas psicossomáticos e interpessoais. A amostra de terapeutas foi representada por diferentes abordagens psicológicas, incluindo: terapia cognitivo-comportamental, terapia relacional, terapia sistémica, terapia existencial, terapia interpessoal e terapia psicodinâmica.

Especificamente, os autores (2013) colocaram a hipótese que uma avaliação positiva e alta da aliança numa dada sessão iria predizer uma redução dos sintomas na sessão seguinte, tomando a aliança como preditora da redução sintomática. Foi utilizado como medida de avaliação da Aliança o Working Alliance Inventory (WAI; Hatcher & Gillapsy) e como medida de avaliação da intensidade dos sintomas psicológicos o Clinical Outcome in Routine Evaluation (CORE; Evans et. al, 2002). Os autores (2013) encontraram um valor significativo de predição do WAI na avaliação do CORE na sessão seguinte. Em média, a cada aumento de uma unidade no WAI após uma dada sessão, houve uma diminuição de .32 na avaliação do CORE na sessão seguinte. Considerando que a diminuição na pontuação do instrumento CORE representa uma melhoria sintomática experienciada pelo cliente, os resultados encontrados confirmaram que a aliança experienciada como positiva pelo cliente prediz uma redução ou uma melhoria na sintomatologia apresentada de início no tratamento.

Em 2015, Carter et. al. realizaram um estudo cujo objetivo foi conhecer o valor preditivo de factores comuns em relação ao resultado terapêutico, em diferentes fases do processo terapêutico: início, meio e fim. Especificamente, os autores (2015) relacionaram diferentes factores não específicos do processo terapêutico, como comportamentos e atitudes do paciente e do terapeuta (ex. ser participativo, estar envolvido no processo; ex. terapeuta ser empático, ser amigável e não-hostil) e a aliança terapêutica, medidos em diferentes fases da terapia, com o resultado terapêutico. Os resultados referentes à fase intermédia do processo revelaram uma associação positiva entre a aliança e a mudança sintomatológica. Além disso, a participação colaborativa do paciente em terapia revelou uma associação positiva com o resultado na fase intermédia. Na fase final da terapia, a participação

do paciente e a atitude próxima e amigável do terapeuta e a avaliação da aliança pelo paciente foram associadas positivamente com o resultado terapêutico e mudança para menor grau de severidade dos sintomas apresentados.

Mais recentemente, Coyne et. al (2017) examinaram se a convergência entre terapeuta-cliente na avaliação da aliança ao longo do tempo estaria associada com melhores resultados em Terapia-Cognitivo Comportamental para ansiedade generalizada. A amostra do estudo incluiu 85 clientes diagnosticados com Ansiedade Generalizada. Os instrumentos utilizados foram a versão do paciente da escala PSWQ (*Penn State Worry Questionnaire*; Meyer et. al, 1990, citado) para avaliar a problemática do paciente; *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS-21; Lovibond & Lovibond, 1995) para avaliar a severidade dos sintomas e sofrimento psicológico e por fim para avaliar a aliança terapêutica foi utilizada a escala *Working Alliance Inventory short-form* (WAI-S; Horvath & Greenberg, 1989). Os autores (2017) encontraram um padrão baixo de convergência entre terapeuta e cliente no início do processo terapêutico, mas uma alta convergência a partir da oitava sessão, sugerindo um aumento da convergência ao longo do tempo (meio e fim do processo terapêutico). Além disso, a convergência na avaliação da aliança entre terapeuta e cliente no início do processo foi associado com melhoras na problemática e na redução do sofrimento psicológico. E por fim, a baixa avaliação da aliança, pelo cliente, no início do tratamento e a baixa convergência foram associadas a piores resultados na DASS-21.

Os recentes estudos empíricos aqui relatados convergem com as mais citadas metanálises realizadas nos últimos sete anos (Flückiger, Del Re, Wampold & Horvath, 2018; Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds & Horvath, 2012; Horvath, Del Re, Flückiger & Symonds, 2011). Como foi relatado acima, os resultados reforçam a relação de associação positiva da aliança com a melhoria dos sintomas em diferentes diagnósticos (ex. depressão e ansiedade), em diferentes perspectivas avaliadas (ex. perspectiva do terapeuta, do cliente e do observador), em diferentes momentos temporais do processo terapêutico e, principalmente, com o resultado terapêutico final.

Tal como as meta-análises referidas salientam, a contribuição da aliança para um resultado terapêutico positivo é um processo dinâmico e interativo e não um produto de uma ação ou intervenção isolada do terapeuta. Para os autores que têm investigado nesta área (e.g. Flückiger, et al., 2018; Flückiger, et al., 2012; Horvath, et al., 2011) a qualidade da aliança está mais relacionada

com a qualidade da interação entre os participantes e a capacidade de se regularem ao longo do tempo, adaptando de forma responsiva a terapia às necessidades e capacidades momentâneas do cliente.

1.3 Aliança, factores e perspectiva do cliente

Como referimos no ponto anterior, o valor preditivo da aliança na relação com os resultados terapêuticos é sobejamente reconhecido e consensual, bem como a sua importância para o desenvolvimento de uma ligação segura e positiva entre terapeuta e cliente ao longo do processo terapêutico. Contudo, a literatura nesta área apresenta alguns factores existentes em terapia que moderam essa relação, facilitando-a ou enfraquecendo-a (Ribeiro, 2009; Wampold, 2015; Zilcha-Mano, 2017). Um desses factores refere-se às características dos clientes. A investigação sobre as características do cliente tem vindo a revelar que importantes factores são moderadores para o estabelecimento da aliança e desenvolvimento de um trabalho eficaz e profundo entre terapeuta e cliente (Bohart & Wade, 2013). A severidade sintomatológica e diagnóstico do cliente, o estilo de vinculação, a motivação e expectativa do cliente, agência do cliente e experiência de percepção da aliança com o terapeuta têm sido as características do cliente mais estudadas e cujo efeito na qualidade da aliança tem sido consolidado.

A relação da severidade dos sintomas do cliente, assim como do diagnóstico terapêutico com a aliança terapêutica tem vindo a ser estudada e os resultados tendem a indicar que estes factores afetam o desenvolvimento da aliança com o terapeuta e por consequência os resultados terapêuticos (Lambert, 2013c). Todavia, os resultados acerca dessa relação (sintomas – aliança – resultado) ainda permanecem inconclusivos por serem contraditórios ao longo dos diferentes estudos. Se, por um lado, alguns estudos apresentam resultados no sentido de uma associação positiva entre severidade dos sintomas, baixa avaliação aliança terapêutica e pobres resultados terapêuticos (Norcross & Lambert, 2011), outros estudos apresentam resultados contrários, indicando que clientes com elevada severidade sintomatológica apresentaram bons resultados terapêuticos (Clarkin & Levy, 2003).

No que respeita à relação entre as variáveis diagnóstico, aliança e resultado terapêutico, a literatura indica que em situações específicas de diagnósticos em Perturbação de personalidade, abuso de substância ou perturbação alimentar essa relação tende a ser negativa, quer com a aliança quer com o resultado terapêutico. Quando se observa comorbilidade para esses três diagnósticos juntos e ainda para sintomas depressivos, os pobres resultados terapêuticos e baixas alianças terapêuticas mantêm-se (Bohart & Wade, 2013). Além disso, estudos focados na relação entre a aliança terapêutica e o diagnóstico de Perturbação de Personalidade revelam maior ocorrência de rupturas na aliança e maior índice de desistência (Coutinho, Ribeiro, Fernandes, Sousa & Safran, 2014; Gersh et. al, 2016).

O estilo de vinculação do cliente é uma variável que vem mobilizando interesse e atenção por parte dos clínicos e investigadores na área da aliança terapêutica. O trabalho terapêutico exige o desenvolvimento de vinculação e conexão do cliente com seu terapeuta (Arnkoff, 2000; Wiseman, 2016). A forma como o cliente se vincula a outrem influencia o modo como o cliente contribui para o desenvolvimento da aliança com o terapeuta. O estilo de vinculação seguro ou inseguro, ansioso ou desorganizado afeta o comportamento dos clientes em terapia e a sua adesão ao tratamento, podendo estes serem mais envolvidos ou participativos quando acreditam e confiam no terapeuta ou mais evitantes e resistentes, dificultando o processo de exploração de temáticas, experiências e emoções inerente a todo tratamento psicoterapêutico (Bohart & Wade, 2013). Neste sentido, Bachelor, Meunier, Lavardièrre & Gamache (2010) encontraram uma relação de predição positiva entre o estilo seguro de vinculação e a aliança terapêutica e ainda uma relação negativa de predição entre o estilo evitante – inseguro e a aliança terapêutica. Os autores recomendam que os terapeutas deem atenção ao estilo de vinculação dos clientes e o considerem no desenvolvimento de estratégias responsivas face a processos como transferência negativa, dificuldade no estabelecimento do vínculo e estabelecimento da aliança terapêutica (2010).

Um outro fator do cliente que tem merecido a atenção dos investigadores em psicoterapia, é a motivação / expectativas do cliente face ao processo e relação terapêutica. É importante ressaltar que os conceitos de motivação e expectativa são referidos na literatura, muitas vezes transversalmente, e podem ser considerados como sinónimos em diferentes instrumentos e medidas estandardizadas, dessa forma um resultado associado ao fator 'expectativa' pode ser equiparado ao

factor 'motivação' do cliente dependendo do instrumento que foi utilizado para avaliação. A este propósito, Wampold (2015), salientando a importância da aliança para o trabalho terapêutico em qualquer abordagem psicológica, realça a influência que as expectativas e a motivação do cliente desempenham no desenvolvimento de uma relação íntima, profunda e colaborativa entre o terapeuta e o cliente, bem como no seu poder preditivo dos resultados da terapia.

Um cliente motivado tende a envolver-se com maior compromisso e participa nas tarefas terapêuticas com mais empenho, quer dentro quer fora do espaço onde decorrem as sessões terapêuticas. Com base em revisões sistemáticas de literatura, Clarkin & Levy (2003) encontraram uma relação positiva entre a motivação para a terapia e melhor aliança e resultado terapêutico, além disso, Bohart & Wade (2013) também através de revisões de literatura na área, encontraram o resultado positivo para as expectativas positivas do cliente com o tratamento com uma melhor aliança, entretanto, esta associação revelou-se moderada quando associadas com o resultado terapêutico.

Um outro fator que influencia a contribuição do cliente na formação e desenvolvimento da aliança terapêutica, é a sua capacidade / disponibilidade para colaborar com o terapeuta. A colaboração do cliente com o terapeuta é uma variável inerente ao estabelecimento da aliança terapêutica (Castonguay, Constantino & Holtforth, 2006). A capacidade de colaborar, participando ativamente nas tarefas terapêuticas e trabalhar harmonicamente com o terapeuta, desempenha um importante papel no resultado terapêutico como vem sendo referido pela literatura (Tryon & Winograd, 2001). A capacidade de participação ativa e colaborativa do cliente é também um aspecto associado ao conceito de agência (Bohart & Tallman, 2009), o qual refere-se à capacidade de regulação e auto-direção dos clientes na gestão dos objectivos, tarefas e direções a serem tomadas para promoção do seu próprio bem-estar. A capacidade de agência dos clientes está relacionada com a experiência subjetiva de bem-estar e melhoria sintomática dos próprios clientes (Hoener, Stiles, Luka & Gordon, 2012), além de estar relacionada com experiências de empoderamento e profundos níveis de conscientização pelos clientes (Mackrill, 2009), importantes para a manutenção da mudança e crescimento pessoal do cliente para além do espaço terapêutico.

A experiência subjetiva do cliente de formação e avaliação da aliança com o terapeuta é um outro factor que tem vindo a ser investigado e revela-se como relevante na literatura sobre aliança terapêutica (Sass-Stánczak & Czabala, 2015). Compreender como essa experiência da aliança ocorre

para o cliente, positivamente ou não, e o que é que ele valoriza na interação terapêutica, permite produzir conhecimento para melhorar a *performance* dos terapeutas e orientar de forma mais efetiva o treino clínico dos psicoterapeutas (Norcross & Lambert, 2011). Tomando a perspectiva do cliente como referência, estudos de natureza qualitativa têm encontrado resultados que tendem a ser consensuais (Bedi, Davis & Williams, 2005; Duff & Bedi, 2010; Macfarlane, Anderson & McClintock, 2015). Os estudos indicam que os clientes percebem como mais importantes as ações e atitudes do terapeuta do tipo Rogerianas relativas a demonstração de empatia, aceitação positiva, disponibilidade e aproximação, afirmação e não-julgamento. Estas atitudes do terapeuta são semelhantes às categorias de *Suporte* destacadas por Lambert (2013b), sendo os elementos comuns mais recorrentes nos estudos citados e as atitudes do terapeuta mais valorizadas pelos clientes para o desenvolvimento da aliança e do estabelecimento da qualidade da experiência de interação terapêutica.

Estes estudos mostram que é importante conhecer o que é mais valorizado e apreciado pelos clientes na formação do vínculo emocional com terapeuta, assim como no desenvolvimento dos aspectos do trabalho terapêutico em si. Nesse sentido, quando os clínicos ou pesquisadores conseguem perceber o que é realmente importante para os seus clientes na formação da aliança, as ações e intervenções terapêuticas são desempenhadas de forma mais eficaz e responsivas para o desenvolvimento de um trabalho colaborativo e positivo entre terapeuta e cliente, essenciais para o desenvolvimento de um trabalho de sucesso terapêutico.

1.4 Aliança e contributos do Terapeuta

Ao longo das décadas, a investigação científica tem-se preocupado em entender como as variáveis presentes em terapia promovem resultados satisfatórios. O modelo de Factores Comuns (Wampold, 2009; 2015) salienta a aliança terapêutica e o efeito do terapeuta como ingredientes da relação potencialmente transformadores em terapia e promotores de resultado. O efeito do terapeuta é referido como uma importante variável em terapia para a produção de resultado e formação da aliança, apresentado um *effect size* pequeno, mas similar ao da aliança e superior ao de outros

elementos terapêuticos, como por exemplo a adesão terapêutica (Baldwin & Imel, 2013). Para Norcross (2009) o terapeuta é um factor relevante para o desenvolvimento da terapia e em consequência para o resultado terapêutico, pois pode estabelecer uma ponte entre o desenvolvimento da aliança e o resultado terapêutico, influenciando positiva ou negativamente esta relação.

Nesta secção iremos concentrar-nos apenas nos factores não específicos do terapeuta (habilidades interpessoais que incluem atitudes ou ações focadas na promoção da relação terapêutica com o cliente), na ação técnica e na adequabilidade da intervenção técnica para o processo terapêutico, pois são os fatores mais pertinentes para o enquadramento dos estudos incluídos nesta tese. Como já referimos no ponto anterior, a literatura na área da aliança terapêutica refere estudos de design qualitativo que investigam os fatores ou elementos percebidos como importantes para a formação da aliança (Ackerman & Hilsenroth, 2003, Hill & Knox, 2009; Sass-Stanczak & Czabala, 2015). Estes estudos têm destacado a importância de atitudes positivas e empáticas por parte dos terapeutas, como: amabilidade, abertura, proximidade com o cliente, interesse genuíno e flexibilidade na condução da sessão terapêutica como relevantes para a formação da aliança. No mesmo sentido, Bachelor et. al (2007) também salientam a importância de atitudes do tipo rogerianas como empatia, aceitação incondicional e não-julgamento do cliente e interesse genuíno para o envolvimento colaborativo do cliente em terapia e para o estreitamento do vínculo entre os participantes. Dessa forma, podemos perceber que as atitudes facilitadoras do terapeuta defendidas por Rogers (1961) revelam importante função no estabelecimento da relação terapêutica e conseguinte, na participação colaborativa do cliente no processo em si. Nesse sentido, a importância do terapeuta na condução de ações apropriadas para promover a relação e a aliança com seu o cliente torna-se importante e relevante (Norcross & Lambert, 2011). Todavia, a literatura reforça a integração entre estas ações de natureza relacional/interacional e recursos técnicos no que tange ao efeito atribuído ao terapeuta, por exemplo, a aplicação sensível e apropriada de técnicas terapêuticas, como a 'confrontação', revela-se eficaz na promoção de insight e mudança por parte do cliente, quando a aliança está consolidada e bem estabelecida pela díade (Möeseneder, Figlioli & Caspar, 2017).

Quando se considera a perspectiva do terapeuta sobre os fatores relevantes para a formação da aliança, a literatura indica que outras variáveis são consideradas importantes. Num estudo realizado por Pearson e Bulsara (2016) sobre este tema, os autores identificaram seis categorias

diferentes sublinhadas pelos terapeutas como fundamentais para a formação da aliança: (1) trabalhar de forma eclética com os clientes (mesclando quando necessário técnicas e intervenções de abordagens diferentes); (2) fornecer feed-back ao cliente acerca do tratamento; (3) estabelecer condições interpessoais genuínas e empáticas para com o cliente; (4) ser responsivo as rupturas da aliança; (5) fomentar alianças positivas através do diálogo e (6) estar atento ao comportamento não-verbal (corporal) dos clientes. A categoria identificada em comum pelos vários terapeutas foi “trabalhar ecleticamente”, o que significa que os terapeutas valorizam, trabalhar de forma eclética as técnicas e a abordagens terapêuticas, em função da responsividade às necessidades do cliente, em momentos diferentes da terapia. A questão da responsividade e adequabilidade das técnicas terapêuticas em sessão tem sido um fator mobilizador da atenção dos investigadores e dos terapeutas. O uso responsivo de ações e comportamentos dos terapeutas na execução das técnicas, em terapia, tem sido entendido como uma competência técnica do terapeuta que deverá ser treinada, de forma a promover o desenvolvimento relações terapêuticas de qualidade e resultados terapêuticos mais produtivos (Friedlander, 2015; Kramer & Stiles, 2015).

A este propósito, Caro-Gabalda, Stiles & Ruiz (2015) avaliaram em um estudo de caso de sucesso terapêutico que tipos de ações do terapeuta precediam imediatamente um recuo na Escala de Assimilação de experiências problemáticas (Assimilation of problematic experiences Scale, APES, Stiles et. al, 1991). Os autores (2015) identificaram que tentativas e intervenções de exploração por parte do terapeuta em temas ou questões mais elaboradas eram seguidas de um recuo na APES do nível mais elaborado de assimilação da experiência para um nível menos elaborado e exigente, significando que o cliente não estava apto naquele momento para elaborar ou refletir sobre aquela temática. Os mesmos autores (2015) enfatizaram a importância do uso responsivo de técnicas e intervenções terapêuticas, de forma a reconhecer os limites emocionais e cognitivos dos clientes, adaptando as intervenções sempre que necessário. Os autores salientam que manter ou insistir na intervenção, mais invalidação por parte do cliente, pode ser observada, e mais distanciamento e desinteresse da relação pode ser gerado, resultando em fenômenos de ruptura de aliança e quebras na relação colaborativa. Estudos focados nas quebras da colaboração terapêutica (Pinto, Sousa, Pinheiro, Freitas & Ribeiro, 2018; Vasconcelos, Pinto & Ribeiro, 2018; *submetido*), também, revelaram que a manutenção de intervenções terapêuticas invalidadas pelos clientes, eram frequentemente superiores em casos de insucesso terapêutico. Em casos de sucesso terapêutico esta insistência

ocorria de forma responsiva pelo terapeuta ao modificar a intervenção, embora preservando a intenção da mesma, gerando uma resposta de validação por parte do cliente.

A responsividade do terapeuta, como recurso favorável ao desenvolvimento e manutenção da qualidade da aliança terapêutica, remete-nos para a sua capacidade de identificar problemas ou rupturas da aliança terapêutica e intervir no sentido de as reparar por meio da sua competência interpessoal e técnica adequada para isso. Safran & Muran (2000) destacam a importância da *Metacomunicação* para esse efeito de reparação e restauração da aliança. Para estes autores a metacomunicação é o ato de comunicar e informar cuidadosamente ao cliente sobre as dificuldades e os impasses experienciados na interação terapêutica, com o objetivo de restaurar o vínculo emocional e tornar o cliente mais próximo e participativo do processo terapêutico, reparando assim o caráter colaborativo da aliança terapêutica entre ambos participantes. No mesmo sentido, Wiseman, Tishby & Barber (2012), num estudo de caso clínico conduzido em terapia psicodinâmica, reafirmaram a importância da *metacomunicação* no tratamento das tensões da aliança com o cliente, a fim de restaurar positivamente o relacionamento e a troca colaborativa entre os participantes. Em suma, a comunicação e o diálogo em torno da aliança e suas possíveis tensões e impasses gerados ao longo do processo terapêutico são debatidos na literatura como habilidade essencial dos terapeutas na promoção de ações responsivas e bem avaliadas pelos clientes quando esta postura de comunicação e atenção aos impasses e desencontros da relação ocorrem em terapia pelo terapeuta (Hill & Knox, 2009).

Se a aliança é um importante preditor dos resultados terapêuticos satisfatórios, as intervenções por parte do terapeuta devem ser consideradas no estabelecimento da aliança como um importante contributo para a relação, e para o resultado terapêutico (Baldwin & Imel, 2013; Lambert & Okiishi, 1997; Wright & Davis, 1994). Assim, torna-se fundamental para o desenvolvimento de práticas clínicas e de cuidado em saúde mental, perceber que tipos de ações, intervenções ou competências (interpessoais ou técnicas) são necessárias e adequadas para o terapeuta trabalhar, de forma mais eficaz e responsiva, às diferentes exigências e desafios que lhe são apresentadas constantemente na realidade clínica e de apoio à saúde em geral.

1.5 Aliança e Evolução temporal

A literatura científica apresenta diferentes viéses de interesse em torno da compreensão do conceito de aliança, seu processo de estabelecimento entre a díade e seus efeitos no processo terapêutico, assim como nos resultados a longo prazo. É consensual que, de modo transversal a distintas abordagens terapêuticas, a aliança terapêutica constitui uma importante catalizador do trabalho terapêutico e quando habilmente estabelecida, funciona a favor do processo e dos ganhos terapêuticos (Zilcha-Mano, 2017).

A aliança consiste num processo relacional, estabelecido entre terapeuta e cliente de forma dinâmica e, por isso, como toda relação apresenta suas flutuações, impasses e modificações. Para Horvath (2006), qualquer relação de intimidade entre duas pessoas obedece a um progressivo amadurecimento, com seus altos e baixos e na terapia isto não seria diferente.

O progressivo e consistente investimento no estudo da aliança terapêutica, além de provar a efetividade da aliança como elemento comum a diversos tratamentos e o seu poder preditivo do resultado terapêutico, também, se tem orientado no sentido de compreender como ocorre o processo de variação da aliança inerentes à terapia. Especificamente, os investigadores têm direcionado os esforços para responder a duas questões centrais acerca da aliança e seu desenvolvimento: compreensão e avaliação da aliança no fim do processo, focando na sua relação com o resultado terapêutico, e o estudo do desenvolvimento da aliança ao longo das fases ou momentos temporais do processo terapêutico, focando no processo terapêutico (Botella et. al, 2008). Como resultado desta segunda linha de investigação, os diferentes estudos realizados até agora identificaram diferentes padrões de desenvolvimento temporal da aliança, indicando que a aliança, em geral, apresenta flutuações em sua evolução ao longo do tempo (Gelso & Carter, 1994; Kivlighan & Shaughnessy, 2000). Um dos padrões que tem vindo a ser referido na literatura descreve a aliança com um desenvolvimento acentuado na fase inicial de terapia e tende a estar associado com resultados terapêuticos positivos. Um outro padrão define uma flutuação do tipo aliança alta – aliança baixa-aliança alta, ou seja, em forma de “U” ou “V”, indicando um fenómeno de ruptura na sessão de ponto

baixo e em seguida, uma sessão de reparo da aliança terapêutica (Dinger, Strack, Sachsse & Schauenburg, 2009; Gelso & Carter, 1994).

Seguindo esta linha de investigação, Stiles e coautores (2004), procuraram verificar se o padrão em “U” ou em “V” ocorria em processos terapêuticos de sucesso terapêutico. Os autores encontraram quatro diferentes padrões de desenvolvimento da aliança ao longo do tempo, porém, não estiveram estatisticamente associados com o sucesso terapêutico. Foram encontrados os padrões de desenvolvimento: (1) crescimento negativo acelerado com padrão ‘U’ invertido; (2) linear estável (cresce ligeiramente ao longo do tempo, mas apresenta baixa variabilidade), (3) padrão em ‘U’ (curva acentuada negativa com crescimento posterior e alta variabilidade) e por fim, (4) o padrão linear decrescente (desenvolvimento acelerado e positivo na fase inicial seguido de declive acentuado na fase intermédia do processo terapêutico e manutenção estável). Além disso, os autores identificaram em um subconjunto de 17 clientes momentos de ruptura-reparação da aliança, ou seja, padrões de desenvolvimento em “U” (o cliente necessita de algumas sessões terapêuticas para conseguir a reparação da aliança com seu terapeuta) ou em “V” (a reparação da aliança ocorre imediatamente e demorando uma a duas sessões para ser conseguida). Este subgrupo de clientes com o padrão em “V” de aliança, tiveram ao fim do processo terapêutico maiores ganhos que o grupo de clientes sem a sequência de ruptura-reparo da aliança (Stiles et. al, 2004).

A ocorrência de padrões de desenvolvimento da aliança terapêutica do tipo linear e linear quadrático tem direcionado atenção dos investigadores para o aprofundamento do estudo deste fenómeno devido à sua associação com o resultado terapêutico positivo (Kalogerakos, 2009). Stevens et. al (2007) analisaram o desenvolvimento temporal da aliança de 44 casos terapêuticos finalizados, com diferentes resultados terapêuticos. O padrão linear de desenvolvimento da aliança terapêutica foi encontrado em 66% dos casos, além disso, em 50% dos casos foram encontrados episódios de ruptura-reparação da aliança. Ambos os grupos com diferentes padrões de desenvolvimento tiveram ganhos terapêuticos e não foram encontrados valores significativos de associação entre o padrão de desenvolvimento temporal da aliança e o resultado terapêutico.

Contudo ainda há muito debate e investigação a fazer nesse campo, enfatizando a necessidade de compreender a aliança como um processo dinâmico (Adler, Shahar, Dalev & Zilcha-Mano, 2018). Em suma, os autores que têm vindo a estudar o desenvolvimento da aliança ao longo

do processo (e.g., Adler, Shahar, Dalev & Zilcha-Mano, 2018; Stevens, Muran, Safran, Gornan & Winston, 2007; Stiles et. al, 2004; Kologerakos, 2009) relatam a ocorrência de diferentes padrões de desenvolvimento da aliança ao longo do tempo e discutem a sua relevância em termos do que podem indicar relativamente ao processo terapêutico. Visto que a aliança representa a qualidade da interação entre terapeuta e cliente, os autores sugerem que diferentes padrões podem indicar diferentes necessidades dos clientes em diferentes momentos do processo. Além disso, salientam a importância do trabalho de reparação das rupturas da aliança terapêutica, dado que esse fenómeno é recorrente em terapia e pode promover benefícios aos clientes, uma vez que proporciona um trabalho atento ao aqui-agora da relação e das necessidades interpessoais de cada cliente em diferentes pontos temporais da terapia.

2.0 Aliança e Micro-processos Interativos em Terapia:

O fenómeno da aliança em terapia ressalta a importância da qualidade interação entre terapeuta e cliente em um encontro de trabalho promovido através de intimidade, complementariedade, acordo e vinculação saudável entre os participantes. Para diversos autores (Crits-Christoph, Gibbons & Hearon, 2006; Horvath, 2001a; 2001b; Wampold, 2015) o poder terapêutico da aliança estaria em promover uma relação segura e intimamente acolhedora ao cliente, permitindo um trabalho profundo de exploração da problemática, capaz de gerar novos significados e comportamentos mais adaptados e funcionais para o cliente, a medida que este vivencia e aprende com seu terapeuta formas mais saudáveis e funcionais de se relacionar consigo próprio e com outros.

Horvath (2006, 2017) enfatiza a natureza relacional da aliança, contudo alerta para o facto de ainda não estar completamente investigada e compreendida. Para o autor a aliança é um fenómeno essencialmente interpessoal, sugerindo que para a compreensão do seu valor terapêutico seja necessário seguir uma linha de análise dos processos interativos que ocorrem no contexto da sessão procurando compreender como esses processos contribuem para a mudança em terapia.

Todavia, algumas questões, relacionadas com esta perspectiva transversal e interativa da aliança, permanecem à espera de compreensão e respostas pelos pesquisadores e clínicos: como a

aliança torna-se terapêutica? o que ocorre ao nível da interação entre terapeuta e cliente? como a aliança se articula com os processos de mudança na terapia? (Constantino, 2000; Horvath, 2006, Ribeiro, 2009). A necessidade de responder a essas questões tem mobilizado os investigadores para a compreensão da aliança a um nível micro analítico, enfatizando o seu estudo de forma mais detalhada e compreensiva.

O estudo microanalítico da aliança configura-se como uma estratégia de pesquisa robusta e clinicamente relevante, sendo coerente com as necessidades dos clínicos e investigadores. Este tipo de investigação permite uma análise intensiva e detalhada, momento-a-momento, do desenvolvimento da conversação terapêutica subjacente à interação colaborativa potenciadora do acordo relativamente aos objetivos e tarefas terapêuticas e do vínculo entre a díade (Cooper, 2012; Sanberk & Akbaş, 2015; Sexton, Littauer, Sexton & Tømmerås, 2005). Nesta linha de investigação, em torno da colaboração ao nível microanalítico, têm vindo a ser desenvolvidos vários estudos com metodologias focadas no processo e na qualidade da interação (eg., Lepper & Mergenthaler 2007; Muntigl & Horvath, 2013; Ribeiro et al., 2013).

Por exemplo, Lepper & Mergenthaler (2007) com recursos microanalíticos da interação, especificamente através do Therapeutic Cycles Model (Mergenthaler, 1996; Conversational Analysis, Sacks et. al, 1974; citados por Lepper & Mergenthaler, 2007) identificaram que em momentos onde houve um maior trabalho técnico de exploração de temáticas pelo terapeuta e por consequência um maior trabalho reflexivo por parte do cliente, especificamente em intervenções de Interpretação pelo terapeuta, observou-se uma reposta de impasse do cliente diante da mesma. Como resposta, responsivamente o terapeuta desiste da sua intervenção e a reformula de uma forma menos ameaçadora para o cliente, conseguindo restaurar a comunicação e a colaboração satisfatoriamente na sessão. Seguindo este interesse na investigação microanalítica da interação, Ribeiro et. al (2014) analisaram que intervenção terapêutica era usada logo após uma resposta de ambivalência ou resistência do cliente à proposta do terapeuta. Como resultado, observou-se que o terapeuta insistia na intervenção e na temática, provocando uma resposta de invalidação do cliente não restaurando a colaboração diádica. Os autores (2014) enfatizam a importância de equilibrar responsivamente as intervenções entre o quê é emocionalmente seguro para o cliente e o quê é emocionalmente

desafiante, estando sempre atento para a disponibilidade cognitiva e emocional do cliente em mobilizar determinado material em dado momento da terapia.

Outro micro-processo relevante para a compreensão do desenvolvimento da aliança a nível internacional, está envolvido no fenómeno das *rupturas da aliança terapêutica* (Safran; 2003; Safran, Muran, Samstang & Stevens, 2001; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011; Safran & Kraus, 2014). Os autores enfatizam a importância da qualidade da dinâmica entre terapeuta e cliente e salientam a necessidade do estudo detalhado dos momentos de tensão e estagnação da relação ou quebra colaborativa do trabalho terapêutico. Na perspectiva de Safran e co-autores, os momentos de ruptura da aliança podem significar um conflito interpessoal derivado do encontro inter-subjetivo entre terapeuta e cliente, no qual estão presentes negociações das experiências simbólicas, conflitos intrapsíquicos e reações interpessoais, como por exemplo o fenómeno de transferência do cliente em direção ao terapeuta e o fenómeno de contra-transferência pelos terapeutas, por sua vez (Safran & Muran, 2000; Coutinho, Ribeiro & Safran, 2009; Piva et. al, 2010). Nesse sentido, a tensão gerada na interação pelo conflito inter-subjectivo entre terapeuta e cliente, prejudicaria a eficácia do trabalho terapêutico, promovendo constantes quebras colaborativas e desarmonia na terapia.

A falta de comunicação entre os participantes e o desencontro relativo ao acordo nos objectivos terapêuticos ou no plano de trabalho terapêutico, seriam manifestações do conflito interpessoal entre os participantes, afetando também na relação colaborativa entre terapeuta e cliente, como é explanado e debatido em estudos interessados na relação colaborativa entre terapeuta e cliente (Cardoso, Pinto & Ribeiro, 2018, *in press*). Em geral, estratégias terapêuticas de *Metacomunicação*, no sentido de comunicar empaticamente as dificuldades encontradas na relação pode ser benéfico e reparador, pois promove um trabalho de reflexão por parte do cliente da sua participação na terapia, assim como das suas dificuldades emocionais intrapsíquicas e interpessoais decorrentes das representações em torno da figura do terapeuta. Os autores enfatizam o uso da *Metacomunicação* na reestruturação da aliança entre o terapeuta e cliente como estratégia potencialmente terapêutica para o cliente, a medida que pode ser confrontado com seus conflitos intrapsíquicos ou expectativas não reais da terapia e do terapeuta (Safran & Muran, 2000).

Além disso, os estudos revelam que também é reparador para a aliança adotar uma postura flexível e responsiva diante da indisponibilidade do cliente e não insistir na intervenção, apoiar

empaticamente a perspectiva do cliente e adaptar a agenda da sessão de acordo com o interesse deste, demonstrando por parte do terapeuta, flexibilidade, abertura e aceitação da experiência de desconforto do cliente com o processo (Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2008; Möeseneder, Ribeiro, Muran & Caspar, 2018).

Assim, através de diferentes recursos metodológicos, a observação e o estudo minucioso dos micro-processos em terapia decorrentes da interação permite-nos compreender por diferentes ângulos, seja da ação do terapeuta ou da estrutura conversacional da díade ou dos momentos de tensão entre os participantes, o que é que deve ser considerado para se alcançar melhores resultados em terapia e orientar o treino de terapeutas para uma prática clínica mais eficaz e produtiva.

2.1 Interação e Colaboração em terapia: micro-compreensão da mudança

No contexto da teoria e da investigação em psicoterapia, o conceito de colaboração tem sido entendido como um acordo mútuo entre terapeuta e cliente ou uma relação cooperativa entre os participantes (Tryon & Winograd, 2001; Kazantis & Kellis, 2012). Ainda, Lambert & Cattani (2012) refere-se a colaboração terapêutica como um acordo e sintonia das ações em prol dos objectivos terapêuticos, sendo a colaboração o elemento principal da aliança terapêutica.

Ainda, a colaboração tem sido referida transversalmente em diversas abordagens psicológicas como a ideia de trabalhar activamente para uma terapia mais efetiva e profunda, de forma conjunta bi-direcionalmente entre os participantes (Strong, Sutherland & Ness, 2011). Conceitos como o de complementariedade, acordo ou negociação tem vindo a ser usados para definir e explicar o conceito de colaboração (Tracey, 1993).

A *Task Force* (2006) desenvolvida pela *American Psychological Association* realizada para identificar o impacto dos factores relacionais, dos factores referentes a cada participante, assim como o impacto dos factores técnicos em terapia, menciona o nível de colaboração e envolvimento na terapia como o elemento relacional mais efetivo da aliança e fundamental para os ganhos terapêuticos (Castonguay & Beutler, 2006; Norcross & Wampold, 2011).

A colaboração terapêutica aparece referenciada na literatura como o elemento básico que permite a consolidação da aliança, permitindo o estabelecimento de ações específicas para o desenvolvimento do trabalho terapêutico. Por exemplo, na literatura conseguimos encontrar variados estudos em torno da avaliação da colaboração, os quais se centram em avaliar o nível de colaboração entre os participantes através de escalas específicas (ex. *Working Alliance Inventory*, Horvath & Greenberg, 1989, citado por Elvins & Green, 2008), como o consenso nos objectivos terapêuticos medidos através de subescalas da Aliança terapêutica ou o envolvimento activo do cliente através de outras medidas de análise da colaboração terapêutica (ex. *California Alliance in Psychotherapy Scales*; Gaston & Marmar, 1991, citado por Hatcher, 1999) ou a concordância do cliente na realização das tarefas.

Hatcher (1999) através de uma análise de congruência, analisou diferentes medidas estandardizadas da aliança terapêutica e chegou à conclusão quais itens que avaliam o envolvimento colaborativo dos participantes, seja na percepção do cliente ou do terapeuta, foram os mais correlacionados com a visão de aliança. Nesse sentido, o autor concluiu que a percepção dos participantes do que é a aliança terapêutica gira em torno de conceitos de colaboração, participação activa e envolvimento dos participantes. Itens como “partilha objectivos”, “envolvimento”, “compromisso” e “envolvimento e compreensão do terapeuta” foram altamente correlacionados, indicando que a percepção dos participantes da aliança é essencialmente colaborativa (Hatcher, 1999).

Tryon & Winograd (2001) realizaram uma metanálise na qual 15 estudos foram analisados, tendo como objectivo observar a relação entre consenso nos objectivos terapêuticos e a colaboração em psicoterapia com os resultados terapêuticos. As autoras concluíram que a colaboração dos participantes em terapia, estão relacionadas com o resultado terapêutico, sendo a colaboração analisada através de medidas estandardizadas de envolvimento, participação, cooperação, consenso nos objectivos e realização das tarefas terapêuticas.

Norcross (2009) salienta a colaboração e o acordo em relação ao plano de terapia como elementos relacionais favoráveis para o resultado terapêutico positivo. Para o autor, algumas atitudes do terapeuta favorecem o envolvimento e facilita a adesão do cliente ao tratamento, quando o mesmo apresenta-se resistente ou defensivo na terapia. O terapeuta recorrendo a expressões no plural (salientando a participação do cliente) como: “vamos ver”; “vamos fazer”; “como gostaria de fazer?”;

“o que é que você acha?”; “o que podemos fazer” salienta o papel conjunto dos participantes na condução e desenvolvimento do processo terapêutico e facilita um maior envolvimento e participação do cliente, promovendo uma relação positiva colaborativa e mais próxima entre os participantes (Norcross, 2002; 2009).

Diante da diversidade teórica em torno do conceito de colaboração explanado por diferentes autores e investigadores (Tracey, 1993; Hatcher, 1999; Strong, Sutherland & Ness, 2011), assim como as diferentes formas de conceber a colaboração em terapia (seja por escalas standardizadas, seja por medidas de feedback ou pela observação da interacção) nesta tese, adoptámos o conceito de colaboração terapêutica proposto por Ribeiro (2009) e aprofundado por Ribeiro et. al (2013). Assim, entendemos a colaboração terapêutica, como um micro-processo da aliança, regulado momento-a-momento através da coordenação de acções entre terapeuta e cliente ao longo da conversação terapêutica. Nesta perspectiva, a colaboração é considerada como um fenómeno interpessoal que requer a mobilização da díade para uma relação mútua e recíproca de responsabilidades, onde as interacções se complementam entre si ao longo do processo terapêutico.

Ribeiro (2009) e Ribeiro et. al, (2013) tomaram como referência o conceito de Zona de Desenvolvimento proximal de Vygotsky (1978; Leiman & Stiles, 2001) para explicar o desenvolvimento da colaboração ao longo da dinâmica diádica e sua articulação com a mudança em terapia.

De acordo com a proposta de Vygotsky (1978) para o desenvolvimento cognitivo, a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) representa um espaço hipotético de desenvolvimento, entre o desenvolvimento actual e o próximo nível considerado potencial, no qual se encontra a criança. Este encontra-se num nível de desenvolvimento actual e pode com a ajuda de um adulto ou de pares mais competentes atingir um nível mais avançado de desenvolvimento ao longo de um *contínium* em direcção ao seu nível de desenvolvimento potencial (Vygotsky, 1978).

O conceito ZDP aplicado à psicoterapia implicou algumas adaptações. Leiman e Stiles (2001) adaptaram o conceito à terapia, referindo-se ao mesmo como Zona de Desenvolvimento Proximal terapêutica. Em terapia, a ZDPT representa a distância entre o nível de desenvolvimento actual do cliente, relativo ao início da terapia, e nível de desenvolvimento potencial que o cliente pode atingir (ou não) com a ajuda do terapeuta. Essa ajuda decorrente de interacções eficientes com o

cliente, facilitaria o alcance do nível de desenvolvimento potencial, representando mudança e crescimento do cliente em terapia. Neste nível de desenvolvimento, supõe-se que o cliente já consegue adotar uma perspectiva diferente, mais flexível e alternativa em relação à perspectiva que o trouxe à terapia, realizando a reformulação de experiências, comportamentos e pensamentos.

Compreender como este processo de mudança e estabelecimento da relação colaborativa entre terapeuta e cliente ocorre, *in session* momento-a-momento ao longo da conversação terapêutica, exige dos investigadores e clínicos informações centrais acerca do processo terapêutico, como ele desenvolve-se, como se tornou eficaz ou ineficaz para o cliente ou ainda como pode ser aperfeiçoado. Seguindo este repto de investigação e tomando o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal terapêutica como referência conceptual, Ribeiro e colaboradores (2013) desenvolveram o Sistema de Codificação da Colaboração. O Sistema de Codificação da Colaboração terapêutica (*SCCT*) permite identificar e classificar as interações terapêuticas intra-sessão em colaborativas, não-colaborativas ou ambivalentes tomando como referência os limites hipotéticos na ZDPT do cliente.

De acordo com o modelo subjacente a este sistema (Ribeiro et. al, 2013), quando o terapeuta intervém dentro da zona de desenvolvimento do cliente, este tende a validar a intervenção e concordar com a perspectiva proposta pelo terapeuta. Quando o terapeuta intervém no limite da ZDP, o cliente pode vivenciar uma experiência de ambivalência e confusão em relação à intervenção, oscilando entre a perspectiva inovadora, proposta pelo terapeuta, e a perspectiva problemática. Quando o terapeuta intervém fora da ZDP do cliente, este irá invalidar a intervenção por experiência de risco intolerável ou desinteresse. As interações dentro do limite da ZDP são interpretadas como representando uma experiência de segurança para o cliente, na medida em que fornece confirmação e validação da perspectiva do cliente, de uma forma positiva e empática, assegurando conforto e a integridade do 'eu' do próprio cliente. Ainda, as interações no limite da ZDP podem representar uma experiência de ambivalência para o cliente, na medida que este não consegue ainda por completo aceitar a proposta do terapeuta e permanece numa experiência de resistência e impasse diante da novidade em relação à sua perspectiva problemática. E por fim, as interações fora do limite da Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica do cliente representam um desafio demasiado exigente para o cliente naquele momento, sugerido pelo facto de este responder com invalidação à proposta do terapeuta, recusando-a ou evitando o contato com a mesma. As interações fora do limite da ZDP

tendem a promover uma experiência de insegurança, ansiedade e ameaça ao cliente, promovendo a quebra da conversação colaborativa entre o terapeuta e cliente à medida que este invalida a intervenção do terapeuta. Para os autores (2013; 2014; 2016) o equilíbrio entre as interações de validação e invalidação é o que permite que o cliente avance no *continuum desenvolvimental* da sua ZDPT e expanda o seu nível actual de desenvolvimento para um nível potencial, no qual este já consegue agir de um modo mais ajustado e adaptado às suas necessidades emocionais adotando uma postura flexível e alternativa quando necessário em sua vida.

Tendo o SCCT como referência, diversos estudos (Ribeiro et. al, 2014; 2016; Stiles, Caro-Gabalda & Ribeiro, 2016) têm vindo a ser desenvolvidos e a suportar a importância de compreender melhor o desenvolvimento da colaboração terapêutica, de forma a equilibrar responsivamente as intervenções terapêuticas, tendo em conta o nível de desenvolvimento em que se encontra o cliente na sua ZDPT. Além disso, a importância do sistema revela-se também na compreensão da mudança clínica co-construída ao longo do tempo entre os participantes, como já foi referido anteriormente, sob a influência da teoria da Assimilação das experiências problemáticas (Stiles, 2001) e sob a influência do Modelo dos Momentos Inovativos em terapia (Gonçalves, Matos & Santos, 2009). A mudança do cliente seria um processo de confirmação e assimilação de suas experiências simbólicas e significativas constitutivas do 'self' que tornariam-se mais ajustadas e reais, processualmente com a ajuda do terapeuta, através da integração de uma narrativa mais flexível, inovadora e coerente com o 'self' e o com a realidade experienciada (Ribeiro et. al, 2013).

Ainda, o SCCT revela-se útil na compreensão do desenvolvimento da aliança terapêutica, a medida que a compreende como uma relação de colaboração entre os participantes, regulada momento-a-momento em terapia (Ribeiro, 2009). Nesta tese, procurámos contribuir para ampliar e consolidar os estudos que têm vindo a ser desenvolvidos com o SCCT, seguindo metodologias recorrentes nos estudos em psicoterapia, avançando para a compreensão macroanalítica da relação entre a colaboração e a aliança, e desta com o resultado terapêutico.

3.0 Aliança terapêutica e Terapia Cognitivo-Comportamental:

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC; Beck, 2016; Beck & Haigh, 2014) é uma abordagem, influenciada por teorias cognitivas e teorias comportamentais sobre a aprendizagem e natureza humana. A TCC considera o pensamento, e o modo como ele afeta nossas emoções e comportamentos, como objecto principal de atenção clínica (Knapp & Beck, 2008). O carácter realista da abordagem influencia as estratégias de intervenção ao considerar que existem representações da realidade mais adequadas que outras, sendo as trazidas pelos clientes habitualmente desadequadas (Castañon, 2005). Assim, o principal objectivo terapêutico da abordagem é reestruturar com o cliente o seu modo de representar e interpretar a realidade, promovendo a mudança cognitiva necessária para desempenhar respostas emocionais e comportamentais mais ajustadas ao que é desafiador para o cliente. Nesse sentido, a TCC centra-se em identificar pensamentos disfuncionais, reestruturar os pensamentos distorcidos, assim como o esquema de crenças na qual o cliente se apoia. Dessa forma procura resolver os problemas decorrentes da articulação desses esquemas de crenças cognitivas, pensamentos disfuncionais e as respostas emocionais e comportamentais, rígidas, que representam a fonte de sofrimento para o cliente (Miller, 2012).

A terapia Cognitiva-Comportamental é uma das abordagens terapêuticas empiricamente validada e mais investigada com recurso a estudos controlados. A sua eficácia tem sido comprovada em tratamento orientados para perturbações específicas como depressão, ansiedade, pânico, perturbações de personalidade (Barlow, Bullis, Comer & Ametaj, 2013; Wampold et. al, 2017). Na condução de tratamentos com sintomatologia depressiva, a TCC recorre a estratégias terapêuticas que incluem: ensinar o cliente a compreender os seus pensamentos e identificar nos mesmos a distorção cognitiva produzida pela activação dos sistemas de crenças pessoais e, ainda, reconhecer como as reações emocionais provocadas por esses pensamentos afectam e influenciam os sentimentos acerca de si e acerca do outro nas relações interpessoais. A terapia desenvolve-se de forma a produzir melhores estratégias de gestão desses pensamentos e reações, através de um planeamento terapêutico estruturado em 12 a 16 sessões terapêuticas, sendo que o cliente participa activamente da condução e desenvolvimento desse planeamento e agenda (Miller, 2012; Scaturro, 2010).

O carácter colaborativo da Terapia Cognitivo Comportamental, aproxima o cliente do processo e da condução activa do mesmo. Nesse sentido, a aliança colaborativa entre terapeuta e cliente é considerada uma condição para o desenvolvimento eficaz da terapia cognitiva-comportamental. O funcionamento da TCC apoia-se na participação do cliente, onde este é constatemente convidado a envolver-se com seu processo terapêutico, seja no desenvolvimento da agenda e objectivos terapêuticos juntamente com o terapeuta, como na realização das tarefas terapêuticas (*homework*), refletindo a aliança de trabalho bem estabelecida pelo diade como ponto-chave do sucesso terapêutico. (Sachsenweger, Fletcher & Clarke, 2015).

O constructo de aliança terapêutica é utilizado para explicar a importância da relação de trabalho em Terapia Cognitivo-Comportamental (Gaston et. al, 1995; Leahy, 2008). Em geral, a aliança terapêutica emerge do desenvolvimento de uma atmosfera de trabalho colaborativo entre terapeuta e cliente, promove maior participação do cliente e facilita o desenvolvimento das técnicas e tarefas específicas do tratamento Cognitivo-Comportamental (Tang & DeRubeis, 1999).

Os estudos empíricos sobre aliança em amostras terapêuticas seguidas em TCC têm mostrado a centralidade da aliança terapêutica nesta abordagem. Por exemplo, Rector, Zuroff & Segal (1999) encontraram relação preditiva entre o acordo nos objectivos e tarefas terapêuticas e a mudança nos pensamentos negativos e distorcidos típicos da sintomatologia da Depressão, em uma amostra de 47 pacientes em Terapia Cognitivo-Comportamental. Em suma, o maior nível de acordo nos objectivos e tarefas entre cliente e terapeuta, predisse positivamente melhores mudanças nos pensamentos depressivos típicos. Ainda, a qualidade do vínculo entre o terapeuta e cliente predisse positivamente a melhora nos sintomas da Depressão medidos pelo *Beck Depression Inventory*. Os autores (1999) concluíram que o desenvolvimento de um trabalho colaborativo com os clientes e formação de um vínculo forte e positivo, é relevante, para além da aplicação das técnicas isoladamente.

Outro exemplo é o estudo de Weck et. al (2014), em que os autores avaliaram se a aliança terapêutica, a adesão terapêutica e a implementação eficaz das técnicas cognitivas-comportamentais estariam associadas com o resultado de sucesso ou insucesso terapêutico, numa amostra de 61 pacientes com diferentes diagnósticos (depressão maior, fobia social, ansiedade generalizada), seguidos em Terapia Cognitivo – Comportamental. Os autores observaram que baixas avaliações da

aliança terapêutica estavam associadas com resultados de insucesso terapêutico. Além disso, a aliança foi positivamente associada ao longo do tempo com uma melhor adesão ao tratamento Cognitivo-Comportamental, assim como com a eficaz implementação das técnicas terapêuticas. Assim, uma boa aliança entre terapeuta e cliente melhorou a implementação das técnicas específicas do tratamento. A suportar as conclusões destes estudos, uma metanálise realizada por Cameron, Rodgers & Dagnan (2018), encontrou um efeito preditivo moderado da aliança terapêutica com os resultados terapêuticos para a avaliação do cliente da aliança, e ainda um efeito preditor da avaliação da aliança pelo observador externo em Terapias Cognitivo-Comportamental para tratamento de depressão.

Em suma, os resultados aqui relatados indicam a relevância da aliança e da relação colaborativa em Terapia Cognitivo-Comportamental para depressão e salientam a sua contribuição para a implementação das técnicas específicas inerentes ao tratamento, na medida que facilita um clima de trabalho de confiança mútua e proximidade entre terapeuta e cliente, aumentando a confiança do paciente no terapeuta e no tratamento, mobilizando cada vez mais sua participação no processo terapêutico.

Analisar como a aliança e o trabalho colaborativo entre terapeuta e cliente se desenvolvem torna-se um importante objecto de investigação em psicoterapia, na medida em que, ao aprofundar o conhecimento neste domínio, impulsiona o desenvolvimento de teorias compreensivas acerca do processo terapêutico contribui para o tornar mais produtivo. Especificamente, nesta tese, procurámos compreender a evolução da aliança e o desenvolvimento da colaboração terapêutica no decorrer das interações entre terapeuta e cliente, de forma a produzir conhecimento significativo e relevante para clínicos e investigadores.

4.0 Questão de Investigação e Justificação:

A principal questão de investigação desta tese concentrou-se em analisar como o processo de desenvolvimento da colaboração terapêutica intra sessão estaria envolvido com o desenvolvimento da Aliança terapêutica avaliada, a partir da perspectiva do cliente, ao fim de cada sessão, e como

estes elementos processuais da relação terapêutica afetariam no resultado terapêutico final, especificamente a colaboração. Estabelecemos como objectivo geral compreender esta relação entre o desenvolvimento dos processos de colaboração e da aliança em casos com resultados terapêuticos contrastantes e analisar se esta relação se diferencia de acordo com o resultado terapêutico. Assim, especificamente, pretendemos: a) investigar na literatura científica disponível os principais estudos empíricos que analisam a relação entre a aliança terapêutica e micro-processos interactivos através do desenvolvimento de uma revisão sistemática de literatura; b) analisar a evolução da aliança ao longo do processo terapêutico para dois grupos clínicos com resultados terapêuticos contrastantes c) analisar/ caracterizar o desenvolvimento da colaboração momento-a-momento em cada sessão terapêutica para cada grupo clínico contrastante d) perceber como a colaboração pode afetar a avaliação da aliança pelo cliente; e) perceber como a colaboração terapêutica afeta o resultado terapêutico.

Recorremos à observação e análise de oito casos clínicos de resultados contrastantes, seguidos em Terapia Cognitivo-Comportamental Breve, através de metodologias analíticas qualitativas e quantitativas. O *design* metodológico agrega metodologias qualitativas e metodologias quantitativas com recurso a análises de dados longitudinais para estudos em Psicoterapia. Buscamos com a estratégia mista de análises, microanalíticas e macroanalíticas, ampliar e replicar resultados encontrados em estudo de caso único com uma amostragem mais representativa, todavia ainda numericamente insuficiente, produzindo um estudo com resultados exploratórios nas questões fundamentais da tese, ou seja, em torno da investigação dos microprocessos interativos da aliança e da colaboração terapêutica.

Assim, os recursos metodológicos qualitativos e microanalíticos da interação terapêutica, mencionados, permitiu a observação e a codificação momento-a-momento da interação entre terapeuta e cliente de forma a indentificar e compreender o desenvolvimento da colaboração com recurso ao Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT; Ribeiro et. al, 2013). Recorremos ao Inventário da aliança terapêutica (Horvath & Machado, 2014) como instrumento de medida para avaliar a evolução da aliança terapêutica ao longo do tempo, sendo que nesta tese, utilizámos apenas a versão do cliente e além disso, utilizamos o *Outcome Questionnaire* (Machado & Frassnacht, 2014) para avaliar a sintomatologia final do cliente ao fim do processo terapêutico e

determinar seu resultado terapêutico. Foram realizadas análises longitudinais com recurso ao Modelo Linear Hierárquico e ao Modelo linear Generalizado, recorrentemente utilizados em estudos diádicos, no contexto de investigação da Psicoterapia (Kenny & Hoyt, 2009; McCullagh & Nelder, 1989).

A seguir, a figura 2 sintetiza o percurso racional-empírico da investigação que direccionou a elaboração desta tese.

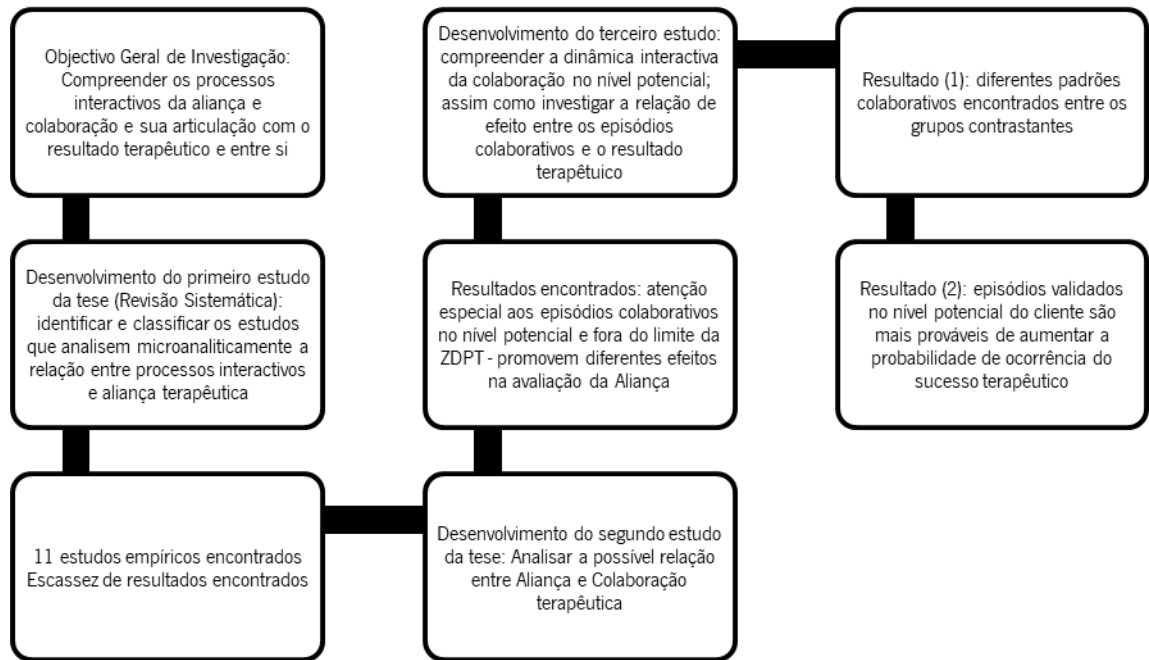


Figura 2. Esquema demonstrativo do desenvolvimento dos estudos da Tese

ESTUDO 1:

**CONTRIBUIÇÕES DOS MICRO-PROCESSOS COLABORATIVOS PARA A ALIANÇA
TERAPÊUTICA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Contribuições dos micro-processos colaborativos para a Aliança terapêutica: uma revisão sistemática da literatura

1.1 Questão de Investigação:

A questão de investigação que direccionou este estudo de Revisão Sistemática foi amparada pela necessidade de investigar minuciosamente na literatura científica que tipos de estudos vêm sendo desenvolvidos nos últimos 16 anos de pesquisa acerca da temática da aliança terapêutica e sua relação com os processos colaborativos analisados a nível micro da interação diádica. O objectivo deste estudo revela-se importante a medida que permite-nos conhecer de forma fiável através de um método replicável de investigação, como a comunidade científica está desenvolvendo a investigação em torno desta temática, em termos de metodologias, medidas, sistemas de análise e produção de conhecimento e teoria aplicada à prática.

Assim, pretendemos identificar e descrever que tipos de estudos têm sido desenvolvidos entre o período de 2000 a 2016 acerca da relação entre a aliança terapêutica avaliada ao fim da sessão terapêutica pelo cliente e os processos colaborativos interacionais entre terapeuta e cliente ao nível intra-sessão.

1.2 Procedimento e Protocolo de Pesquisa:

Para responder à questão de investigação, foi desenvolvida uma Revisão Sistemática de Literatura (Khan, Kunz, Kleijnen & Antes, 2003; Sampaio & Mancini, 2006) onde foram seleccionados os estudos encontrados acerca da temática. O procedimento sistemático de busca e revisão seguiu o protocolo desenvolvido para este estudo, tendo sido estabelecidos previamente os critérios a serem seguidos, os parametros de inclusão e exclusão dos artigos.

Este presente estudo foi submetido para publicação com a co-autoria de Eugénia Ribeiro (orientadora desta tese), Ângela Ferreira, Cátia Vasconcelos, Laura Rodrigues, Carlos Marinho, Joana Cunha & Sílvia Silva.

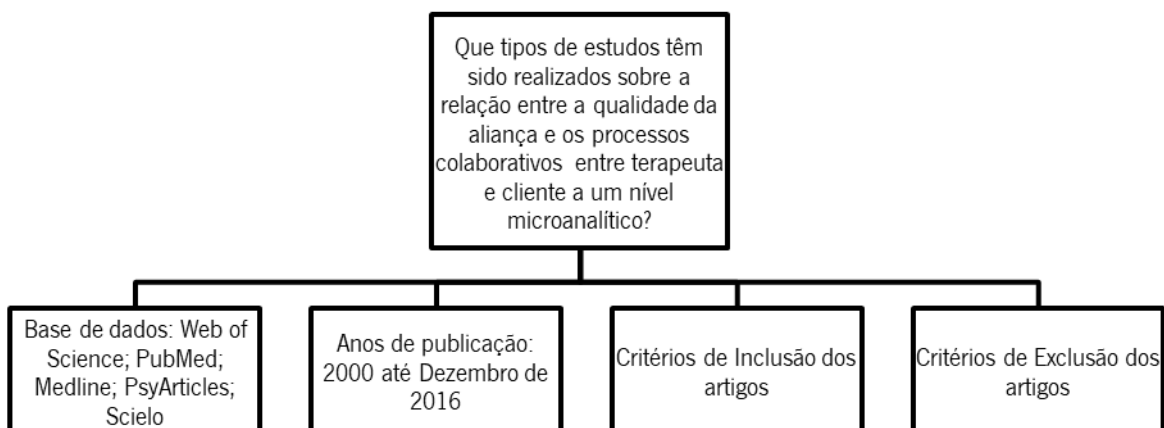


Figura 3. Esquema demonstrativo do protocolo desenvolvido e adotado para o estudo

A metodologia desenvolvida a seguir obedeceu cada passo e fase estabelecido pelo protocolo de pesquisa. O primeiro passo consistiu na pesquisa nas bases de dados on-line em Abril de 2015 e replicada posteriormente em dezembro de 2016. As bases de dados eletrônicas consultadas foram: Web of science, Psycarticles, PubMed, Medline e Scielo, seguindo o protocolo definido para a pesquisa.

O protocolo estabeleceu os critérios de inclusão e de exclusão da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: 1) período de publicação de 2005 à 2015/2016; 2) publicações nos idiomas inglês, português e espanhol; 3) psicoterapia individual; 4) público assistido jovens e adultos; 5) psicoterapia presencial e 6) estudos empíricos. Os critérios de exclusão utilizados foram: 1) Psicoterapia de grupo; 2) Psicoterapia on line; 3) Psicoterapia com público infantil, casais, sistemas familiares ou população com comprometimento mental grave; 4) terapias para tratamento de uso e abuso de substâncias; 5) terapias para perturbações do comportamento alimentar; 6) estudos de revisão teórica, revisões sistemáticas de literatura e meta-análises e 7) estudos piloto. Na consulta às bases de dados foram utilizados os seguintes marcadores ou palavras chaves: *psychotherapy, therapeutic relationship, working alliance, therapeutic collaboration, therapeutic process*. A equação de pesquisa utilizada foi: *psychotherapy and (therapeutic relationship, or working alliance) and therapeutic collaboration, and therapeutic process*. Note-se que em cada base de dados foram utilizados os mesmos marcadores ou palavras-chave em língua inglesa. Optámos por usar palavras-chave em idioma inglês atendendo a

que todos os artigos publicados em revistas científicas anexadas às bases de dados consultadas as apresentam em inglês, além de outro em que o artigo seja publicado.

Foi selecionado em todas as bases de dados o ano de publicação dos artigos, a partir de 2000 até 2016. Na consulta à base Web of science foi selecionado o filtro de psicologia, na consulta à base Pubmed foi usado o filtro “Ciências humanas” e na consulta à base Medline foi utilizado o filtro “Psicoterapia”. Os resultados da pesquisa nas bases de dados são apresentados na tabela 1.

Tabela 1

Resultados da Consulta aos periódicos on-line

	Nº de artigos encontrados (Período 2000-Dezembro/2016)
Web of Science	1785
Psycarticles	969
PubMed	260
Medline	141
Total	3155

Após a busca em cada base de dados, os resultados foram analisados por um grupo de juizes previamente informados sobre o protocolo de investigação, incluindo uma psicóloga estudante de doutoramento em Psicologia e estudantes do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia, todos membros da mesma equipa de investigação. Numa primeira fase, os juizes realizaram a leitura de todos os títulos obedecendo aos critérios de inclusão e exclusão. Como resultado desta leitura e análise consensual entre os juizes, foram eliminados os artigos cujos títulos não respondiam à questão de investigação ou que não respeitavam os critérios de inclusão. Como exemplo deste procedimento, foi excluído o artigo com o título: *Therapeutic alliance in face – to - face and telephone-administered cognitive behavioral therapy* (Stiles, Shieldes, Kwasny, Cai, & Mohr, 2014) por sugerir a comparação da aliança terapêutica com terapia cognitivo - comportamental via telefone (não presencial), ou o artigo, *Control beliefs, therapeutic relationship, and adherence schizophrenia outpatients: a cross-sectional study* (Jaeger, Weibhaupt, Flammer & Steinert, 2014) foi excluído pelo facto de o titulo reenviar para um estudo com pacientes com perturbação psicológica e comprometimento mental

grave. Além disto, no fim desta fase, todos os artigos que eram referidos em mais que uma base de dados, foram identificados e considerados apenas uma vez na análise dos resumos.

Numa segunda fase de análise, os juízes realizaram a leitura, análise e seleção dos resumos/*abstract*. Foram analisados 172 resumos selecionados de todas as bases de dados. Nesta fase do procedimento da revisão sistemática procurámos filtrar ainda mais os resultados, verificando se o artigo continuava a obedecer aos critérios de inclusão ou apresentava critérios de exclusão. Como resultado desta fase do procedimento, foram eliminados 142 artigos e mantidos 30 artigos como parte da amostra. Dos selecionados 12 eram da Web of science; 10 da Psycarticles; 2 da Pubmed e 6 da Medline. Este processo de selecção com base nos resumos foi auditado pela orientadora do estudo.

O processo de auditoria consistiu em rever a lista de todos os resumos e discutir com os juízes as opções de inclusão dos artigos a ler na fase final. Como resultado do processo de auditoria, foram acrescentados aos 30 artigos para a leitura na íntegra, inicialmente selecionados pelas juízas, mais 24 artigos que haviam sido excluídos, no total de todas as bases de dados. No total de 54 artigos selecionados 2 deles estavam indisponíveis para consulta. Assim, passaram para a fase de análise seguinte 52 artigos, que foram lidos integralmente por sete juízas, de modo independente.

As propostas de selecção final dos artigos a incluir nos resultados da revisão sistemática foram discutidas e os desacordos foram negociados e resolvidos por meio de consenso entre juízas. Nesta fase final, foi acordada a inclusão de 11 artigos que, claramente, respeitavam os critérios de inclusão definidos.

A figura 4 apresenta um esquema descritivo do processo de análise e sintetiza os resultados encontrados em cada fase, desde a pesquisa nas bases de dados até à selecção final dos artigos.

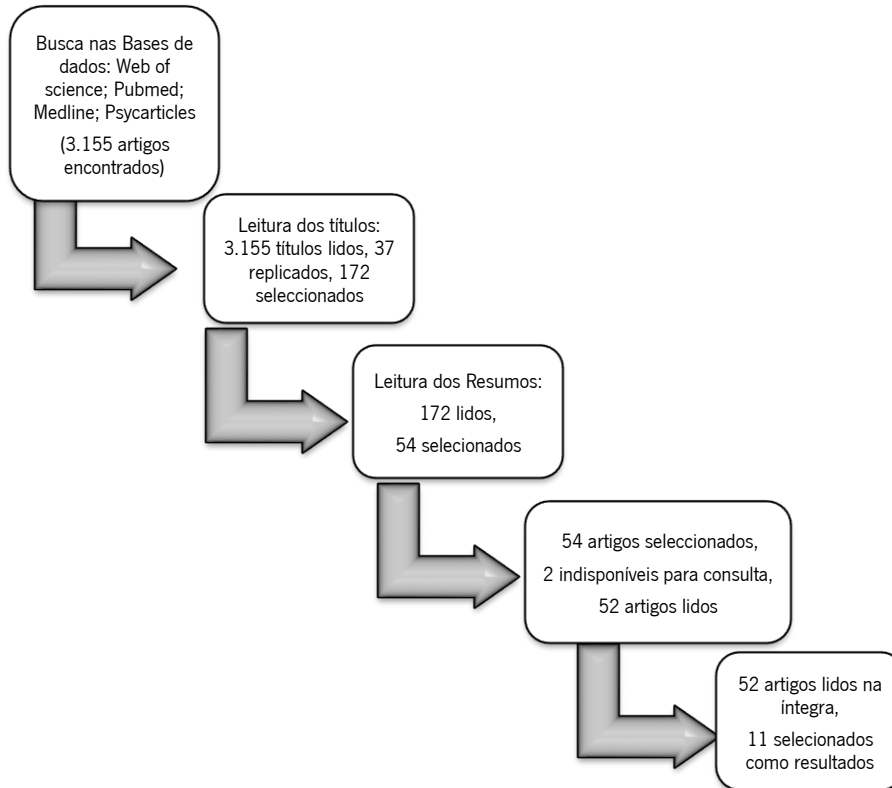


Figura 4. Esquema demonstrativo do processo de pesquisa por etapas

1.3 Resultados

A leitura crítica dos 11 artigos finais foi orientada pela questão de investigação e por critérios de natureza metodológica de modo a categorizar em detalhe o tipo dos estudos relatados. Assim foram consideradas as seguintes categorias de análise: design, objectivo do estudo, participantes, metodologia de recolha de dados, metodologia de análise de dados, resultados principais e conclusões. A tabela 2 sintetiza os resultados de acordo com estas categorias de análise, incluindo ainda referência aos autores dos estudos e à revista onde estes foram publicados.

Tabela 2.

Grelha descritivas dos estudos selecionados

Autor/Ano /Revista	Objectivos	Metodologia	Resultados	Conclusões/Limitações
Ribeiro et. al; 2013; <i>Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice</i>	Construção e validação do sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica.	Estudo qualitativo Participantes: 5 casos clínicos (3NT; 2CBT) Material analisado: 82 sessões Metodologia de análise: Análise qualitativa das interações terapêuticas, com base na análise temática e na análise de conversação	O SCCT é baseado no modelo de colaboração terapêutica (Ribeiro et al, 2013). Inclui 3 categorias de codificação principais das intervenções do terapeuta, 5 categorias de codificação das respostas do cliente. O cruzamento destas categorias permite identificar 15 tipos de interações terapêuticas, sendo 6 colaborativas, 6 não-colaborativas e 3 de ambivalência. O SCCT, revelou boa fidelidade com base no cálculo do Kappa Cohen: 0.92 para as intervenções do terapeuta e 0.93 para as respostas dos clientes.	Os autores concluem que o SCCT poderá ser um instrumento útil em investigação no processo terapêutico, focada em momentos específicos intra-sessão, quer estes estudos sejam de natureza qualitativa quer seja quantitativa. Os autores sugerem que o desenvolvimento e consolidação do sistema pode ser útil na formação e supervisão de psicoterapeutas, contribuindo para o desenvolvimento da sensibilidade dos terapeutas a indicadores de colaboração terapêutica, e da implementação de ações apropriadamente responsivas.
Bachelor et. al; 2007; <i>Psychotherapy: theory, research, practice and training</i>	Identificar o tipo de experiências de colaboração que os clientes relatam vivenciar em terapia; Investigar as relações entre o tipo de funcionamento psicológico dos clientes, motivação para a terapia e o envolvimento colaborativo dos mesmos em terapia.	Estudo Misto Participantes: 30 clientes e 18 terapeutas Instrumentos de recolha de dados: Entrevista semiestruturada CALPAS (Gaston & Marmar, 1991); PSI (Il-feld, 1976); GAS (Endicott et. al, 1976); IRI (Moras & Strupp, 1982, adaptada); MOPS (Rosenbaun & Horowitz, 1983) Metodologias de Análises: Análise fenomenológica (Collazzi, 1971; De Koning, 1979) Análise de conteúdo (Giorgi, 1975; 1985)	Foram identificados três modos de funcionamento do cliente: colaborativo ativo (26.7%), colaborativo mútuo (36.7%) e colaborativo dependente (36.6). Em geral, a maioria dos clientes salientam a importância da participação e direção do terapeuta no processo. As atitudes do terapeuta definidas por Rogers foram identificadas pelos clientes como componentes principais para o estabelecimento de uma relação terapêutica colaborativa. Foram encontradas associações significativas entre colaboração do cliente e a sua motivação para a terapia.	Os autores concluíram que a experiência e a percepção de colaboração dos clientes diferem dos terapeutas. Os autores salientam a necessidade dos terapeutas serem responsivos ao estilo interpessoal de cada cliente. Os autores salientam a importância do estudo ser replicado em uma amostra maior e com diferentes abordagens terapêuticas.
Wiseman, Tishby & Barber; 2012; <i>Journal of Clinical Psychology</i>	Descrever de que modo a diade terapêutica conjuga seus padrões interpessoais ao longo do processo em Psicoterapia Psicodinâmica e de que modo a colaboração é estabelecida ao longo do processo terapêutico.	Estudo Qualitativo Estudo de um caso clínico de sucesso cujo tratamento decorreu ao longo de 72 sessões. Instrumentos de recolha de dados: Entrevistas baseadas no <i>Relationship Anecdote Paradigm</i> (RAP; Luborsky & Crits-Cristoph, 1998) realizadas em três fases da terapia: início, meio e fim. O RAP foi utilizado para recolher informações sobre as narrativas e padrões relacionais de ambos, terapeuta e cliente.	A cliente em questão apresentou melhoria no seu funcionamento social e nas relações interpessoais. Conseguiu melhorar a relação com sua mãe, que se tornou mais estável e equilibrada; permitiu-se falar mais sobre o pai e sobre seus sentimentos de abandono e raiva. Além disso, a cliente conseguiu aumentar seu rendimento académico e desenvolver boas relações de amizade. Tomando a narrativa RAP da cliente e seus temas relacionais conflituosos como referência, observou-se mudanças significativas em sua	A relação colaborativa entre terapeuta e cliente mostrou-se ser um factor imprescindível para o desenvolvimento do processo terapêutico. Os autores salientam a importância de treino e supervisão em psicoterapia psicodinâmica, focados em técnicas relacionais para fomentar os elementos principais da aliança bem como para a resolução de momentos de ruptura da aliança.

			Metodologia de análise: Análise descritiva baseada na teoria dos objetos relacionais;	vida diária e seus padrões relacionais. Contudo, durante a fase intermédia do processo terapêutico verificou-se quebras na colaboração entre terapeuta e cliente, que foram reparadas através do uso de estratégias meta comunicativas por parte do terapeuta.	
Berdodini; Elliot & Shearer; 2012; <i>Journal of Clinical Psychology</i>	Descrever o processo de desenvolvimento da relação colaborativa entre terapeuta e cliente em Terapia Focada nas emoções, explicar sobre as dificuldades e impasses presentes ao longo do processo	Estudo Qualitativo Participantes: Caso clínico conduzido em Terapia Focada nas emoções durante 20 sessões Medidas utilizadas: Personnal Questionnaire (Wagner & Elliot; 2001); Social Phobia Inventory (Connor et. al, 2000); Core - outcome measure (Barkhan et al; 2006), Strathclyde Inventory (Freire, 2007) Inventory of interpersonal Problems (Horowitz et. al, 1988) Metodologia de análise: Análise descritiva do conteúdo das sessões ao longo do processo.		Os resultados descrevem a dificuldade do terapeuta em estabelecer uma relação próxima e genuína com o cliente, devido ao padrão interpessoal do cliente caracterizado pelo evitamento da proximidade e da intimidade com outrem. Todavia, a partir da nona sessão o processo pareceu desenvolver-se de forma mais fluida e produtiva, altura em que o terapeuta se centrou no uso de técnicas relacionais focadas no diálogo e na comunicação das suas dificuldades para com o cliente. O cliente, em geral, apresentou melhoria sintomática e clinicamente significativa nos resultados das escalas utilizadas para medir a sintomatologia e o sofrimento psicológico experienciado.	Os autores ressaltaram a importância dos esforços por parte do terapeuta para o desenvolvimento de uma relação próxima e colaborativa com o cliente. Os autores reforçaram a necessidade do desenvolvimento de uma relação eu-tu entre terapeuta e cliente, como base para o desenvolvimento de um trabalho colaborativo em terapia e sublinharam a importância de técnicas e abordagens relacionais focadas no diálogo e na relação terapêutica.
2014; <i>Research Psychotherapy</i>	Caracterizar a sequência de intervenção do terapeuta e resposta do cliente por referência a momentos de ambivalência do cliente; Compreender como a colaboração terapêutica é reestabelecida após momentos de ambivalência vividos pelo cliente.	Estudo Qualitativo Participantes: Caso clínico de insucesso seguido em Terapia Narrativa Instrumentos Sistemas de análise qualitativas: Therapeutic Collaboration Coding System (TCCS, Ribeiro et. al, 2013) Returning to Problem Coding System (RPCS, Gonçalves, Matos & Santos, 2009) Medidas e escalas utilizadas: BSI (Canavarró, 2007); WAI (Machado & Horvath, 1999) SVRS (Matos, 2006) Metodologia de análise		Os resultados indicaram que: as intervenções de Desafio são as mais frequentes a anteceder um RPM do cliente (92,6%); o terapeuta tende a manter a intervenção de desafio após um RPM, a qual seguida de uma resposta de invalidação do cliente. Os resultados indicaram que a colaboração em geral não foi estabelecida de imediato após um momento de ambivalência.	Os autores concluíram que intervenções de desafio por parte do terapeuta incentivam a mudança e a emergência de momentos de inovação, se o terapeuta trabalhar no mesmo nível de desenvolvimento do cliente. De contrário, o cliente tende a resistir a este desafio e manter uma narrativa mal-adaptativa e disfuncional. Os autores salientam, a importância de adaptar a intervenção terapêutica de acordo com o nível de desenvolvimento do cliente, equilibrando as intervenções entre suporte e desafio. Os autores referem a necessidade de desenvolver mais estudos voltados para a compreensão do surgimento de RPMs no <i>continuum</i> terapêutico.

		Análise qualitativa da interação com o TCCS		
Ribeiro, Hill & Safran, 2011; <i>Research</i>	Coutinho, Compreender as experiências de ruptura da aliança do terapeuta e cliente, nomeadamente em episódios do tipo evitamento e confronto (Safran & Muran, 2000) <i>Psychotherapy</i>	Estudo Qualitativo Sistema de análise e identificação de rupturas 3Rs (Eubanks-Carter et. al, 2009); Entrevista semiestruturada (Elliot & Shapiro, 1988, adaptada) Análise qualitativa Consensual (Hill, 2011).	Os resultados mostram que para as terapeutas, os episódios de ruptura da aliança estão relacionados muitas vezes com a condução da sessão ou com o padrão interpessoal dos clientes. Na perspectiva dos terapeutas um episódio de ruptura pode ter um impacto negativo na sessão, fazendo com que os clientes experimentem sentimentos negativos como invalidação e rejeição pelo terapeuta. Para os clientes, não foram identificadas causas típicas para a ocorrência de rupturas da aliança. Estes relataram sentir-se tristes, abandonados ou criticados pelos terapeutas mais em episódios de ruptura do tipo <i>confronto</i> do que nos do tipo <i>evitamento</i> .	Os autores concluíram que os episódios de ruptura não resolvidos possam estar relacionados com sentimentos de frustração, não compreensão e desarmonia entre terapeuta e cliente. Para os mesmos, grande parte dos episódios de ruptura ocorreram em contexto de desarmonia da diade, quando o terapeuta desafia demasiado o cliente e não parece estar atento a disponibilidade emocional do cliente naquele momento. Os autores reforçam a importância e necessidade dos terapeutas estarem sintonizados à prontidão do cliente, assim como intervir de forma responsiva quando necessário.
2008; <i>Research</i>	Aspland et. al, Comparar o modelo de ruptura da aliança e resolução da ruptura em Terapia Cognitivo- Comportamental: Rational Model of alliance rupture (Greenberg and Foerster, 1996; Agnew et.al, 1994; Benett et. al, 2006) <i>Psychotherapy</i>	Estudo Qualitativo Participantes: dois casos de TCC (2 sessões por cada caso clínico) Instrumentos: Beck Depression Inventory (BDI, Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) Medida de aliança terapêutica: ARM (Agnew-Davis et. al, 1998) Análise de dados: Task Analyses (Greenberg & Foerter, 1996) das interações	Foram identificados vinte e quatro episódios de ruptura e tentativa de resolução nas quatro sessões analisadas. Os resultados mostraram-se convergentes com o modelo de comparação. Foram identificadas duas posturas diferentes por partes dos terapeutas: quando ocorria um episódio de ruptura, o comportamento padrão do terapeuta foi insistir na manutenção da agenda e tentar convencer o cliente da importância de a seguir. Todavia, os episódios de resolução de ruptura foram marcados por uma postura mais empática e compreensiva do terapeuta, ouvindo e concordando com o ponto de vista do cliente e conseguindo dessa forma, reparar as tensões na aliança terapêutica e restabelecendo a colaboração terapêutica	Os autores concluíram que o trabalho atento por parte do terapeuta na resolução de momentos de ruptura em terapia é importante para um resultado terapêutico eficaz. Mostrou-se ser benéfico para a relação e o processo terapêutico intervenções de sumarização, exploração, validação e reformulação de objectivos e tarefas de acordo com as necessidades atuais do cliente, assim como a demonstração de uma postura empática e atenciosa com as questões trazidas pelos clientes, mesmo que estas fujam da agenda pré-estabelecida. Os autores referem como limitações o facto das sessões terem sido analisadas por recurso a áudio, e não vídeo e enfatizam a necessidade de replicar o estudo em casos de insucesso terapêutico e com uma amostra mais representativa em diferentes abordagens terapêuticas.
Colli & Lingardi, 2009; <i>Research</i>	Apresentar um instrumento micro-analítico das interações terapêuticas, <i>Collaborative interaction scale</i> , CIS. Identificar eventos de ruptura da aliança e sua resolução; e identificar a sua relação com o desenvolvimento da colaboração entre terapeuta e cliente.	Estudo Misto Participantes: 32 sessões terapêuticas de 16 casos clínicos Instrumento: A CIS é composta por duas escalas: a CIS-P destinada para avaliar as contribuições do paciente para o processo e a CIS-T destinada para avaliar as intervenções do terapeuta no processo.	Os resultados mostraram que, em geral, houve maior frequência de <i>processos colaborativos</i> (CPs) do paciente e <i>intervenções positivas</i> do terapeuta. A intensidade de marcadores diretos de ruptura (DRMs) foi maior do que a de marcadores indiretos de rupturas (IRMs) e a intensidade de <i>intervenções negativas</i> (Nis) foi mais baixa que a das intervenções positivas (Pis) para as intervenções do terapeuta.	A CIS mostrou ser uma importante ferramenta de análise de padrões de interação, especificamente voltada para a medida e classificação de episódios de ruptura e momentos de colaboração na terapia. Os autores referem como limitação do estudo o facto da CIS não ter sido relacionada com o resultado terapêutico ou diagnóstico, sendo importantes no futuro mais estudos nesse âmbito.

			Metodologia de análise: Microanálise das interações terapêuticas, identificando e classificando os eventos específicos de ruptura ou resolução, colaboração ou não-colaboração e as intervenções do terapeuta classificadas como positivas ou negativas.	Os resultados mostraram correlação positiva entre PIs do terapeuta e CPs do paciente, correlação entre NIs do terapeuta e marcadores de ruptura do paciente. A CIS apresentou coeficiente Kappa Cohen de acordo entre juizes de de .81 para DRMs; .66 para IRMs; .72 para CPs; .67 para PIs e .66 para PNs	
Sommerfeld, Orbach, Zim & Milkulincer, 2008; <i>Psychotherapy Research</i>	Investigar se há associação entre a emergência de rupturas da aliança e o surgimento de temas CCRT (<i>Core Conflictual Relational Themes</i> , Luborsky & Crits-Christoph, 1998) na mesma sessão em Psicoterapia Psicodinâmica. Investigar se há associação entre a emergência de ruptura e o resultado da avaliação da experiência possessão pelos clientes, investigar se há associação entre o surgimento de rupturas da aliança e a mudança no foco da atenção do cliente e/ou terapeuta durante a sessão.	Estudo Misto Participantes: 151 sessões terapêuticas de 5 diferentes casos clínicos Instrumentos <i>Post-session Questionnaire</i> (Samstang, Batchelder, Muram, Safran & Winston, 1998); <i>Session evaluation questionnaire</i> (SEQ, Stiles, 1980) <i>Core Conflictual Relational Theme</i> (CCRT) Análise de episódios de rupturas da aliança a partir da perspectiva do observador (codificadores independentes) através do Harper's Manual (1989a, 1989b). Análise Multinível (HLM).		Os resultados mostraram que em 77% das sessões analisadas houve pelo menos um marcador de ruptura e em 42% das sessões foi identificado pelo cliente um evento problemático com seu terapeuta. Foi encontrado uma associação significativa entre a percentagem de CCRTs envolvendo parceiros românticos dos clientes ou o terapeuta e a ocorrência de marcadores de ruptura do tipo <i>confronto</i> . Foi encontrada uma associação significativa entre a ocorrência do marcador do tipo <i>confronto</i> com os elementos de vínculo e tarefa da aliança terapêutica. Foi encontrada uma associação entre a ocorrência de marcadores do tipo <i>evitamento</i> com a avaliação da sessão como suave pelo cliente.	Os autores concluíram que em psicoterapia psicodinâmica os terapeutas precisam estar atentos aos padrões interpessoais de seus clientes, enfatizando a necessidade de utilizar estratégias comunicativas de exploração e clarificação de questões trazidas pelos clientes que provoquem algum desconforto e tensão na relação terapêutica ou questões conflituosas projetadas ao terapeuta em sessão. Os autores identificaram como limitações desse estudo o tamanho reduzido da amostra e as repetidas análises quantitativas feitas aos dados.
Flückiger et al, 2012; <i>Journal of Counseling Psychology</i>	Investigar o desenvolvimento da aliança ao longo do processo de dois grupos de clientes sob condições intervenção diferentes relativamente à comunicação com o terapeuta.	Estudo qualitativo Participantes: 101 clientes cujos processos terapêuticos tiveram em média 26.4 sessões distribuídos por 2 grupos: experimental e controle. No fim da 5ª sessão terapêutica, os clientes do grupo experimental foram convidados a comunicarem mais com seus terapeutas, dar feedback e expor suas dúvidas e queixas acerca da terapia e da relação com o terapeuta. Medidas e instrumentos: GSI (versão alemã, Franke, 1995); Inventory Interpersonal problems (IIP-64, Horowitz et. al, 2000) Postsession report (forma reduzida, Fluckiger et.al, 2010) Global Alliance Scale (Fluckiger et. Al, 2010) Metodologia de análise		Os resultados mostraram independência da aliança em relação às outras variáveis; A análise longitudinal mostrou um aumento na avaliação da aliança terapêutica até a 12ª sessão para o grupo que recebeu uma instrução adicional, sendo que o grupo controle manteve a avaliação da aliança estável ao longo do tempo. Além disso, no grupo que recebeu a intervenção instrutiva a avaliação da aliança após 12ª sessão até 24ª sessão apresentou um aumento já verificado, enquanto o grupo controle foi preciso um mínimo de 14 sessões para se verificar um aumento na avaliação da aliança.	Os autores concluem sobre um efeito positivo de técnicas metacomunicativas e participação do cliente no processo terapêutico, no desenvolvimento da aliança terapêutica. Ainda, sugerem que o uso de técnicas e competências comunicativas pode ser útil para o desenvolvimento de uma atmosfera de trabalho eficaz e colaborativo. Os autores referem a necessidade de replicação considerando a inclusão de um grupo controle activo.

		Análises Correlacionais entre variáveis, Análise longitudinal Multinível entre grupos.		
Coutinho, Ribeiro, Fernandes, Sousa & Safran, 2014; <i>Anales de Psicologia</i>	Descrever os padrões de comportamento da aliança terapêutica e os indicadores de rupturas ao longo do processo terapêutico, Investigar a relação entre as rupturas da aliança e os resultados terapêuticos	terapêuticas identificação e classificação dos episódios de ruptura da aliança; Working Alliance Inventory (Machado & Horvath, 1999) Metodologias de Análises: Análises quantitativas descritivas não-paramétricas; Análise Longitudinal de Modelo Misto	Estudo misto Participantes: 32 díades Instrumentos Sistema 3Rs para identificação e classificação dos episódios de ruptura da aliança; Working Alliance Inventory (Machado & Horvath, 1999) Metodologias de Análises: Análises quantitativas descritivas não-paramétricas; Análise Longitudinal de Modelo Misto	Os resultados indicaram que a avaliação da aliança apresentou aumento ao longo do processo em casos de sucesso e insucesso terapêutico, enquanto que em casos de desistência essa variação positiva não se verificou. Os episódios de ruptura da aliança do tipo <i>confronto</i> estiveram mais presentes em casos de desistência. Os autores consideraram que os resultados convergem com os resultados apresentados pela literatura em geral sobre o tema e sugerem que os acontecimentos de ruptura do tipo <i>confronto</i> podem provocar sensações de frustrações e incapacidade profissional por parte dos terapeutas, mas por outro lado, podem constituir oportunidades para trabalhar questões trazidas pelos clientes e reformular os objectivos e as tarefas terapêuticas. Os autores salientam a importância do trabalho em torno da reparação das rupturas como forma de prevenir resultados terapêuticos negativos e impactos negativos na aliança. Este estudo apresentou como limitações uma amostra heterogênea de sujeitos e não-balanceada. Além disso, o critério usado para classificar o resultado terapêutico foi baseado na avaliação clínica do terapeuta no final do tratamento.

Uma análise transversal dos 11 estudos permite concluir que relativamente ao design, 4 estudos apresentaram um design misto (e.g. Bachelor et al., 2007), 6 tinham um design qualitativo (e.g. Aspland et al. 2008) e 1 tinha um design quantitativo (Fluckiger et al., 2012). No que se refere ao objectivo dos estudos, a construção e validação de instrumentos ou medidas de processo colaborativo ou de desenvolvimento da aliança foi o objectivo principal de 2 estudos. Por exemplo, o estudo de Ribeiro et. al (2013) apresentou a construção de um modelo microanalítico da colaboração terapêutica, enquanto que Colli & Lingardi (2009) apresentaram uma escala de avaliação do nível de colaboração entre terapeuta e cliente e também de identificação e classificação das rupturas entre ambos.

Os restantes estudos incluem objectivos focados na identificação e compreensão das experiências dos participantes, na relação entre colaboração terapêutica com variáveis de processo ou do cliente (Bachelor et al, 2007), na relação entre colaboração terapêutica e momentos críticos do processo ou do desenvolvimento da aliança terapêutica (e.g. Ribeiro et. al, 2014) e no desenvolvimento da aliança/colaboração ao longo do processo terapêutico (e.g. Flückiger et al., 2012). Por exemplo, os estudos de Berdondini, Elliot & Shearer (2012) e Wiseman, Tishby & Barber (2012) buscaram analisar e descrever o padrão de desenvolvimento da relação terapêutica e discorrer sobre os processos interpessoais a nível colaborativo ou não entre terapeuta e cliente. Para os autores (2012a, 2012b) a reparação dos momentos de quebra da colaboração ou estagnação da mesma revelaram-se como o ponto chave da condução da terapia.

Relativamente aos participantes, verificamos que 4 estudos são estudos de casos múltiplos, 3 são estudos de caso único e 4 são estudos amostrais. Os estudos de casos analisaram a interacção da díade, em parte ou na totalidade das sessões dos processos terapêuticos (e.g. Sommerfeld et al., 2008).

Nos estudos amostrais o foco da análise foi na compreensão da experiência do cliente (Bachelor et al., 2007) e na sua perspectiva sobre a aliança terapêutica (Fluckiger et al., 2012) ou na interação diádica (e.g. Coli & Lingardi, 2009).

Relativamente à metodologia de recolha de dados os estudos incluem: transcrição de sessões terapêuticas (e.g. Ribeiro et al., 2013), instrumentos ou escalas estandardizadas (e.g. Fluckiger et al., 2012), entrevistas semiestruturadas focadas nas experiências dos participantes (e.g. Coutinho et al. 2011) e entrevistas baseadas em paradigmas relacionais (Wiseman et al. 2012).

A análise de dados incluiu metodologias qualitativas e quantitativas. As metodologias qualitativas incluem: análises sistemáticas das interações/ aliança terapêutica com recurso a sistemas de codificação (e.g. Coutinho et al., 2011; Ribeiro et al. 2014) ou à análise de conversação e análise temática (e.g. Ribeiro et al. 2013), análise narrativa das sessões com base em paradigmas relacionais (e.g. Sommerfeld et al., 2008), análise fenomenológica (e.g. Bachelor et al., 2007), análise descritiva do processo clínico (Berdondini, et al., 2012), *Task analysis* (Aspland et al. 2008) e a *Consensual Qualitative Research* (Coutinho et al. 2011). As análises quantitativas incluem análises descritivas não paramétricas (Coutinho et al. 2014), análise de correlação (Bachelor et al., 2007) e análise longitudinais (e.g. Fluckiger et al., 2012).

No que se refere aos resultados encontrados, dois artigos apresentaram novos sistemas de análise e codificação da interação terapêutica, especificamente da colaboração terapêutica num dos estudos (Ribeiro et al. 2013) e da colaboração e rupturas da aliança no outro (Colli & Lingardi, 2009). Dois estudos (e.g. Berdodini, Elliot & Shearer, 2012; Wiseman, Tishby & Barber, 2012) apresentaram como resultados a descrição detalhada do processo clínico em casos de sucesso terapêutico, onde o restabelecimento da relação terapêutica colaborativa foi a base para a condução do processo até à alta clínica.

Cinco estudos apresentaram como resultado o efeito de momentos críticos na relação terapêutica colaborativa. Os resultados descrevem os diferentes eventos críticos (e.g. momentos de ambivalência terapêutica; rupturas da aliança; conflitos relacionais nucleares nas narrativas dos clientes) presentes no processo terapêutico e como estes podem vir afectar a negociação e regulação eficaz da aliança por parte da díade (e.g. Aspland et. al, 2008). Em geral, os momentos críticos de tensão terapêutica podem afectar os resultados terapêuticos. (e.g. Coutinho, Ribeiro & Safran, 2011).

Os resultados dos estudos citados (2008; 2011) permitiram conhecer de forma micro-detalhada o que ocorre a nível interacional entre terapeuta e cliente afetam na condução do processo terapêutico. Os autores sugerem o uso de habilidades e estratégias relacionais como a metacomunicação e responsividade no reparo desses episódios e concluem que quando os terapeutas ignoram ou não alinham com a perspectiva ou interesse do cliente, seguindo sua agenda ou linha interventiva, não há reparo efetivo da colaboração.

O estudo de Bachelor e co-autores (2007) apresentou uma categorização da percepção do cliente face à colaboração terapêutica, considerando três tipos diferentes: o modo “activo”, modo

“dependente” e modo “mútuo”, sendo este último o mais presente na amostra estudado. Os diferentes tipos de colaboração identificados apresentam um papel diferente no processo terapêutico. Para os clientes entrevistados neste estudo, as atitudes definidas por Rogers como sendo facilitadoras da mudança terapêutica foram salientadas como fundamentais para o desenvolvimento saudável da relação colaborativa. Por fim, o estudo de Flückiger e co-autores (2012) apresentou como resultado a associação positiva entre a execução de uma estratégia comunicativa de feedback no processo terapêutico. A instrução adicional é dada aos clientes sob a forma de um feedback por carta e posterior ligação telefónica, convidando-os a participar mais do processo e incentivando-os a ser mais colaborativo, em contrapartida o segundo grupo de clientes não recebeu nenhuma instrução. O grupo que recebeu a instrução comunicativa apresentou um aumento na avaliação da aliança terapêutica a partir da 12^a sessão até 24^a sessão, enquanto que o grupo que não recebeu nenhuma instrução apresentou variação estável ao longo do tempo.

No que se refere à secção da conclusão, os artigos analisados sublinharam: 1) que a análise detalhada da colaboração terapêutica, tendo por base as interações contextualizadas na conversação terapêutica é um recurso útil para compreender o desenvolvimento da aliança terapêutica e do processo de trabalho terapêutico, com implicações relevantes para a prática clínica (e.g. Colli & Lingiardi, 2009; Coutinho et al, 2014; Ribeiro et. al, 2013); 2) a necessidade de adaptar o tipo de intervenção e tratamento às necessidades momentâneas dos clientes e ao seu estilo interpessoal (e.g. Sommerfeld, Orbach, Zim & Mikulincer; 2008); 3) as atitudes facilitadoras do processo, tais como a empatia, a aceitação, as atitudes responsivas e as competências metacomunicativas são importantes para a condução eficaz do processo terapêutico e essenciais para o restabelecimento da relação colaborativa em momentos de tensão e rupturas da aliança (e.g. Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkhan & Stiles, 2008; Berdondini, Elliot & Shearer, 2012); 4) que atitudes comunicativas ou instrutivas, como fornecer feedback ao cliente, podem ser estratégias eficazes para fomentar a relação colaborativa e o envolvimento do mesmo no processo terapêutico, além de produzir uma melhor avaliação da aliança terapêutica pelo cliente (Flückiger et. al, 2012).

1.4 Discussão

O objectivo deste estudo foi realizar uma revisão sistemática e criteriosa acerca de que tipos

de estudos foram desenvolvidos, até ao ano de 2016, onde a avaliação da aliança foi conduzida sob uma ótica macroanalítica e o estudo da colaboração desenvolvido a um nível microanalítico no contexto da interação terapêutica. Os resultados mostram que apesar do evidente interesse nesta linha de investigação, os estudos que conciliam estes dois níveis de análise são ainda escassos. Os objetivos que orientam estes estudos são bastante diferentes, focados na compreensão da interação, caracterização da experiência/percepção dos participantes da terapia, ou identificação de acontecimentos críticos do processo no que tange a interação entre os participantes. A mesma reflexão pode ser feita relativamente às metodologias usadas nestes estudos. Os nossos resultados mostram que a diversidade de metodologias é consistente com um espectro epistemológico diferenciado, que inclui quer posicionamentos de investigação coerentes com um paradigma pós-positivista (ex. uso de sistemas de codificação da interação terapêutica / colaboração) quer um paradigma construtivista (ex. uso de análise de conversação para descrição da interação). De uma forma geral, os resultados dos estudos selecionados nesta revisão sistemática revelam um interesse predominante em estratégias de recolha de dados focadas na observação externa, quer por meio de recursos audio-visuais, quer por meio de transcrições de sessões terapêuticas permitindo uma análise dos dados terapêuticos em detalhe e sob uma perspectiva micro-analítica, intra-sessão.

Podemos concluir que a perspectiva do observador externo tem sido enfatizada na análise e compreensão do processo terapêutico e da relação de trabalho da díade. Dado que a nossa pesquisa incluía o foco na interação terapêutica, e não apenas na percepção dessa interação por parte dos seus participantes, não é de estranhar que o foco na perspectiva do observador externo tenha sido o mais comum. As metodologias de recolha e análise baseadas na observação do processo e da interação são as que melhor respondem ao objetivo de compreender a relação entre os processos interativos e variáveis macro, como a aliança terapêutica. Por outro lado, o uso de metodologias baseadas na observação pode ajudar a perceber a escassez de estudos publicados até ao momento da recolha efetuada nesta revisão sistemática, dado que remete para processos de recolha e análise morosos e complexos que exigem o treino rigoroso e sistemático de codificadores e a possibilidade de acesso ao processo terapêutico, nem sempre facilitada pelos contextos de intervenção/ investigação.

A reflexão que fazemos sobre o tipo de estudos analisados neste artigo sugere que esta linha de investigação compreensiva e conciliadora de diferentes níveis de análise no estudo da aliança terapêutica / colaboração / interação terapêutica se apresenta como bastante complexa e,

arriscaríamos dizer, numa fase tentativa e exploratória. Focando-nos no conteúdo dos estudos e considerando o seu foco de atenção, diríamos que houve um interesse predominante na performance interpessoal em momentos críticos da interação ao longo da terapia. Os autores destacam a importância da compreensão desses momentos como forma de prever e evitar que tais momentos, naturais do processo, contribuam para a deterioração da aliança e o insucesso terapêutico, por consequência (Coutinho, Ribeiro, Hill & Safran, 2011; Sommerfield, Orbach, Zim & Milkulincer, 2008).

Além disso, a relação colaborativa é salientada nos estudos encontrados. De uma forma geral, a natureza colaborativa da aliança proporciona o desenvolvimento de um trabalho terapêutico de qualidade. Nos estudos aqui apresentados, o restabelecimento do diálogo colaborativo é necessário e frisado, por exemplo para Berdondini, Elliot & Shearer (2012) este reparo e restabelecimento pode ser alcançado através da comunicação entre os participantes das dificuldades interpessoais encontradas ao longo do processo.

Contudo, com base nos resultados encontrados nos estudos selecionados, podemos concluir que os investigadores têm vindo a consolidar um interesse e atenção específicos ao desenvolvimento da aliança terapêutica como um fenómeno que emerge de processos interativos e diádicos, cujo acesso é facilitado por metodologias qualitativas. Vários autores (Muntigal & Horvath, 2013; Voutilainen, Peräkylä & Ruusuvoori, 2011) têm recomendado e desenvolvido análises e metodologias apropriadas para tentar compreender o fenómeno relacional tal como ele ocorre momento-a-momento, o que é coerente com a proposta recente de Horvath (2017) para uma abordagem da aliança terapêutica numa perspectiva contextual e conversacional.

As implicações clínicas destes resultados apontam para um trabalho cuidadoso com a interação terapêutica, a fim de produzir intervenções adequadas e responsivas para com os clientes, de forma a estar mais atento e empático ao surgimento das diferentes necessidades e impasses ao longo do processo terapêutico (Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2008; Berdodini, Elliot & Shearer, 2012).

PARTE 2
METODOLOGIA E ESTUDOS EMPÍRICOS

Metodologia

Nesta secção descreveremos e explicaremos o processo metodológico de recolha e tratamento dos dados que foram realizados para o desenvolvimento dos estudos empíricos desta presente tese, respetivamente, o segundo e terceiro estudo que aqui serão apresentados. Os dados utilizados nesta investigação, foram seleccionados de uma base de dados já existente referente ao projecto ColPsi (178/12) aprovado pela Comissão de Ética da Universidade do Minho.

Os dados utilizados referem-se a análise de 9.000 interações terapêuticas provenientes de 72 sessões terapêuticas, de oito casos clínicos com resultados terapêuticos contrastantes, seguidos em Terapia Cognitivo-Comportamental, ou seja, quatro casos clínicos com processo terapêutico finalizado e resultado de sucesso e quatro casos clínicos com processo terapêutico finalizado e resultado de insucesso terapêutico.

1.0 Participantes

1.1 Clientes

Os clientes que participaram nos estudos apresentados, nesta tese, foram diagnosticados com Depressão Maior, com base na administração da SCID- I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002). Os participantes apresentaram idade média de 36.75 anos, variando de 52 anos de idade a 23 anos, sendo 6 clientes do sexo feminino e 2 clientes do sexo masculino. Seis dos clientes participantes eram de nacionalidade Portuguesa e dois de nacionalidade Brasileira. Em maioria, possuíam nível de escolaridade elevado com mais de 12 anos de estudo, com nível de especialização de Mestrado e Doutorado. Apenas um cliente possuía menos de 12 anos de estudo. Dois clientes tinham estado civil de casado e seis clientes eram de estado civil solteiro. Os participantes assinaram o termo de Consentimento informado estando conscientes dos termos e condições de participação do Projecto ColPsi (178/12).

Com base nos resultados do OQ.45 (Machado & Frassnacht, 2104), considerando o ponto de corte para se considerar sintomatologia clínica ou não clínica (.62) e o índice de mudança

cl clinicamente significativa (RCI:15) proposto por Jacobson & Truax (1991), os casos clínicos foram considerados como sucesso ou insucesso tendo em consideração os critérios estabelecidos para se definir uma mudança clinicamente significativa, ou seja, no fim do processo terapêutico os casos de sucesso reduzem o nível de sintomatologia para um valor menor que .62 e um grau de mudança superior a 15 valores.

1.2 Terapeutas

Nos estudos apresentados participaram 4 terapeutas, sendo 3 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Os terapeutas tinham, à data da recolha de dados, experiência profissional média de 11.5 anos, variando de 4 anos de experiência a 22 anos de experiência. E 3 terapeutas tinham o grau de Doutor em Psicologia Clínica e 1 era estudante de Doutoramento. Os terapeutas participaram voluntariamente e receberam supervisão semanal em Terapia Cognitivo-Comportamental breve (Leahy, Holland, & McGinn, 2012).

1.3 Juízes

Os juízes codificadores que participaram do processo de análise e codificação das sessões terapêuticas, eram até o momento de desenvolvimento da presente tese, psicólogos com grau de Mestre em Psicologia clínica, com treino e experiência com o Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (Ribeiro et. al, 2013).

Os juízes participaram voluntariamente no processo de codificação e conheciam os objectivos deste trabalho de tese. No entanto, nenhum codificador conhecia o resultado terapêutico de cada caso clínico, durante o processo de codificação dos dados. No total, dois juízes, para além da autora desta tese, participaram no processo de codificação independente. A investigadora desta tese, formou pares de codificação com os outros codificadores tendo cada par codificado de modo independente 30% de cada caso clínico, relativo a 4 sessões terapêuticas. Posteriormente em reunião entre os codificadores, foram discutidos os desacordos até chegarem a consenso sobre a codificação definitiva dessas sessões. Em média o valor de acordo entre os codificadores para as intervenções do terapeuta foi 80,4% e o acordo para as respostas do cliente foi de 84,5%. Após a consolidação do

acordo inter-juizes, a investigadora e autora desta tese prosseguiu com a codificação das restantes sessões de cada caso clínico. Este procedimento foi realizado para cada caso clínico da amostra.

2.0 Tratamento Psicoterapêutico

O tratamento utilizado em todos os casos foi o modelo de Terapia Cognitiva-Comportamental breve (Leahy, Holland & McGinn, 2012). Foram utilizadas estratégias típicas do tratamento, que incluíam auto-observação comportamental e cognitiva, reestruturação cognitiva e desenvolvimento de técnicas para prevenção de recaídas. O tratamento foi conduzido de uma forma flexível e maleável pelos terapeutas de forma que permitiu a adaptação do tratamento as diferentes necessidades de cada cliente participante da amostra. Após a avaliação clínica, primeiro contato clínico do cliente com o serviço de Psicologia em questão, onde foi conduzido o tratamento, os terapeutas discutiram e acordaram com cada cliente a problemática, assim como acordaram na formulação dos objectivos para o tratamento. A disponibilidade dos terapeutas em discutir e acordar com seus clientes o plano de trabalho terapêutico, foi um aspecto preponderante na condução dos casos e salientado pelo modelo teórico adotado da Terapia Cognitivo Comportamental. Nesse sentido, a agenda estabelecida para cada terapia, desenvolvida com a participação activa do cliente, foi um importante aspecto envolvido no estabelecimento da aliança entre terapeutas e clientes.

O trabalho e acordo terapêutico estabelecido entre terapeuta e cliente foram desenvolvidos tendo em conta a sintomatologia depressiva identificada através da entrevista clínica inicial. Focou-se em identificar crenças e pensamentos negativos, irracionais e promotores de sofrimento psicológico e emocional, devido a elevada avaliação depreciativa e negativa que estes pensamentos exercem no dia-a-dia dos pacientes, trabalhando activamente na identificação dos esquemas cognitivos e na sua reestruturação de forma que o cliente aprendesse a desenvolver comportamentos mais funcionais e adaptativos à realidade (Knapp & Beck, 2008; Rector, Segal & Zuroff, 1999).

Os clientes foram acompanhados ao longo de 16 sessões de duração de 60 mim semanalmente. Durante as sessões terapêuticas, os principais objectivos foram: 1) compreender a experiência cognitiva e emocional dos clientes em situações de conflitos interpessoais e intrapsíquico; 2) promover maior flexibilidade cognitiva dos pensamentos automáticos. Especificamente, as

estratégias usadas foram: 1) educação no modelo Cognitivo- Comportamental; 2) auto-observação cognitiva e comportamental para diferentes situações interpessoais vivenciadas como problemáticas pelos clientes; e 3) reestruturação cognitiva que consiste no trabalho de identificação dos pensamentos repetitivos e automáticos, facilitando a posterior identificação de pensamentos alternativos e mais funcionais através de um debate cognitivo (Leahy, Holland & McGinn, 2012).

3.0 Medidas e instrumentos

3.1 Inventário da Aliança terapêutica

O Inventário de Aliança Terapêutica é um instrumento que permite avaliar a qualidade da aliança terapêutica, existindo três formas paralelas que dizem respeito à perspectiva do cliente, do terapeuta ou do observador. O Inventário da Aliança terapêutica (IAT, versão portuguesa adaptada por Machado & Horvath, 1999 do Working Alliance Inventory, Horvath & Greenberg, 1986) avalia a qualidade da aliança terapêutica através de três subescalas diferentes referentes aos componentes da aliança terapêutica: (1) acordo nos objectivos, (2) acordo nas tarefas e (3) qualidade do vínculo com o terapeuta. Cada subescala é composta por 12 itens que seguem uma ordem aleatória ao longo do instrumento. No total, o instrumento é composto por 36 itens avaliados através de uma escala do tipo Likert de pontuação máximo de 5 pontos, onde 1 é “quase nunca” e 5 é “sempre”. O escore do IAT pode ser global, atingindo 60 pontos máximos ou parcial para cada subescala. Nesta tese, foi utilizada a versão reduzida do instrumento (Hatcher & Gillaspay, 2006), a qual é composta por 12 itens distribuídos pelas dimensões de vínculo, acordo nas tarefas e consenso nos objectivos terapêuticos.

No âmbito do projeto de onde os dados da tese foram recolhidos, este instrumento foi aplicado ao fim de cada sessão de forma independente para terapeuta e cliente, respeitando os critérios e procedimento de aplicação do instrumento. Foi assegurado que os participantes, terapeuta e cliente, não tivessem conhecimento da avaliação um do outro, para isso os instrumentos foram mantidos separadamente e administrados somente pela equipa de investigação responsável pelos dados do projecto 178/12. No entanto, nesta tese foram apenas usados os dados dos clientes.

3.2 Outcome Questionnaire – 45

O Outcome Questionnaire- 45 (OQ.45; Lambert & Burlingame, 1996; versão portuguesa adaptada por Machado & Fassnacht, 2014) é um instrumento de autorelato que avalia a gravidade dos sintomas clínicos. Este instrumento é composto por 45 itens medidos através de uma escala do tipo Likert de 0 a 5, onde 0 é “nunca” e 5 é “quase sempre”, cuja pontuação varia de 0 a 180 pontos. Os itens do OQ.45 estão distribuídos de forma a avaliar três diferentes áreas do desenvolvimento emocional e psicológico dos clientes, os quais refletem a gravidade sintomatológica dos mesmos. Especificamente, os resultados são produzidos pela avaliação das três diferentes áreas de funcionamento emocional que são: (1) desconforto subjectivo; (2) relações interpessoais e (3) desempenho do papel social, e por consequência o quão sintomático é o funcionamento do paciente, permitindo avaliar ao fim do processo terapêutico o nível de melhora psicoemocional e sintomatológica, e com isso, classifica o resultado terapêutico final em sucesso ou insucesso, assim como recuperado ou não - recuperado. A versão portuguesa comprovou ser um instrumento confiável, apresentando valores de consistência interna entre $\alpha = .70$ e $-.92$ e ponto de corte de $.62$, comparados com os valores da versão original.

O resultado terapêutico de cada participante desta amostra seguiu os parâmetros de classificação da significância clínica, onde são considerados o ponto de corte e o Reliable Change Index (RCI) obedecendo aos critérios propostos por Jacobson & Truax (1991, citado por Machado & Fassnacht, 2014). Assim, para determinar a magnitude da mudança clínica alcançada, o OQ.45 foi aplicado ao início do tratamento, na primeira sessão terapêutica e ao final do processo terapêutico, na última sessão terapêutica, de modo a se poder avaliar a mudança atingida pelo cliente através de dois critérios de mudança: a) passar de um funcionamento não-saudável e clínico, para um funcionamento típico da população não-clínica (ponto de corte de 62, no caso da população portuguesa) e b) a mudança medida pelos valores estabelecidos de RCI (no caso da população portuguesa superior a 15).

3.3 Sistema de Codificação da Colaboração terapêutica

O Sistema de Codificação da Colaboração terapêutica (SCCT; E. Ribeiro, A. Ribeiro, Gonçalves, Stiles & Horvath, 2013) tem como base o modelo de colaboração terapêutica de Ribeiro (2009) e consiste num sistema de observação e codificação da interação terapêutica com base na transcrição da sessão. Esta codificação considera um contexto imediato, ou seja, a interação anterior; e um contexto global, ou seja, a sessão ou o próprio processo. A unidade de análise consiste no par de falas adjacentes, ou seja, a intervenção do terapeuta e a resposta do cliente. Por fim, a codificação é efetuada independentemente por dois juizes treinados no sistema e que tenham obtido um grau de acordo entre si mínimo de 80%.

O sistema permite identificar três diferentes categorias para as intervenções do terapeuta e cinco categorias para as respostas do cliente. A tabela 3 descreve as categorias referentes as intervenções do terapeuta: Suporte no problema, Suporte na Inovação ou Desafio.

Tabela 3.

Categorias de Intervenção terapêutica com referência à Zona de desenvolvimento Proximal terapêutica do cliente

Intervenção terapêutica/Zona de Desenvolvimento Actual	Sub-categorias	Intervenção terapêutica/Zona de desenvolvimento Potencial	Sub-categorias
Suporte no problema	Reflexão	Desafio	Interpretação
Suporte na Inovação	Sumarização		Confrontação
	Demonstração de interesse/atenção		Convite para mudar de nível de análise
	Questionamento aberto		Convite pra explorar cenários hipotéticos
			Emfatizando a novidade/dar visibilidade
	Especificar informação		Procura marcadores de mudança
	Encorajamento minimo		Convite para adotar uma nova perspectiva
	Guidance		Convite para adotar uma nova ação
			Debate de crenças
			Guidance

Nota: adaptado com autorização dos autores a partir de Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath & Stiles (2013).

A tabela 4 descreve as categorias referentes as diferentes respostas do cliente com referência a posição do mesmo na Zona de desenvolvimento proximal terapêutica. São elas: segurança, risco tolerável, ambivalência, desinteresse ou risco intolerável.

Tabela 4. *Categorias de respostas do cliente com referência à ZDPT*

Dentro da Zona de desenvolvimento proximal		Sub-categorias	No limite da Zona	Fora do limite da Zona	Sub-categorias
Validação por segurança	por	Confirmação	Ambivalência	Invalidação por Risco intolerável	Expressa confusão
		Fornecer Informação			Centra-se na sua perspectiva habitual
Validação por Risco Tolerável		Elaboração			Defende sua própria perspectiva ou discorda do terapeuta
		Reformula sua perspectiva			Autocriticismo ou desesperança
		Pede clarificação			
				Invalidação por Desinteresse	Mudança de tópico ou desconexão de tema
					Falta de envolvimento na resposta
					<i>Storytelling</i> /Foco na reação dos outros
					Resposta sarcástica

Nota: adaptado com autorização dos autores a partir de Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath & Stiles (2013)

A tabela 5 demonstra as possibilidades de combinação das diferentes intervenções com os diferentes tipos de respostas, permitindo-nos identificar quinze diferentes episódios interativos, podendo estes serem colaborativos, não-colaborativos ou ambivalentes com referência à Zona de desenvolvimento Proximal terapêutica do cliente. O SCCT apresenta bons valores de fidelidade para as intervenções do terapeuta .92 e para as respostas do paciente de .93 (Ribeiro et. al, 2013).

Tabela 5.

Episódios colaborativos identificados através da combinação das intervenções terapêuticas e respostas do cliente

		Respostas do Cliente				
		Validação		Ambivalência	Invalidação	
		Segurança (1)	Risco tolerável (2)	Ambivalência (3)	Desinteresse (4)	Risco Intolerável (5)
		Dentro da Zona	Dentro da Zona	No limite da Zona	Fora do limite da Zona	Fora do limite da Zona
Intervenções terapêuticas	Suporte no problema	Episódio interativo	Episódio interativo	Episódio interativo	Episódio interativo	Episódio interativo
		SP-S	SP-RT	SP-A	SP-D	SP-RI
	Suporte na Inovação	Episódio interativo	Episódio interativo	Episódio interativo	Episódio interativo	Episódio interativo
		SI-S	SI-RT	SI-A	SI-D	SI-RI
	Desafio	Episódio interativo	Episódio interativo	Episódio interativo	Episódio interativo	Episódio interativo
		D-S	D-RT	D-A	D-D	D-RI

A tabela 6 sintetiza de uma forma breve o que representam as intervenções de Suporte e Desafio utilizadas nos estudos, assim como as respostas dos clientes também analisadas nos estudos desta tese. Como foi explicado, foram considerados os episódios que ocorreram em todas as sessões terapêuticas analisadas, o que promoveu a exclusão das intervenções de Suporte na inovação e os episódios interactivos originados a partir do mesmo.

Tabela 6.

Grelha explicativa sobre as categorias de intervenções terapêuticas e respostas analisadas nos estudos

Intervenção terapêutica	Respostas do cliente	
Suporte no Problema	Segurança	Risco Tolerável
Caracteriza-se por intervenções de apoio e suporte ao cliente, na tentativa de compreender a perspectiva e a problemática do cliente ou confirmá-la. Nestas intervenções o terapeuta alinha com o discurso do cliente e mostra-se empático à sua problemática	Resposta de validação por parte do cliente à intervenção do terapeuta. Neste tipo de resposta o cliente responde dentro da sua ZDPT e colabora com o terapeuta, dando a informação solicitada ou confirmando ou aceitando a perspectiva oferecida pelo terapeuta	Resposta de validação do cliente. Conceptualmente, esta resposta ocorre no nível potencial e representa momentos de avanço e insight por parte do cliente à intervenção do terapeuta, a medida que a valida e integra algo novo à sua experiência actual
Desafio	Risco Intolerável	Ambivalência
Caracteriza-se por intervenções focadas na mudança ou no processo de crescimento do cliente. Nestas intervenções o terapeuta apresenta perspectivas alternativas ao cliente e ajuda-o a refletir e avançar na sua problemática. Ainda, o terapeuta pode focar-se em intervenções que ressaltem as pequenas mudanças apresentadas pelo cliente ao longo do processo	Resposta de invalidação por parte do cliente ao terapeuta. Neste tipo de resposta o cliente responde fora do limite da sua ZDPT e não-colabora com o terapeuta, não aceitando a perspectiva do terapeuta, discordando ou até mesmo mantendo-se em silêncio	Resposta que ocorre no limite da Zona do cliente, representando um momento de dúvida, impasse ou resistência por parte do cliente à intervenção do terapeuta. A resposta de ambivalência não atinge a completa validação, nem a completa invalidação, demonstrando o estado de ambivalência do cliente frente à proposta do terapeuta

4.0 Procedimento

A recolha dos dados (audio-vídeo; transcrições das sessões de cada caso) dos estudos que integram esta tese decorreu no Serviço de Psicologia da Universidade do Minho, durante os anos de 2013 e 2015 no contexto do projecto ColPsi (178/12), já citado. Todos os terapeutas que participaram receberam supervisão clínica semanal em Terapia Cognitiva Comportamental investigadora responsável do projecto, e especialista em Psicoterapia com mais de 20 anos de experiência.

Os participantes, clientes e terapeutas foram convidados a participar no estudo, sendo informados de todos os procedimentos. Após a sessão de informação sobre o projeto, os clientes interessados, em participar no projecto, tiveram uma primeira sessão de triagem, na qual foi administrada a entrevista diagnóstica SCID- I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV I*; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002). Os clientes que cumpriam os critérios de inclusão estabelecidos pelo projecto foram convidados a participar, e foram excluídos aqueles que apresentavam comorbilidade com outra perturbação do Eixo I, ideação suicida, sintomas psicóticos ou abuso de substâncias.

Os clientes seleccionados para o projecto e que aceitaram participar não receberam nenhum incentivo monetário para além de serem isentos dos custos monetários das sessões. Os clientes não seleccionados para o projecto, foram encaminhados para o serviço de Psicologia de Universidade do Minho, para acompanhamento psicológico.

As sessões foram gravadas com recurso ao sistema de vídeo e audio disponível pelo Serviço de Psicologia, onde ocorreram os atendimentos e foram devidamente guardadas na Unidade de Investigação em Psicoterapia e psicopatologia, com acesso reservado aos investigadores do Grupo de Investigação em Relação Terapêutica. As gravações das sessões transcritas e posteriormente codificadas. Por motivos relacionados com danificação da gravação, algumas sessões não puderam ser transcritas e, por isso, também não foram codificadas com o SCCT.

As sessões codificadas corresponderam a diferentes fases do processo terapêutico. Foram seleccionadas as sessões 2, 3 e 4 representado a fase inicial da terapia; sessões 7, 8 e 9 representado a fase intermédia da terapia e sessões 13, 14 e 15 representando a fase final. Escolhemos esta estratégia metodológica para obter uma variabilidade representativa da colaboração terapêutica de cada fase da terapia, pois não foi almejado nesta tese, analisar casos integralmente. Sempre que as sessões previamente seleccionaads não estavam em boas condições de gravação / transcrição, optámos por codificar a sessão imediatamente anterior ou posterior.

5.0 Análises e tratamento dos Dados

Os oito casos clínicos, foram inicialmente analisados numa perspectiva metodológica qualitativa, usando o SCCT. Numa segunda fase, avançamos para uma perspectiva metodológica quantitativa, por recurso a estratégias de análise estatística.

5.1 Análises Qualitativas

A primeira fase de análise e tratamento dos dados, os casos clínicos foram analisados com recurso ao Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (Ribeiro et. al, 2013). O SCCT permitiu-nos codificar a colaboração terapêutica entre terapeuta e cliente, identificando e classificando as interações em colaborativas, não colaborativas ou ambivalentes, a partir da perspectiva do observador.

No total foram codificadas 72 sessões terapêuticas e codificadas entre 9.000 interações. Após a codificação foram calculados índices de interações colaborativas, não-colaborativas e ambivalentes, com base no cálculo das proporções e percentagens válidas de cada sessão para cada intervenção terapêutica, resposta do cliente e episódios colaborativos.

5.2 Análises Quantitativas

Foram realizadas análises de medidas descritivas para cada sessão terapêutica de cada caso clínico. Optamos por calcular as percentagens válidas de cada elemento da colaboração terapêutica, identificado pelo SCCT, ou seja, intervenção do terapeuta, resposta do cliente e episódio interativo decorrente da combinação destes (explicado na Tabela 3). Para esse efeito, foi construída uma base de dados geral que incluía a codificação numérica das categorias qualitativas identificadas com o SCCT, assim como sua percentagem válida para cada sessão terapêutica. Construímos duas bases de dados finais para cada grupo clínico: sucesso e insucesso terapêutico, incluindo as respetivas medidas analisadas: Inventário da aliança terapêutica de cada sessão, episódios interativos e tempo de cada sessão analisada. Esta estratégia permitiu-nos analisar os dados descritivos de cada grupo clínico como variação da Aliança terapêutica e da colaboração terapêutica ao longo do tempo. O *software* utilizado nessa etapa foi o *IBM SPSS 23*. Após a análise descritiva dos dados, foi desenvolvida

uma terceira base de dados com os dados de todos os casos, de modo a poder realizar a análise longitudinal referente ao segundo estudo desta tese. Além disso, foi adicionado uma nova variável de análise na base de dados, chamada de 'resultado terapêutico' do tipo binária e qualitativa.

Utilizamos o modelo de análise de dados longitudinais Modelos Lineares Hierárquicos para o desenvolvimento do segundo estudo empírico desta tese. O modelo foi escolhido porque nos permite estimar os efeitos fixos das variáveis explicativas (episódios colaborativos, tempo da sessão, resultado terapêutico de cada caso) na variável resposta (avaliação da aliança terapêutica) tendo em consideração a influência dos efeitos aleatórios causados pelos participantes, terapeuta e cliente. É recorrente nos estudos de dados longitudinais em psicoterapia utilizar-se dados diádicos compostos por medidas dos clientes, contudo devemos considerar a influência do terapeuta na obtenção dessa medida. Para isso, os modelos de efeitos hierárquicos ou efeitos mistos como o *Modelo Linear Hierárquico* (Kenny & Hoyt, 2009) permitem-nos conhecer e medir o efeito aleatório dos participantes no efeito fixo das medidas das variáveis explicativas.

No segundo estudo, optamos por um modelo hierárquico mais simples com um efeito aleatório apenas (o do cliente) após os testes demonstrarem ser este modelo o mais adequado aos dados. Visto que nesta tese, a análise decorreu de oito díades terapêuticas apenas, o efeito aleatório acumulado pelos participantes seria reduzido.

A equação do modelo utilizado foi:

$$Y_{ij} = X_{ij}\beta + U_i + Z_{ij}$$

onde Y_{ij} é o valor da variável resposta; X_{ij} é o valor da variável explicativa multiplicada por β que se quer conhecer, pois representa o efeito fixo da variável explicativa; U_i representa o efeito aleatório dos participantes e Z_{ij} o erro estandardizado.

Outro recurso estatístico utilizado foi o cálculo de probabilidades que nos permite conhecer ou estimar de forma numérica a probabilidade de ocorrência de um evento de ordem desconhecida. Foi realizado um cálculo de probabilidade condicional adequado para quando se quer medir a probabilidade de ocorrência de um evento dada a condição de outro evento (Rolla, 2018).

Dado que tínhamos com o objectivo conhecer qual o episódio colaborativo mais provável de ocorrer anteriormente ao episódio específico de 'Desafio-Segurança' e perceber se essa ordem de eventos ocorre diferentemente para cada grupo de resultado terapêutico, sucesso ou insucesso.

Neste estudo, recorreremos ao uso dos modelos generalizados para dados longitudinais, especificamente o Modelo Linear Generalizado (MLG, McCullagh & Nelder, 1989) para estimar qual a probabilidade dos diferentes episódios interactivos/colaborativos, identificados pelo SCCT, predizer o resultado terapêutico final em sucesso ou insucesso terapêutico. O MLG foi escolhido porque nos permite trabalhar com variáveis de origem categórica ou binária como é o caso da variável 'resultado terapêutico'. O modelo representa uma extensão de um modelo Linear clássico de Regressão e permite-nos conhecer valores probabilísticos das variáveis explicativas na variável resposta, uma vez que permite realizar a transformação logística das variáveis em proporções, necessário no trabalho com variáveis qualitativas como a colaboração terapêutica, permitindo assim estimar um valor probabilístico de ocorrência da variável resposta quando a variável explicativa é 0 ou 1 (Freitas, 2013). O modelo foi utilizado tendo em conta os critérios de independência e variância constante dos erros. A equação do modelo mais simples foi:

$$Y_{ij} = \beta_0 + \beta_1 X_1$$

onde Y_i representa o vetor da variável dependente; β_0 é o intercepto dos parâmetros; β_1 é o valor preditor numérico quer se quer conhecer da variável explicativa e declive da reta; e X_1 é o valor da variável explicativa, especificamente a proporção de cada episódio colaborativo em cada sessão terapêutica. As sessões terapêuticas também foram utilizadas como variável explicativa, representada pelo 'tempo' de ocorrência de cada sessão, em 1, 2...15ª sessão terapêutica.

Tendo em conta a quantidade de episódios colaborativos e sessões terapêuticas, a equação mais ajustada aos dados seria:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 \dots + \beta_n X_n,$$

Nesse sentido, X_1 até X_n representam as diferentes variáveis explicativas do modelo separadamente e em interação com a variável 'tempo' de cada sessão terapêutica.

ESTUDO 2

ALIANÇA E COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA EM DESENVOLVIMENTO: COMO AS INTERAÇÕES PODEM EXPLICAR O DESENVOLVIMENTO DA ALIANÇA EM TERAPIA?

Aliança e Colaboração terapêutica em desenvolvimento: Como as trocas terapêuticas podem explicar o desenvolvimento da Aliança em terapia?

Este estudo foi desenvolvido para se conhecer mais especificamente a contribuição das interações colaborativas entre terapeuta e cliente no desenvolvimento da Aliança terapêutica ao longo do processo. Diante dos resultados encontrados no estudo anterior, de Revisão Sistemática, percebemos que ainda são escassos os estudos que se focam na compreensão da ligação entre a colaboração e o fenômeno da aliança em terapia, para a compreensão do processo terapêutico. Encontramos também nestes resultados, estudos desenvolvidos com metodologias essencialmente qualitativas que não nos permite afirmar uma relação de efeito entre as variáveis. Nesse sentido, este estudo empírico buscou compreender, exploratoriamente, como ocorre o desenvolvimento da colaboração e da aliança ao longo do tempo e ainda, analisar uma possível relação de efeito existente entre a colaboração terapêutica na avaliação da aliança em casos de resultado terapêutico contrastantes.

Especificamente, buscamos responder as questões:

1) Descrever como a aliança terapêutica varia ao longo do tempo em cada grupo clínico de resultado contrastante.

2) Descrever como varia a colaboração terapêutica em cada grupo clínico de resultado contrastante, considerando cada fase da terapia: início, meio e fim.

3) Perceber como a colaboração terapêutica, especificamente os episódios colaborativos e não - colaborativos, afetam a variação da aliança terapêutica avaliada pelo cliente, ao longo do processo terapêutico entre os diferentes grupos contrastantes

1.0 Resultados

1.1 Variação da Aliança Terapêutica ao longo do tempo entre os grupos

A aliança terapêutica foi avaliada ao fim de cada sessão terapêutica através da versão do cliente do instrumento. Foram calculadas médias dos scores globais de aliança terapêutica, para cada sessão terapêutica, em cada grupo clínico de resultado contrastante.

A figura 5 apresenta um gráfico da evolução da aliança, ao longo do processo, em cada um dos grupos.

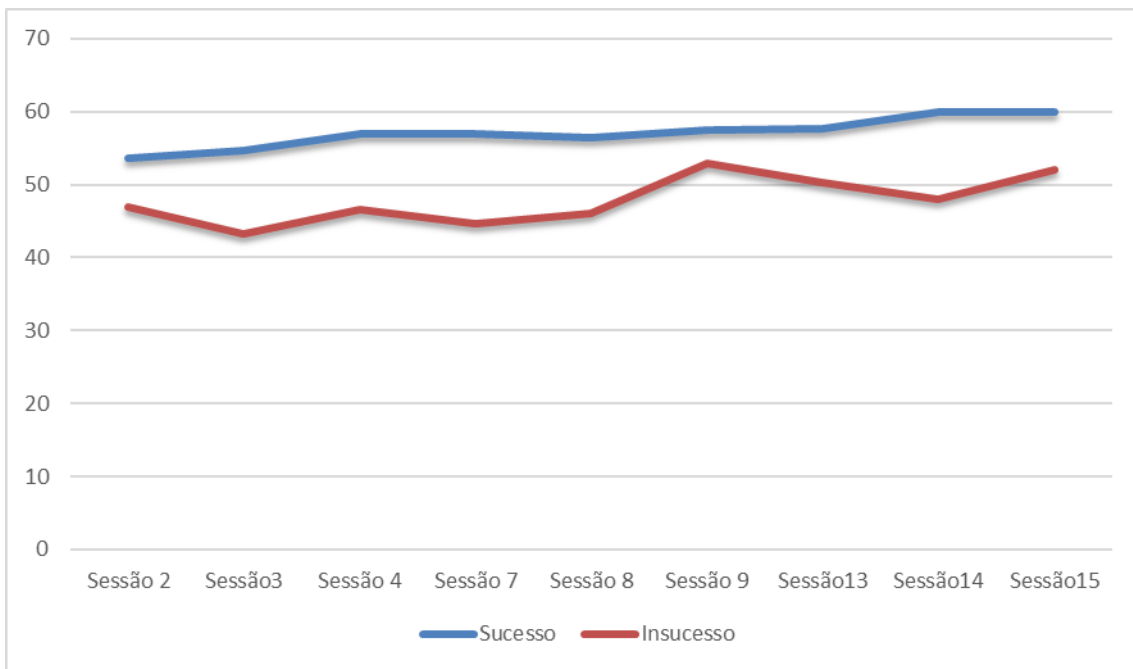


Figura 5. Variação da aliança terapêutica para o grupo de sucesso e insucesso terapêutico ao longo do tempo

Os resultados da análise da variação da aliança terapêutica mostram que esta segue trajetórias diferentes nos grupos contrastantes. Os valores de aliança mantêm-se altos para o grupo de sucesso, apresentando um crescimento linear ao longo do tempo. Este grupo na fase inicial da terapia apresenta valores altos que mantêm-se estáveis, atingindo a pontuação máxima de 60 valores na fase

final da terapia. Os valores mínimo e máximo da aliança variam entre 46 e 60 para o grupo de sucesso. A média geral da aliança para este grupo foi 57,4 valores.

O grupo de insucesso terapêutico apresenta uma trajetória de variação da aliança em relação ao grupo de sucesso. O grupo de insucesso inicia o processo com valores mais baixos em relação ao grupo de sucesso, e ainda na fase inicial da terapia, observamos uma queda na aliança com recuperação na sessão seguinte. Posteriormente, observamos outra queda na avaliação da aliança na fase intermédia, com recuperação acentuada entre a oitava e nona sessão. Contudo, na fase final do processo, o valor alto na nona sessão volta a cair ao longo da décima terceira e décima quarta sessão. Em seguida, apresenta crescimento na décima quinta sessão. Os valores mínimo e máximo de variação da aliança para o grupo de insucesso foram 36 e 58 valores respectivamente. A média da aliança para este grupo foi 47,8 valores. A tabela 7 apresenta os valores mínimo, máximo e médias para a avaliação da aliança em cada grupo terapêutico.

Tabela 7.

Resultados descritivos da aliança terapêutica para o grupo de sucesso e insucesso

Inventário da Aliança terapêutica	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Grupo de Sucesso terapêutico	46	60	57,41	4,23
Grupo de Insucesso terapêutico	36	58	47,88	6,92

Ainda, foi realizado o Teste T de médias comparadas para amostras independentes (Martins, 2011) entre os dois grupos clínicos e foi verificada uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Com isso, podemos afirmar que a diferença de médias da aliança entre os grupos clínicos contrastantes não se deve ao acaso (Martins, 2011).

A tabela 8 apresenta os resultados encontrados do Teste t realizado para os grupos contrastantes.

Tabela 8.

Resultado do Teste t para amostras independentes

	Teste de Lavéne		Teste T para Igualdade de Médias						
	F	Sig	t	df	Sig (2-tailed)	Diferença de médias	Erro padrão	95% Confiança	
								Lower	Upper
Inventário da Aliança terapêutica	13,7	,000	7,02	69	,000	9,53	1,35	6,82	12,23

1.2 Variação da Colaboração terapêutica entre os grupos

Neste estudo, a colaboração terapêutica foi representada pelos episódios interativos identificados através do Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (Ribeiro et. al, 2013). Especificamente, neste estudo foram utilizados os episódios ‘Suporte no problema- segurança’ (SP-S), ‘Desafio-Segurança’ (D-S) e ‘Desafio-Risco Intolerável’ (D-RI) pois estes episódios ocorreram em todas as sessões analisadas, de todos os casos clínicos analisados. Foram calculadas as frequências e as percentagens válidas de cada um destes episódios, em cada sessão. Neste estudo, utilizaremos a percentagem válida para cada episódio, em cada sessão terapêutica.

1.2.1 Variação do Episódio Colaborativo Suporte no Problema – Segurança

A figura 6 mostra as percentagens médias do episódio de SP - S, entre os grupos, para cada sessão terapêutica analisadas ao longo do processo.

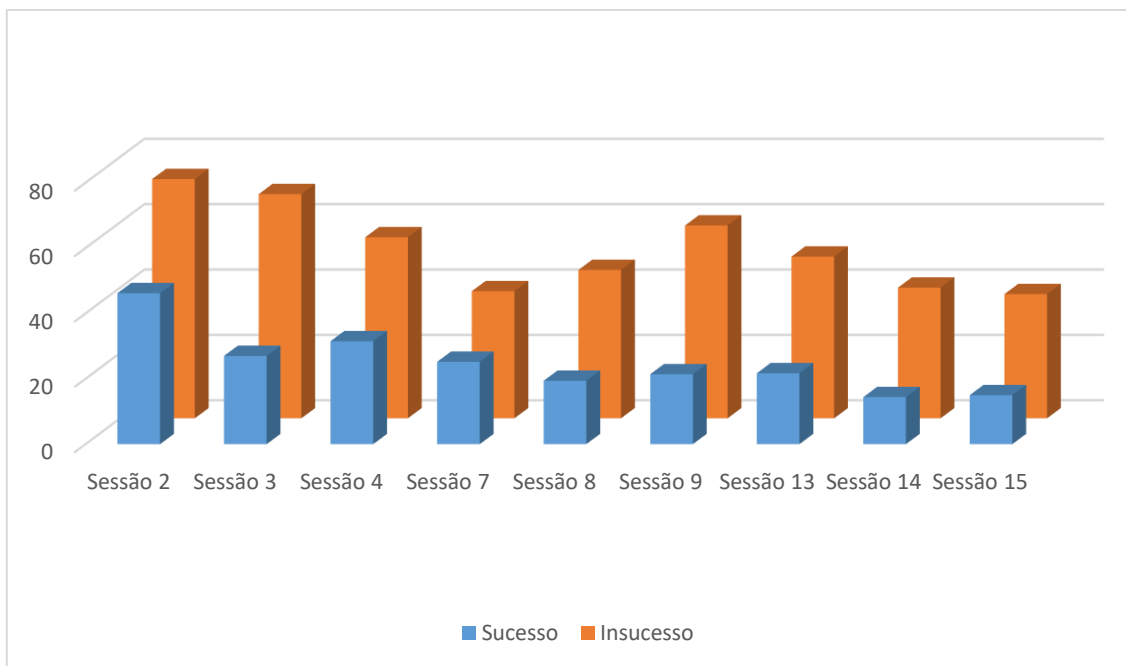


Figura 6. Variação do episódio de SP- S entre os grupos

O grupo de insucesso terapêutico apresenta ao longo do tempo valores mais elevados, quando comparado com o grupo de sucesso terapêutico.

O grupo de sucesso, por sua vez, apresenta valores mais altos na fase inicial e uma posterior diminuição nas fases intermédia e final. A percentagem média de SP-S para o grupo de Sucesso foi 24,86% e para o grupo de insucesso foi 51,1%.

1.2.2 Variação do Episódio Colaborativo Desafio - Segurança

A figura 7 mostra as percentagens médias do episódio D-S em cada sessão terapêutica ao longo do tempo da terapia, em ambos os grupos. O grupo de sucesso mostrou em todas as fases do processo terapêutico valores elevados. O grupo de insucesso apresentou valores menos acentuados em relação ao grupo de sucesso, contudo na fase intermédia e fase final do processo observa-se um aumento na ocorrência deste episódio, neste grupo. A percentagem média no grupo de sucesso foi 47,45% e no grupo de insucesso foi 28,17%.

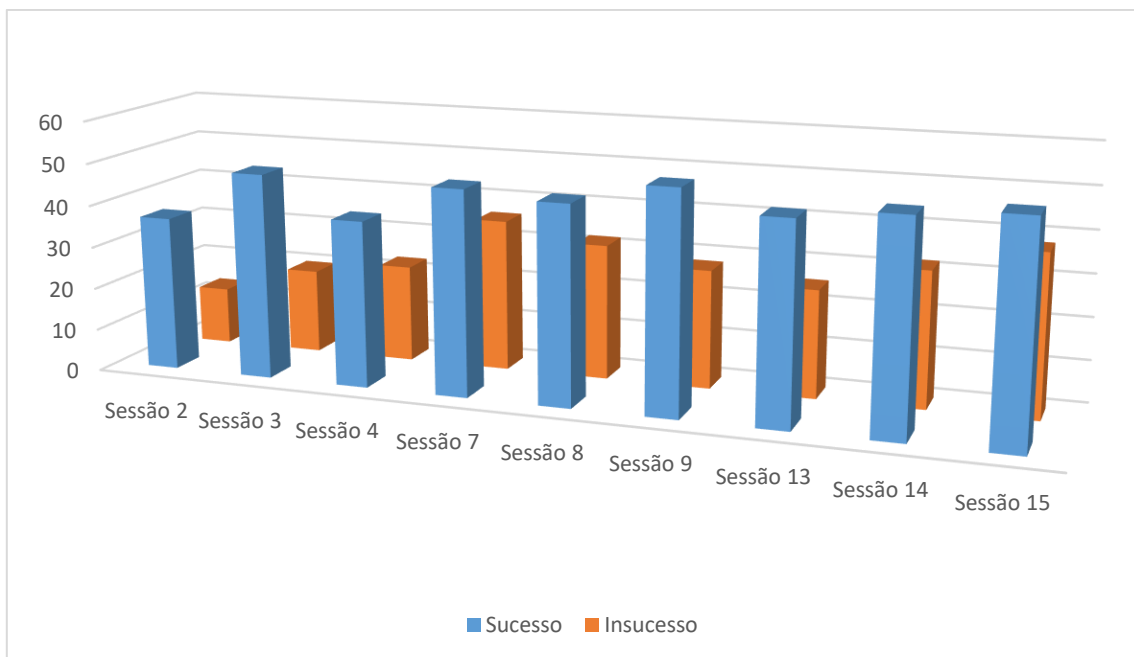


Figura 7. Variação do episódio de D-S entre os grupos

A tabela 9 mostra os resultados descritivos encontrados para cada episódio analisado entre os grupos de sucesso e insucesso terapêutico.

Tabela 9.

Resultados descritivos dos episódios colaborativos SP-S; D-S e D-RI para o grupo de sucesso e insucesso terapêutico.

Grupo Sucesso terapêutico	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Episódio SP_S	7,5	69,6	24,87	15,3
Episódio D_S	15,8	68,7	47,45	11,56
Episódio D_RI	1,2	21,7	9,0	5,8
Grupo de Insucesso terapêutico				
Episódio SP-S	7,5	96,3	51,1	24,58
Episódio D-S	1,9	55,3	28,17	15,28
Episódio D-RI	0,6	25,6	9,0	7,24

1.2.3 Variação do Episódio Desafio – Risco Intolerável

A figura 8 mostra a percentagem média do episódio D-RI em cada sessão terapêutica ao longo do tempo da terapia, para cada grupo contrastante.

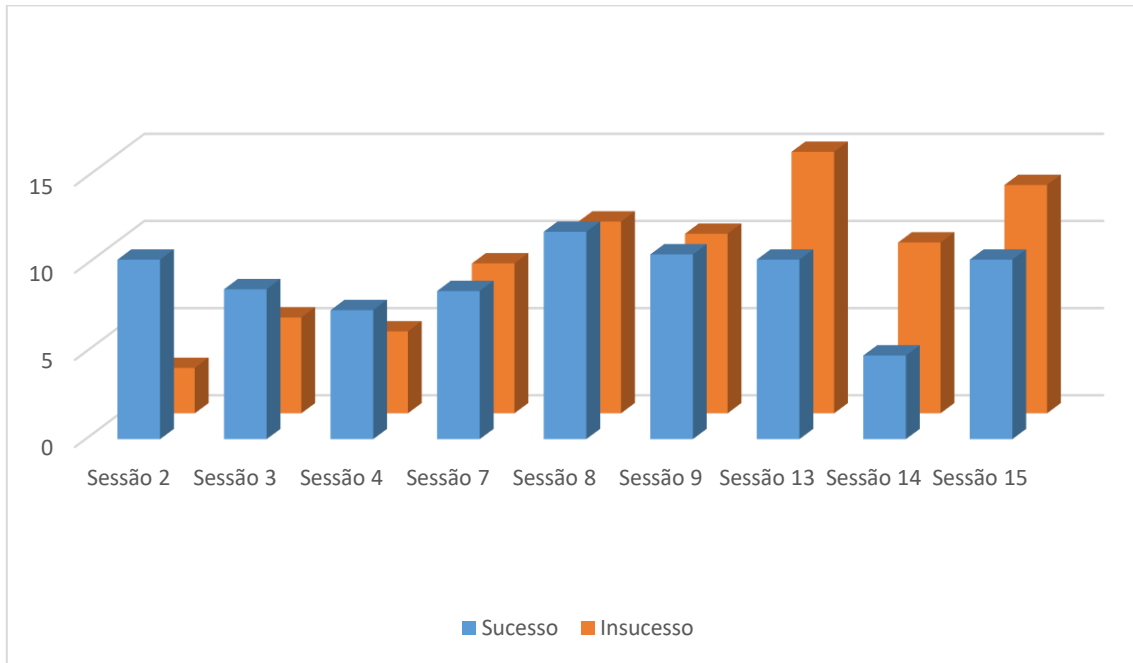


Figura 8. Variação do episódio de D-RI entre os grupos

Os grupos apresentaram valores médios similares, contudo observamos variações diferenciadas em cada fase terapêutica. O grupo de sucesso na fase inicial da terapia apresentou valores mais altos de ocorrência do que o grupo de insucesso. Na fase intermédia do processo, os grupos apresentaram valores similares de ocorrência e por fim, na fase final do processo o grupo de insucesso apresentou valores mais elevados em relação ao grupo de sucesso terapêutico. Assim, os resultados indicaram uma tendência deste tipo de episódio não colaborativo aumentar nos casos de insucesso ao longo do tempo, e uma tendência em 'U' invertido nos casos de sucesso. A percentagem média do episódio no tratamento foi 9,01% para o grupo de sucesso e 9,04% para o grupo de insucesso.

1.3 Efeito da Colaboração Terapêutica na Aliança terapêutica

Para responder à terceira questão de investigação deste estudo, recorreremos ao *Modelo linear Hierárquico* (Kenny & Hoyt, 2009) para analisar qual o efeito da relação dos diferentes episódios colaborativos díadicos na variação da aliança ao longo do tempo. O *MLH* é um modelo que tem vindo a ser utilizado em estudos na área da Psicoterapia, pois permite incluir um efeito fixo médio de todos os indivíduos, bem como o efeito aleatório específico de cada indivíduo, conseguindo separar variabilidade entre indivíduos e variabilidade dentro de um próprio indivíduo (Albright & Marinova, 2010). Nesse sentido, os modelos longitudinais hierárquicos ou multiníveis são importantes nos estudos díadicos ou grupais, pois permitem incluir os diferentes níveis existentes: nível 1 para as medidas recolhidas e nível 2 para os indivíduos e assim, progressivamente, de acordo com o número de níveis que o *design* do estudo inclua (Snijders, 1996).

Dado que neste estudo os dados analisados são resultantes da interação diádica, o modelo hierárquico mostra-se o mais completo e ajustado a este *design*. As análises foram realizadas em quatro passos diferentes. O primeiro passo foi testar o modelo mais simples considerando um efeito aleatório e especificidade a nível do cliente (os diferentes clientes foram considerados como a variável ID referente a identificação de cada caso clínico).

Para o primeiro modelo (modelo 1) testado foi considerado como variável dependente a Aliança terapêutica e solicitado os efeitos principais de cada variável explicativa (SP-S, D-S, D-RI, tempo da sessão e resultado terapêutico). Além disso, foi solicitado o efeito da interação entre as variáveis explicativas (SP-S*resultado; D-S*resultado; D-RI*resultado). O segundo passo das análises foi testar o modelo com dois efeitos aleatórios (a nível do cliente e terapeuta ao longo do tempo), que consideramos o modelo 2. O modelo 1, mais simples, mostrou-se mais ajustado aos dados com valores e critérios de inclusão mais ajustados que o modelo 2 com dois efeitos aleatórios. Seguindo a literatura (Heck, Thomas & Tabata, 2010) a escolha do modelo foi orientada a partir da observação de como se comportaram as funções de verossimilhança e parcimónia do modelo representada pelas funções *Loglikelihood* e *Akaike's Information Criterion* (AIC) respectivamente, visto que valores baixos dessas funções representam melhor os dados, mais simples é o modelo e permite-nos aceitar a hipótese nula.

Em ambos os modelos testados, foi solicitada uma matrix de rotação do tipo *Scale Identity* $[[S]]$ que melhor se adapta ao tipo de variáveis utilizadas e considerado o valor de significância estatística de $p \leq 0.05$ para as análises realizadas. A Tabela 10 apresenta os critérios de inclusão e ajustamento do Modelo 1. Este modelo revelou-se significativo e parcimonioso, respeitando os critérios de ajuste e verossimilhança.

Tabela 10.

Descrição dos critérios de inclusão do Modelo 1

Crítérios de Informação do Modelo	
-2 Restricted Log Likelihood	396,81
Akaike's information Criterion (AIC)	400,81
Hurvich and Tsail's Criterion (AICC)	401,024
Bozdogan's Criterion (CAIC)	407,002
Shwarz's Bayesian Criterion (BIC)	405,002

A tabela 11 apresenta os resultados dos efeitos fixos encontrados no modelo. Este modelo mostra que os episódios de SP-S e D-RI produzem um efeito principal negativo na avaliação da aliança; e que o episódio de SP-S e D-S produzem um efeito positivo na avaliação da aliança para o grupo de sucesso, quando em interação com a variável 'resultado'. Não foram encontrados valores estatisticamente significativos para o grupo de insucesso.

Tabela 11.

Resultados dos efeitos fixos do Modelo 1

Parâmetro	Estimativa	Erro padrão	df	t	Sig
Intercept	65,2080	10,0846	59,402	6,466	,000
outcome [1]	21,6483	12,0132	59,973	-1,802	,077
tempo	,498135	,123787	56,786	4,024	,000
SP-S	-,22139	,103493	56,030	-2,139	,037
D-S	-,25403	,130849	54,848	-1,941	,057
D-RI	-,38799	,145525	54,175	-2,666	,010
resultado[1]*SP-S	,297352	,127140	55,889	2,339	,023
resultado[1]*D-S	,429315	,160662	55,183	2,672	,010
resultado[1]*D-RI	,332365	,196219	56,215	1,694	,096

O modelo 2 foi testado com dois efeitos aleatórios e foi rejeitado, pois os valores dos critérios de Informação eram superiores ao modelo 1 e não permitiam rejeitar a hipótese nula.

O terceiro passo foi testar um modelo simples de um efeito aleatório, contudo sem a participação da variável 'resultado *D-RI', o qual consideramos como o modelo 3. A decisão baseou-se nos resultados anteriormente encontrados no modelo 1 onde os valores de efeito fixo dessa variável se mostraram elevados. Os resultados encontrados no modelo 3 mostraram que o efeito negativo da variável D_RI na aliança terapêutica se manteve como no modelo 1. Ainda, o efeito positivo da interação 'resultado[1]*D_S' encontrado no modelo 1, manteve-se também no modelo 3.

A tabela 12 apresenta os resultados dos efeitos fixos encontrados no modelo 3 sem a variável 'resultado*D-RI'.

Tabela 12.

Resultados dos efeitos fixos do modelo 3

Parâmetro	Estimativa	Erro padrão	df	t	Sig
Intercepto	57,20643	9,0551	61,000	6,318	,000
resultado	-9,99235	10,020	60,541	-,997	,323
tempo	,441637	,12123	57,255	3,643	,001
SP-S	-,13916	,09314	58,781	-1,49	,141
D-S	-,16287	,12145	56,721	-1,341	,185
D-RI	-,19961	,09515	57,257	-2,09	,040
resultado*SP-S	,18243	,10986	56,763	1,66	,102
resultado[1]*D-S	,31554	,1488	56,036	2,12	,038

A tabela 13 apresenta os valores dos critérios de inclusão e ajuste do modelo 3. Este modelo mostrou-se menos parcimonioso e menos verossímil que o Modelo 1 e por isso foi rejeitado.

Tabela 13.

Crítérios de informação do Modelo 3

Crítérios de informação do Modelo	
-2 Restricted Log Likelihood	398,226
Akaike's Information Criterion (AIC)	402,226
Hurvich and Tsail's Criterion (AICC)	402,433
Bozdogan's Criterion (CAIC)	408,448
Schwarz's Bayesian Criterion (BIC)	406,448

Os resultados encontrados dos modelos testados, indicam que a escolha pelo modelo 1 é a mais adequada e ajustada aos objetivos do estudo em questão. Nesse sentido, optando pelo modelo 1, os resultados indicam ocorrer um efeito principal negativo dos episódios colaborativos SP-S e D-RI na variação da aliança terapêutica o que significa que a cada aumento de unidade desses respectivos episódios ocorre um decréscimo na avaliação da aliança de 0,2214 valores e de 0,387 valores,

respectivamente em todos os casos analisados. No grupo de sucesso terapêutico observamos um efeito positivo dos episódios 'SP-S' e 'D-S' ('resultado [1]*SP-S'; 'resultado[1]*D-S') na avaliação da aliança, o que significa que para cada aumento de unidade desses episódios ocorre um aumento na avaliação da aliança pelos clientes em 0,300 valores e 0,430 valores, respectivamente.

3.0 Discussão

3.1 Comparação da Aliança terapêutica entre grupos de resultados contrastantes, sucesso e insucesso

Neste estudo, tínhamos como objectivo descrever o padrão de evolução da aliança terapêutica a partir da perspectiva do cliente em dois grupos de resultado terapêutico contrastantes em Terapia Cognitivo Comportamental. Os resultados dos estudos mostram que a avaliação média da aliança terapêutica na avaliação do cliente para o grupo de sucesso mostrou ser superior em relação ao grupo de insucesso. O Teste t de diferenças de médias para amostras independentes entre os grupos (Martins, 2011) mostrou ser estatisticamente significativo.

O grupo de sucesso terapêutico apresentou valores elevados maior parte do processo terapêutico, havendo sessões onde foi atingido o valor máximo de pontuação. Além disso, a sua variação manteve-se relativamente estável sem quedas acentuadas ou momentos de estagnação. Apresentado um padrão similar ao que na literatura é conhecido padrão de crescimento linear (Kalogerakos, 2009). Ou seja, no grupo de sucesso a aliança apresentou um desenvolvimento contínuo e estável, o que sugere uma percepção positiva do cliente da relação de trabalho com seu terapeuta. Nesse grupo terapêutico, a estabilidade dos valores da aliança, elevados nas três fases do processo terapêutico, revelam uma percepção positiva da ligação com o terapeuta no trabalho em torno dos objectivos terapêuticos, agenda, condução de tarefas e vínculo.

Tendo em conta que o desenvolvimento estável da aliança e seus elementos terapêuticos (acordo e consenso nos objetivos, execução das tarefas terapêuticas e qualidade do vínculo

terapêutico) ao longo do tempo, nesse grupo clínico revelou-se uma relação de sintonia e reciprocidade entre os participantes na condução do trabalho terapêutico.

O grupo de insucesso apresentou valores mais baixos em relação ao grupo de sucesso em todo o processo terapêutico. Como os resultados revelaram, este grupo terapêutico apresentou, ao longo do tempo, maior variabilidade na avaliação da aliança em relação ao grupo de sucesso, revelando uma avaliação mais baixa e negativa dos clientes em relação a interação com o terapeuta e a consequente qualidade do trabalho terapêutico.

O padrão de desenvolvimento da aliança no grupo de insucesso, mostrou uma variabilidade inter-sessões, ou seja, um padrão ou trajetória de rutura da aliança, em coerência com o chamado padrão 'V' (1ª e 3ª fases) e em 'U' (fase intermédia). Estes padrões são compatíveis com os resultados de estudos focados na variação da aliança e na associação entre os padrões de desenvolvimento com o resultado terapêutico (Stiles, 2004, Kalogerakos, 2009).

Rodrigues (2016) analisou a variação da aliança, a partir da perspectiva do cliente, de um caso único de insucesso terapêutico em Terapia Cognitivo- Comportamental e observou um padrão instável de avaliação da aliança. A autora indentificou ao longo de 16 sessões terapêuticas analisadas, três momentos de quedas bruscas dos valores da aliança gerando um padrão em 'V' invertido no início da terapia, na fase intermédia e final.

É expectado e natural a ocorrência de quedas na aliança (Gelso & Carter, 1994). A ocorrência dessas quedas parece ser mais compatível em casos de insucesso terapêutico do que em casos de sucesso, todavia nos casos de sucesso terapêutico, o fenómeno de queda e diminuição da aliança ocorre de forma diferenciada, pois é seguido de um crescimento, considerado um reparo da aliança entre o terapeuta e o cliente, que mantém-se até a fase final do processo terapêutico (Gelso & Carter, 1994).

Pereira (2015) analisou o desenvolvimento da aliança, a partir da perspectiva do cliente, ao longo de vinte sessões em dois casos contrastantes em Terapia Narrativa, um sucesso e insucesso terapêutico. Ao longo do tempo, a variação da aliança manteve-se estável no caso de sucesso, enquanto que no caso de insucesso houve uma maior variação ao longo do tempo. A autora observou que na fase final do processo, um padrão em "V" de desenvolvimento onde a avaliação da aliança

variou do valor máximo possível para um valor inferior em 16 valores, apresentando na fase final da terapia um fenómeno de ruptura da aliança, como é referenciado na literatura por diferentes autores (Chen et. al, 2016; Safran & Muran, 2000).

Em suma, os resultados são consistentes com o que a literatura vem discutido ao longo de décadas (Miller, Hubble, Chow & Seidel, 2013; Pearson & Bulsara, 2016; Watson, Schein & McMullen, 2010), que grupos com sucesso terapêutico apresentam melhores avaliações da aliança a partir da perspectiva do cliente, o que mostra que nos casos com recuperação sintomatológica e sucesso terapêutico, houve o estabelecimento de uma aliança terapêutica mais robusta. Isto sugere mais qualidade do trabalho entre terapeuta e cliente, indicando uma mutualidade e concordância na condução do trabalho terapêutico, quer seja em relação aos objetivos e tarefas terapêuticas, quer seja na qualidade do vínculo.

3.2 Comparação da Colaboração terapêutica entre grupos de resultados contrastantes

A segunda questão específica de investigação foi analisar a evolução e desenvolvimento das trocas colaborativas e não colaborativas entre os grupos contrastantes. Os resultados mostraram que o episódio de Suporte no problema-segurança (SP-S) ocorreu em maior percentagem no grupo de insucesso terapêutico.

Os resultados deste estudo mostraram que o episódio interativo de SP-S ocorreu em maior percentagem no grupo de insucesso terapêutico, comparativamente ao grupo de sucesso. Este tipo de episódio representa uma intervenção do terapeuta em que este/a procura compreender a perspectiva do/a cliente sobre a problemática que o/a levou a fazer um pedido de ajuda em terapia. Esta intervenção é seguida de uma resposta de validação, confirmando ou dando informação sobre a proposta do/a terapeuta, e que assim se traduz uma experiência de segurança, ou seja, conforto por parte do/a cliente. Tomando como referência à Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDPT) do cliente, os episódios interativos de SP-S significam que a interação terapêutica ocorre dentro da ZDP, próxima do nível de desenvolvimento actual do cliente, ou seja, consistente aquele em que o cliente chega à terapia. Sendo assim, a elevada percentagem deste tipo de episódios ao longo do

processo terapêutico dos casos de insucesso, sugere que os terapeutas destes casos se focaram a maior parte do tempo nos aspectos problemáticos e na perspectiva dos clientes sobre os seus próprios problemas, não investindo tanto em promover ativamente avanços em direção à zona de desenvolvimento potencial dos clientes nestes casos. Este resultado é consistente com estudos prévios, comparativos da colaboração terapêutica em casos de sucesso e casos de insucesso, seguidos em diferentes abordagens terapêuticas (Ferreira, Ribeiro, Pinto, Pereira & Pinhi 2015; Ribeiro et. al., 2016). Ferreira e coautores (2015) realizaram um estudo de caso comparativo, analisando a colaboração terapêutica em dois casos clínicos seguidos em terapia narrativa, e observaram que no caso de insucesso o episódio interativo SP-S foi o mais frequente, quando comparado com os outros tipos de episódios, representando a interação da díade na maior parte do tempo ao longo do processo terapêutico. No mesmo sentido, Ribeiro e coautores (2016) compararam o desenvolvimento da colaboração terapêutica em dois casos de resultado terapêutico contrastante, sucesso e insucesso, seguidos em Terapia Focada nas Emoções, e observaram que os episódios de SP-S foram mais frequentes e estáveis, ao longo do tempo, do que os outros tipos de episódios, em ambos os casos, mas apresentando valores mais elevados no caso de insucesso terapêutico.

De acordo com Leiman & Stiles (2001), assim como no desenvolvimento da criança, os adultos e os pares precisam de trabalhar activamente para que esta desenvolva mais habilidades e avance no seu *continuum* desenvolvimental, no contexto terapêutico o terapeuta precisa de atuar de modo a suportar e promover a mudança do cliente. Assim, o terapeuta deverá ajudar ativamente o cliente a avançar na sua zona de desenvolvimento proximal terapêutica, desde o seu nível de desenvolvimento atual para o seu nível potencial, cognitiva e emocionalmente mais ajustado. Nesse sentido, as intervenções de apoio e compreensão são importantes porque demonstram confirmação e reconhecimento por parte do terapeuta em relação à problemática do cliente.

Na literatura sobre psicoterapia é ressaltada a importância das intervenções terapêuticas de natureza empática, alinhadas com a perspectiva do cliente bem como das intervenções em o terapeuta apoia e demonstra ouvir genuinamente o cliente (Elliot, 2008; Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka, Gamberg & Blake, 2009; Hill & Knox, 2009). A investigação focada na perspectiva dos clientes tem evidenciado que atitudes e intervenções terapêutica focadas na escuta e atenção empática são percebidas como sendo cruciais para o desenvolvimento da aliança e do trabalho colaborativo

entre terapeuta e cliente (Bachelor et. al, 2007). As intervenções de suporte da perspectiva do cliente contribuem para criar um clima de segurança e confiança, que pode ser, em si mesmo, facilitador de mudança ou da aceitação de intervenções do terapeuta, que sendo desafiantes, promovem mais ativamente os avanços dos clientes na sua ZDPT, ou seja as mudanças esperadas e negociadas pela díade terapêutica (Stiles, Caro-Gabalda & Ribeiro, 2016). No entanto, com base nos resultados do nosso estudo, consideramos que no grupo de insucesso terapêutico, a ênfase nas intervenções terapêuticas de suporte da perspectiva problemática do cliente, não parece ter sido suficiente para promover o avanço terapêutico ao longo da ZDPT dos clientes que se esperia para consolidar a micro-mudanças que possam ter emergido ao longo do processo.

Ainda como resultado da segunda questão específica de investigação, encontramos que o episódio interativo de D-S, ocorreu na maior parte das sessões com proporção elevada no grupo de sucesso terapêutico. Este tipo de episódio situa a interação da díade terapêutica próxima da zona de desenvolvimento potencial dos clientes. Com a intervenção de desafio, o terapeuta propõe ao cliente uma forma alternativa de compreensão da sua experiência, a qual é aceite, embora sem mais elaboração. Assim, o terapeuta foca-se em promover a mudança do cliente através do uso de estratégias terapêuticas específicas, como por exemplo a interpretação ou a confrontação, promovendo *insight* e incentivando ações alternativas e mais funcionais (Ribeiro et. al., 2013). Nesse sentido, no contexto da abordagem cognitivo-comportamental, o episódio de D-S é uma intervenção que visa desenvolver e ampliar as competências cognitivas, emocionais e comportamentais do cliente, associadas à mudança terapêutica, ao promovendo avanços de um nível actual do cliente para o seu nível desejado e potencial.

Estes resultados são consistentes com outro tipo de estudos, de natureza qualitativa, que relacionaram a colaboração terapêutica com a mudança em psicoterapia, usando o SCCT como metodologia de análise da colaboração terapêutica. Cunha (2016), num estudo em que caracterizaram a colaboração terapêutica ao longo de acontecimentos úteis da sessão (Elliot, 2008), numa amostra de treze casos clínicos de Terapia Cognitivo Comportamental, verificaram que o episódio interativo de 'Desafio-Segurança' foi o mais frequente nos eventos significativos identificados pelos clientes, pelos terapeutas e pela díade. Dado que estes acontecimentos úteis são considerados como uma "janela para mudança" (Elliot & Shapiro, 1992), ou seja, podem fornecer indicações sobre

o que ocorre no processo terapêutico que é facilitador de mudança, a maior frequência de episódios de D-S ao longo destes acontecimentos, sugere que este tipo de interação terapêutica pode ser um micro-processo colaborativo de mudança. Na mesma linha de estudo, Correa & Ribeiro (2016) caracterizaram a colaboração terapêutica, usando o SCCT, ao longo de momentos significativos de mudança (MSM), identificados na perspectiva do cliente ou do terapeuta, num estudo de caso único de sucesso em terapia cognitivo-comportamental. As autoras verificaram que o episódio interativo de D-S iniciou a maioria desses MSM, quer quando identificados pelo cliente quer quando identificados pelo terapeuta. Nos MSM identificados pelo cliente, o episódio interativo D-S esteve presente nos momentos categorizados como tendo um impacto de *insight* e *empowerment ou solução de problemas*. Nos MSM identificados pelo terapeuta, na sua maioria, o episódio D-S iniciou o momento cujo impacto foi categorizado como *insight* e *solução de problemas*. Assim, o episódio D-S parece caracterizar a colaboração em momentos da terapia cujo impacto terapêutico, percebido pelos seus participantes, está relacionado com a mudança.

Os resultados deste estudo em coerência com os de outros estudos prévios, que usaram o SCCT, suportam a ideia de que as intervenções do terapeuta que são por um lado focadas na mudança do cliente, ou seja que facilitam o seu avanço na sua zona de desenvolvimento potencial, mas também são suficientemente empáticas para permitirem uma experiência de segurança, tendem a estar associadas a mudança ao longo do processo e à percepção de micro mudanças intra sessão. Assim, os resultados sobre a colaboração terapêutica e em particular os que envolvem o episódio colaborativo D-S, são congruentes com a relevância que tem sido atribuída às intervenções terapêuticas orientadas para apoiar o cliente e facilitar um clima de trabalho positivo para a mudança, assim como intervenções responsivas que facilitem a expressão da mudança propriamente dita, ao longo do processo terapêutico e para a consolidação da mudança terapêutica (Duarte, Fischersworing, Martínez & Tomicic, 2017; Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka, Gamberg & Balke, 2009)

Por fim, os resultados revelaram que o episódio interativo Desafio-Risco Intolerável (D-RI) ocorreu de forma semelhante nos processos clínicos do grupo de sucesso e do grupo de insucesso. Todavia, na fase final do processo terapêutico evidencia-se um aumento deste tipo de episódio, D-RI, no grupo de insucesso terapêutico, o que pode representar uma falha na condução do processo terapêutico, tendo em conta que no fim da terapia seria expectável uma consolidação da mudança,

onde o terapeuta tende a diminuir as intervenções que promovem comportamentos novos e a aumentar as intervenções que suportam e evidenciam a mudança alcançada pelo cliente (Riviera, 1992).

O episódio D-RI situa a interação da díade terapêutica próxima da zona de desenvolvimento potencial dos clientes. Os episódios de D-RI ocorrem quando a proposta do terapeuta e a capacidade de resposta do cliente se encontram em níveis de desenvolvimento diferentes. Ou seja, ao desafiar o terapeuta aproxima o trabalho terapêutico do nível potencial do cliente e procura desenvolver ou incrementar um funcionamento mais adaptativo, promovendo ou consolidando alguma micromudança apresentada pelo cliente. Contudo, a resposta do cliente de invalidação por Risco Intolerável indica que a proposta do terapeuta excedeu a ZDP do cliente e, por isso, este resiste a avançar no sentido proposto pelo terapeuta, experienciando ameaça, risco ou ansiedade. Declinar, resistir ou não aceitar a intervenção do terapeuta é um fenómeno expectável e que ocorre frequentemente em todos os processos terapêuticos, quer estes sejam de sucesso ou de insucesso terapêutico. No entanto, estes episódios de D-RI representam quebras na colaboração terapêutica e se ocorrerem sem que haja oportunidade de restabelecimento da colaboração poderão prejudicar as mudanças do cliente ou mesmo a permanência em terapia. Estudos de caso prévios, com recurso ao SCCT, mostraram que em casos de insucesso terapêutico, finalizados ou de desistência, este tipo de episódio interativo tende a aumentar ao longo do processo terapêutico ou imediatamente antes da desistência da terapia, respectivamente (Ferreira et. al., 2015; Pinto et. al, 2018; A.P. Ribeiro, et al, 2014).

Estas quebras na colaboração terapêutica, embora conceptualmente distintas do conceito de ruptura da aliança terapêutica (Safran & Muran, 2000; Safran, 2003; Safran, Muran, Samstag & Stevens, 2001) são um fenómeno similar em termos do impacto que podem ter na relação e no resultado do processo terapêutico. Da mesma forma que as rupturas da aliança poderão ter um efeito negativo na aliança e no processo se não resolvidas, mas positivo se resolvidas (Safran & Muran, 2000; Safran, Muran & Eubanks-Carter, 2011), também se espera que a ocorrência de quebras na colaboração dê lugar ao seu reestabelecimento de modo a recolocar o trabalho da díade dentro da ZDPT do cliente e assim favorecer a sua mudança (Ribeiro et al., 2013). O trabalho terapêutico em torno da reparação destas quebras na colaboração, por episódios de D-RI, necessita de uma sensibilidade e atenção particular por parte do terapeuta às respostas do cliente e ao que estas podem

significar em cada momento, adaptando os objetivos e agenda terapêutica responsivamente às necessidades e capacidades imediatas do cliente, recuando na sua postura de desafio, modificando o modo como a apresenta ao cliente ou alinhando com a perspectiva proposta pelo cliente (Caro-Gabalda & Stiles, 2017; Cardoso, Pinto & Ribeiro, submetido). As respostas de invalidação pelo cliente devem ser tomadas em consideração pelos terapeutas e trabalhadas de forma apropriada para restabelecer o trabalho colaborativo entre ambos e restaurar o clima de apoio, confiança e partilha entre terapeuta e cliente. Para Geller (2013) quando o terapeuta se mostra genuinamente atento e presente em terapia, este consegue estar sensivelmente mais disponível para perceber as necessidades do cliente e ajudar na condução da experiência emocional, principalmente se essa experiência é de risco, insegurança ou ansiedade, como ocorre nos episódios de 'D-RI'. Neste sentido, Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkhan & Stiles (2008) observaram em dois casos clínicos de sucesso terapêutico que a reparação da aliança, assim como o restabelecimento da colaboração terapêutica ocorriam apenas quando os terapeutas desistiam de suas intervenções focadas na agenda terapêutica e nos objetivos estabelecidos anteriormente, abrindo espaço e comunicação com seus clientes para trabalhar questões que haviam surgido recentemente e que pareciam ser mais urgentes para os clientes do que para os terapeutas. Stiles, Caro-Gabalda & Ribeiro (2016) salientam a importância de terapeuta e cliente estarem em sintonia com relação ao trabalho terapêutico, por referência à zona de desenvolvimento proximal do cliente, para a realização de um trabalho colaborativo e produtivo. Para os autores (2016) trabalhar em níveis diferentes de desenvolvimento daquele em que o cliente se situa e insistir em intervenções ou estratégias que os clientes momentaneamente não estão aptos a aceitar, é insistir em um "erro clínico" e revela a necessidade de mais responsividade e flexibilidade na condução do processo terapêutico por parte do terapeuta.

3.3 Efeito da Colaboração terapêutica na avaliação da Aliança terapêutica

A terceira questão de investigação que prosseguimos neste estudo focou-se na relação entre a colaboração, enquanto micro processo interativo, e a aliança terapêutica, enquanto macro variável avaliada no fim da sessão terapêutica e ao longo do processo. A nossa motivação foi contribuir para

o debate em torno da importância da aliança terapêutica para o desenvolvimento de um clima interpessoal positivo e favorável à eficácia do trabalho terapêutico (Wright & Davis, 1994) por um lado, e em torno de como o que se passa entre o terapeuta e o cliente intra sessão contribui para o desenvolvimento da aliança terapêutica (Horvath, 2006; Wampold, 2001; Wampold & Imeld, 2015).

O constructo de Aliança Terapêutica (Bordin, 1979) enfatiza o carácter colaborativo da relação terapêutica e a importância do envolvimento do cliente com os objectivos e tarefas terapêuticas, negociando e acordando com o terapeuta o planeamento da terapia a ser seguido. A colaboração entre cliente e terapeuta tem sido fortemente defendida e enfatizada como um fator estabilizador da aliança terapêutica, permitindo o desenvolvimento dos objetivos e tarefas terapêuticas, viabilizando de uma forma geral a condução e concretização do processo terapêutico como um todo (Bachelor et. al, 2007; Easterbrook & Meehan, 2017; Ribeiro et. al, 2013). A literatura científica nesta área enfatiza o carácter co-construído da aliança terapêutica e sua modulação ao longo do tempo através do desenvolvimento da colaboração terapêutica, ancorada e negociada na conversação da díade (Ribeiro, 2009; Sutherland & Strong, 2010). Compreender como a aliança terapêutica afecta ou beneficia os resultados terapêuticos tem mobilizado estudos focados na sua dimensão colaborativa, com objectivo de compreender em detalhe a interação e a conversação terapêutica (Muntigl & Horvath, 2013; Ribeiro, 2009; Ribeiro et. al, 2014, 2016; 2018) e como esta dimensão micro reflete na qualidade da aliança terapêutica. O presente estudo enquadra-se nesta linha de investigação e os nossos resultados acrescentam informação relevante para a discussão desta temática.

A observação detalhada do desenvolvimento da colaboração terapêutica, que efetuamos no presente estudo, permitiu-nos identificar três episódios interativos predominantes ao longo de todo o processo terapêutico dos casos analisados, dois colaborativos (SP-S e D-S) e um não-colaborativo (D-RI). Os resultados da análise da relação de predição destes episódios na avaliação da aliança terapêutica mostraram um efeito negativo dos episódios de SP-S e D-RI na avaliação da aliança, o que significa que quando estes episódios aumentam ao longo do processo terapêutico, a qualidade da aliança baixa. Como já referimos acima, o episódio interativo de SP-S indica uma intervenção terapêutica de apoio e compreensão da perspectiva do cliente que se revela confortável e ativadora de uma experiência de segurança no cliente. A literatura em psicoterapia tenha vindo a sublinhar, em geral, a importância de intervenções terapêuticas empáticas e acolhedoras da problemática do cliente,

percecionadas quer pelo cliente quer pelo terapeuta como sendo de apoio, suporte e interesse genuíno no cliente e na sua problemática, em especial na fase inicial de terapia, de forma a promover o desenvolvimento do vínculo terapêutico e a promover uma relação positiva e produtiva com o cliente (e.g., Bedi, Davis & Williams, 2005; Duarte, Fischerworrying, Martínez & Tominic, 2017; Leibovich, Zilcha-Mano & Nof, 2017; Rogers, 1961; Wright & Davis, 1994). No entanto, um estudo recente de Pires & Ribeiro, (2016) apresentou um resultado consistente com o que encontramos no presente estudo e que de alguma forma desafia a linearidade da implementação destas intervenções de suporte do cliente e sua problemática. Numa análise de 78 sessões terapêuticas da fase inicial de terapia cognitivo comportamental e terapia narrativa (da primeira sessão à quarta sessão de terapia), estes autores encontraram um efeito negativo do episódio colaborativo de SP-S na qualidade da aliança terapêutica, avaliada pelos clientes. Estes resultados corroboram a ideia de que uma interação terapêutica estabilizada essencialmente numa atitude de suporte, tolerância e simpatia, semelhante a uma interação de amizade, poderá ter um poder negativo na aliança, como revelaram os resultados de Pires (2016), mas também no desenvolvimento da mudança do cliente Muran (1993; citado por Wright & Davis, 1994). Tomando como referência o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica, estes resultados sugerem que é importante monitorar o equilíbrio entre as intervenções terapêuticas que respeitam o nível atual de desenvolvimento do cliente e as intervenções sugerem o avanço para o nível potencial de desenvolvimento do cliente, ou seja, equilibrar ao longo do processo terapêutico as intervenções de suporte e de desafio, de forma que o cliente se sinta compreendido e incentivado a avançar na resolução da sua problemática de forma segura e confortável (Pires, 2016; Ribeiro, et. al, 2013; 2016). Deste modo, o terapeuta poderá contribuir para que o cliente confie, reconheça a sua ajuda como útil e sintonizada com as suas necessidades e objectivos, favorecendo o desenvolvimento da aliança terapêutica de qualidade.

O presente estudo apresenta outros resultados que apoiam a necessidade deste equilíbrio das intervenções do terapeuta dentro da ZDPT para um efeito positivo na aliança terapêutica. Referimo-nos ao efeito positivo da interação dos episódios D-S e SP-S com o resultado da terapia. Note-se que no que se refere ao episódio SP-S, embora o efeito principal desta variável (SP-S) na aliança tenha sido negativo, quando em interação com o resultado o efeito passa a ser positivo, mas apenas no grupo de sucesso. Estes resultados mostram que no grupo de sucesso terapêutico, um aumento das interações terapêuticas do tipo D-S ou do tipo SP-S está associado a um aumento na qualidade

da aliança terapêutica, na perspectiva do cliente. Este resultado sugere que o cliente percebe maior acordo na relevância dos objectivos e tarefas, confia e sente-se mais ligado ao terapeuta, em sessões em que o terapeuta foi capaz de compreender a sua perspetiva, mas também desafiar a avançar para a sua zona de desenvolvimento potencial, de um modo empático e gerador de uma experiência de segurança. O efeito positivo deste tipo de episódios colaborativos na aliança apenas ocorreu no grupo de sucesso, revelando a importância de interações colaborativas próximas do nível de desenvolvimento potencial, mas também da necessidade de considerar prontidão e disponibilidade emocional e cognitiva do cliente para trabalhar ativamente com seu terapeuta na proposta apresentada pelo mesmo (Carter et. al, 2015; Pires, 2016). A este propósito, vários autores têm sublinhado a necessidade de o terapeuta ser responsivo às diferentes necessidades (compreensão da sua experiência ou mudança) e ao nível de prontidão que o cliente apresenta para avançar para novas experiências e ações, sabendo assim adotar a estratégia “push where it moves” (Leiman & Stiles, 2001, p. 315), incentivando e ajudando o cliente a avançar na sua Zona de Desenvolvimento com intervenções apropriadas para esse fim (e.g., Caro-Gabalda et al, 2016; Kramer & Stiles, 2015; Leiman & Stiles, 2001; Ribeiro et al, 2013, 2016).

Esta ideia da atenção do terapeuta ao quanto pode desafiar o cliente de modo a não exceder a sua ZDPT é suportada por outro dos resultados do nosso estudo. Referimo-nos ao efeito negativo do episódio interativo de Desafio-Risco Intolerável (D-RI) na avaliação da aliança. Quando o episódio D-RI aumenta no processo terapêutico, a avaliação da qualidade da aliança pelo cliente é mais baixa. Este resultado representa o efeito principal do episódio para a amostra em geral e não se diferenciou entre os grupos, ou seja, independentemente do resultado terapêutico, o aumento das intervenções de desafio que excedem a ZDPT do cliente (excesso sinalizado pela resposta de invalidação por risco intolerável) implica uma diminuição na qualidade da aliança. O desencontro entre o terapeuta e o cliente, contextualizado na sua conversação intra-sessão e traduzido nesta quebra da colaboração, é corroborado pela avaliação dos clientes sobre o acordo em relação aos objectivos ou tarefas, ou sobre a ligação afectiva desenvolvida entre ambos.

Em conjunto os resultados deste estudo que mostram o efeito dos episódios colaborativo e não colaborativos na qualidade da aliança terapêutica sugerem: 1) a necessidade de o terapeuta intervir atendendo à ZDPT do cliente de modo a não a exceder, 2) intervir dentro da ZDPT do cliente

mas equilibrando as intervenções de suporte e de desafio, indo além da atitude de compreensão da experiência do cliente; 3) procurar incentivar o cliente a avançar para níveis de desenvolvimento ou mudança superiores, mas mantendo uma atitude empática e facilitadora de uma experiência de segurança por parte do cliente.

Todavia, os resultados encontrados devem ser compreendidos como uma tentativa inicial de exploração e compreensão do processo de desenvolvimento da colaboração em uma amostra inicialmente reduzida, todavia nos permite refletir sobre as implicações das intervenções terapêuticas na prática, tendo atenção e parcimônia para não generalizar os resultados encontrados para a ampla população clínica. No mais, conseguimos refletir e desenvolver questionamentos acerca da implicação responsiva e técnica das intervenções terapêuticas em Terapia Cognitivo - Comportamental e a sua implicação para a consolidação e desenvolvimento de uma aliança sólida, que como foi debatido já nesta tese representa um importante fator comum e elemento relacional preditor de resultados e estabilizador do processo terapêutico.

ESTUDO 3

COMO A COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA PODE EXPLICAR A MUDANÇA EM TERAPIA?

UM ESTUDO EXPLORATÓRIO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Como a Colaboração Terapêutica pode explicar a mudança em terapia? Um estudo exploratório em Terapia Cognitivo – Comportamental

Os estudos anteriormente desenvolvidos nesta tese, seguiram inicialmente uma investigação em torno da compreensão do desenvolvimento da colaboração terapêutica e sua relação com a aliança terapêutica. Desenvolvemos uma Revisão Sistemática de literatura e em seguida o estudo 2 no qual investigamos o efeito dos episódios específicos de ‘suporte no problema – segurança’ (SP-S); desafio – segurança (D-S) e desafio – risco intolerável (D-RI) na aliança terapêutica.

Tendo em conta os resultados encontrados, a investigação aponta para a promoção de efeitos diferenciados destes episódios na aliança, tendo em conta o resultado terapêutico de sucesso e insucesso. Diante disso, buscamos neste terceiro estudo ampliar algumas interrogações e hipóteses concernentes ao entendimento relação da colaboração terapêutica com o resultado terapêutico.

Percebemos a importância terapêutica das intervenções direcionadas ao nível potencial do cliente no estudo 2, especificamente o episódio ‘Desafio-Segurança’ (D-S) a medida que melhora a avaliação da aliança terapêutica no grupo de sucesso terapêutico e além disso, encontramos o efeito negativo do episódio fora do limite da ZDP, Desafio-Risco Intolerável (D-RI), na aliança para todos os casos analisados e o efeito também negativo do episódio de Suporte no problema-Segurança (SP-S) para todos os casos analisados. Diante destes resultados, buscamos compreender como dinamicamente o terapeuta promove episódios do tipo de ‘D-S’ e se os episódios que ocorrem no nível potencial do cliente (‘D-RT’), assim como episódios que ocorrem no limite da ZDP (‘D-AM’), fora da ZDP (‘D-D/RI’) e no nível de desenvolvimento actual do cliente (‘SP-S’) são capazes de prever o resultado terapêutico em sucesso ou insucesso.

Especificamente, pretendemos responder as questões:

- 1) Qual a probabilidade de cada episódio colaborativo identificados pelo SCCT anteceder o episódio de ‘D_S’?
- 2) Qual a probabilidade de cada episódio colaborativo anteceder o episódio de ‘D-S’ no grupo de sucesso terapêutico e no grupo de insucesso terapêutico?

3) Que tipo de episódio terapêutico é mais provável de prever o resultado terapêutico de sucesso e insucesso?

Buscamos compreender que episódios são mais prováveis de iniciar as interações de D-S para cada grupo de resultado terapêutico contrastante e ainda, buscamos confirmar a hipótese de que interações que ocorrem dentro da ZDPT do cliente, especificamente interações que ocorrem no nível potencial de desenvolvimento como os episódios de D-S e D-RT são mais prováveis de prever o resultado de sucesso terapêutico e por fim, interações/episódios que ocorrem no limite, fora do limite da Zona e no nível de desenvolvimento actual são mais prováveis de aumentar a probabilidade de ocorrência do insucesso terapêutico, especificamente episódios de D-AM (no limite da ZDP) e episódios de D-D/RI (Fora do limite da ZDP, representado pelo episódio de 'Desafio-Desinteresse' que foi aglutinado ao episódio de 'Desafio-risco intolerável' devido a sua baixa ocorrência nas sessões terapêuticas. Contudo, criamos uma categoria D-D/RI referente ao episódio fora da ZDP) e SP-S (no nível actual de desenvolvimento do cliente).

1.0 Resultados

1.1 Episódios colaborativos mais prováveis de anteceder o episódio 'Desafio-segurança'

A análise de probabilidade revelou que antes do episódio D-S o episódio mais provável de anteceder esta interação é outro episódio do mesmo tipo com 68.14% de probabilidade, tendo como espaço probabilístico a amostra completa com os dois grupos contrastantes, ou seja, foi considerado para análise ambos os grupos conjuntamente.

O segundo episódio mais provável de anteceder um episódio de D-S, foi o episódio do tipo de SNP-S com 10% de probabilidade. Nesse sentido, tomando a amostra geral, podemos dizer que há mais sequências de 'D-S – D-S' do que outro tipo de sequência com outro episódio colaborativo.

A tabela 14 apresenta os valores de probabilidade de cada episódio interativo iniciar um episódio do tipo de D-S.

Tabela 14.

Probabilidade geral de ocorrência dos episódios colaborativos

Episódios Colaborativos	Probabilidade
SP-S	10%
SP-RT	0.35%
SP-AM	0.41%
SP-D-	0.03%
SP-RI	0.27%
SI-S	1.28%
SI-RT	0.38%
SI-AM	0.05%
SI-D	0%
SI-RI	0.08%
D-S	68.14%
D-RT	5.93%
D-AM	3.94%
D-D	0.08%
D-RI	9.09%

1.2 Episódios colaborativos mais prováveis de anteceder o episódio de Desafio-segurança no grupo de sucesso terapêutico

A análise de probabilidade revelou que para o grupo de sucesso, o episódio colaborativo mais provável de anteceder um episódio de D-S é outro episódio de D-S com 71.15% de probabilidade.

O segundo episódio mais provável encontrado foi o episódio de D-RI com 8.37% de probabilidade.

A tabela 15 apresenta os valores de probabilidade de cada episódio interativo iniciar um episódio de D-S no grupo de sucesso terapêutico.

Tabela 15.

Probabilidade geral de ocorrência previamente um episódio D-S no grupo de sucesso terapêutico

Episódios Interativos	Probabilidade
SP-S	7.8%
SP-RT	0.29%
SP-AM	0.33%
SP-D	0%
SP-RI	0.21%
SI-S	1.23%
SI-RT	0.49%
SI-AM	0.08%
SI-D	0%
SI-RI	0.04%
D-S	71.15%
D-RT	6.07%
D-AM	3.82%
D-D	0.12%
D-RI	8.37%

Assim, também como ocorre na amostra geral, as sequências mais prováveis de ocorrer são de episódios de ‘D-S – D-S’, todavia a segunda sequência mais provável de ocorrer ‘D-RI – D-S’, no grupo de sucesso difere da amostra geral em relação a sequência colaborativa estabelecida pela diáde.

1.3 Episódios colaborativos mais prováveis de anteceder o episódio de ‘Desafio-segurança’ no grupo de insucesso terapêutico

Os resultados mostram que o episódio mais provável de anteceder o episódio de ‘D-S’, no grupo de insucesso terapêutico, assim como na amostra geral e no grupo de sucesso foi outro episódio de ‘D-S’. Entretanto, diferente do grupo de sucesso terapêutico, a segunda sequência de episódios

mais provável de ocorrer foi a sequência ‘SP-S-D-S’, ou seja, uma sequência de interação no nível actual que progride para o nível potencial.

A tabela 16 apresenta os valores de probabilidade de cada episódio interativo iniciar um episódio de D-S no grupo de insucesso terapêutico.

Tabela 16.

Probabilidade de ocorrência dos episódios iniciar um episódio de D-S no grupo de insucesso

Episódios Interactivos	Probabilidade
SP-S	14.21%
SP-RT	0.48%
SP-AM	0.56%
SP-D	0.08%
SP-RI	0.40%
SI-S	1.37%
SI-RT	0.16%
SI-AM	0%
SI-D	0%
SI-RI	0.16%
D-S	62.23%
D-RT	5.65%
D-AM	4.2%
D-D	0%
D-RI	10.49%

1.4 Episódios Colaborativos mais prováveis de prever o resultado de sucesso ou insucesso

Para responder a terceira questão específica de investigação, foi realizado uma análise longitudinal com recurso ao Modelo Linear Generalizado, MLG (McCullagh & Nelder, 1989) que nos permite determinar o efeito de uma variável explicativa na variável resposta de interesse, tendo em conta a variação das medidas ao longo do tempo.

O MLG reproduz uma análise de regressão, mas mostra-se mais flexível no tratamento dos dados e nos critérios de elegibilidade do modelo, visto que permite-nos realizar análises com variáveis que não seguem uma distribuição Gaussiana ou normal (Rodrigues, 2014).

Tendo em consideração do tipo de modelo e a natureza categórica e não normal das variáveis, o MLG mostrou-se a ferramenta de análise mais adequada e utilizada na literatura em estudos com dados de natureza semelhante (Alves et. al, 2016; Ribeiro, Gonçalves, Silva, Brás e Souza, 2015).

Foi considerado como variável resposta o resultado terapêutico e tratada como variável binária composta por dois valores, '0' para sucesso e '1' para insucesso terapêutico, tendo isto em conta foi solicitado uma distribuição do tipo binária.

Os episódios colaborativos identificados pelo SCCT foram enquadrados como variáveis explicativas e utilizadas as proporções de ocorrência de cada episódio em cada sessão terapêutica para cada caso. Ainda, a ordem numérica de cada sessão terapêutica foi tratada como 'tempo' e também utilizada como variável explicativa e co-variável, ao invés de factor.

Especificamente, o modelo estimado foi: P (ocorrência de sucesso ou insucesso terapêutico – variáveis explicativas) = μ , onde as variáveis explicativas têm um efeito de função linear na probabilidade de ocorrência do sucesso ou insucesso terapêutico (variáveis respostas) através de uma função de ligação:

$$\mu = (\exp(\eta))/(1 + \exp(\eta)),$$

onde η é o logaritmo é a probabilidade existente entre a ocorrência e não-ocorrência do sucesso terapêutico e o insucesso terapêutico, especificamente temos:

$$\eta = (\log(\mu/(1-\mu))).$$

As variáveis explicativas foram consideradas a partir de:

$$\eta = \beta \times X,$$

o vector X representa todas as variáveis explicativas e β o vector dos parâmetros que deseja estimar com a análise.

Especificamente, temos:

$$\eta = \beta_0 + \beta_1 \times \text{tempo} + \beta_2 \times \text{'D-S'} + \beta_3 \times \text{'D-RT'}$$

no qual $\beta_1 \times \text{tempo}$ da sessão é o efeito preditor da sessão terapêutica; $\beta_2 \times \text{'D-S'}$ é o efeito preditor do episódio 'D-S'; e $\beta_3 \times \text{'D-RT'}$ é o efeito preditor do episódio 'D-RT'.

Ainda, para o modelo que testa a probabilidade de ocorrência do insucesso terapêutico, temos:

$$\eta = \beta_0 + \beta_1 \times \text{tempo} + \beta_2 \times \text{'SP-S'} + \beta_3 \times \text{'D-AM'} + \beta_4 \times \text{'D-D/RI'}$$

no qual $\beta_1 \times \text{tempo}$ é o efeito preditor da sessão terapêutica; $\beta_2 \times \text{'SP-S'}$ é o efeito preditor do episódio 'SP-S'; $\beta_3 \times \text{'D-AM'}$ é o efeito preditor do episódio 'D-AM'; e $\beta_4 \times \text{'D-D/RI'}$ é o efeito preditor do episódio 'D-D+RI'.

Foi solicitado nas análises apenas o valor de efeito principal das variáveis e estipulado um valor de $p \leq .05$ de significância estatística e considerado 95% de intervalo de confiança.

O modelo testado incluía os episódios colaborativos considerados na hipótese que se busca fundamentar referentes a terceira questão específica deste estudo. Foi testado o primeiro modelo considerando a variável resposta de 'sucesso terapêutico' e as variáveis explicativas de 'D-S' e 'D-RT'.

Em seguida, foi testado o modelo 2 considerando a variável resposta de 'insucesso' terapêutico e as variáveis explicativas de 'SP-S', 'D-AM' e 'D-D/RI'.

Os modelos 1 e 2 mostraram-se estatisticamente significativos e obedeceram aos critérios de ajuste e qualidade, mostrando-se balanceado, parcimonioso e ajustado, preservando a complexidade dos dados.

A tabela 17 mostra os valores de informação da qualidade e ajuste adequado do modelo aos dados analisados.

Tabela 17

Valores de referência do modelo 1

Crítérios de Informação do Modelo	
R²	35%
df	3
Sig	.000
Desviância	60,139
Qui-quadrado Pearson	65,1
Função Log-verossimilhança	-30,06
Crítérios de informação Akaike (AIC)	68,13
Crítérios de informação Bayesiano (BIC)	77,07

A tabela 18 mostra os valores encontrados de informação do modelo 2 referentes a qualidade e ajuste do modelo aos dados analisados.

Tabela 18

Informações de referência do Modelo 2

Crítérios de Informação do Modelo	
R²	32,7%
df	4
Sig	.000
Desviância	62,811
Qui-quadrado Pearson	60,84
Função Log-verossimilhança	-31,40
Crítérios de informação Akaike (AIC)	72,811
Crítérios de informação Bayesiano (BIC)	83,98

A tabela 19 mostra os valores preditores encontrados das variáveis explicativas testadas, 'D-S', 'D-RT' e 'sessão da terapia'.

Tabela 19

Resultados encontrados para o Modelo 1

Parâmetro	β	Erro Padrão	95% Intervalo de Confiança		Qui-Quadrado de Wald	Df	Sig
			Superior	Inferior			
Intercepto	-3,064	1,1342	-5,287	-,841	7,299	1	.007
D-S	9,195	2,7193	3,865	14,525	11,434	1	.001
D-RT	18,494	8,5418	1,752	35,235	4,688	1	.030
Sessão de terapia	-.157	,0804	-,315	,001	3,813	1	.051

Os resultados encontrados revelaram que o episódio D-S e o episódio D-RT apresentaram um efeito preditor positivo na ocorrência do sucesso terapêutico, aumentando a probabilidade de ocorrência do sucesso terapêutico em 9% e 18,5% respectivamente. Nesse sentido, comprovamos a hipótese, inicialmente elaborada neste estudo, de que intervenções que ocorrem ao nível de desenvolvimento potencial do cliente, podem aumentar a ocorrência do sucesso terapêutico e promover mudança clínica.

Por fim, o modelo 2, no qual analisamos o efeito dos episódios que ocorrem no limite da ZDP, episódios fora da ZDP e episódios no nível actual de desenvolvimento estariam relacionados com o 'insucesso' terapêutico, aumentando a probabilidade de ocorrência deste resultado.

A tabela 20 mostra os valores preditores encontrados das variáveis explicativas testadas, 'SP-S', 'D-AM', 'D-D/RI' e 'sessão de terapia'.

Tabela 20

Resultados encontrados para o Modelo 2

Parâmetro	β	Erro Padrão	95% Intervalo de Confiança		Qui-Quadrado de Wald	Df	Sig
			Superior	Inferior			
Intercepto	5,182	1,4785	2,284	8,080	12,284	1	.000
Sessão de terapia	-,163	,0807	-,322	-,005	4,102	1	.043
D-AM	8,695	16,119	-22,898	40,288	,291	1	.590
D-RI	-9,609	5,40	-20,192	,974	3,167	1	.075
SP-S	-8,6	2,091	-12,686	-4,50	16,87	1	.000

Os resultados das análises não confirmaram nossa hipótese de que os episódios no limite da ZDP e fora da ZDP do cliente aumentariam a possibilidade de ocorrência do 'insucesso' terapêutico. Os resultados para tal hipótese revelaram-se marginalmente significativos para o intervalo de confiança de 95% adotado para essa amostra. Todavia, pontuamos a duplicidade da interpretação desse resultado, visto que considerando um intervalo de confiança menor de 90%, o valor estatístico revelar-se-ia significativo. Ainda, verificamos que o episódio de 'Suporte no problema- segurança' diminui a probabilidade de ocorrência do insucesso terapêutico em 8,6%.

2.0 Discussão

2.1 Episódios mais prováveis de anteceder o episódio de Desafio-Segurança, na amostra geral, no grupo de sucesso terapêutico e no grupo de insucesso terapêutico

Neste estudo tínhamos como objectivo analisar em três condições amostrais, amostra geral, grupo de sucesso terapêutico e grupo de insucesso terapêutico o episódio mais provável de iniciar um episódio de D-S. Os resultados mostraram que o episódio mais provável é outro episódio do mesmo tipo, D-S. Tal resultado abre discussão para alguns pontos importantes acerca da condução do processo psicoterapêutico, no que tange as habilidades interacionais do terapeuta e sobre o processo

de desenvolvimento dos clientes em terapia, em relação ao *continuum desenvolvimental* e a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) dos mesmos.

Nas três diferentes situações amostrais testadas verificou-se este resultado, ou seja, sugere que em ambos os grupos contrastantes, o terapeuta continua na resposta de segurança do cliente e mantém o seu trabalho e agenda em torno do nível potencial. As respostas de validação dos clientes, revelando o nível colaborativo da interação em ambas as situações analisadas revelam que estes clientes estão seguros, confortáveis e à vontade com a proposta do terapeuta, aptos a avançar com a ajuda do terapeuta na ZDP.

Os resultados convidam-nos a pensar em termos da responsividade por parte do terapeuta na condução das interações e do trabalho terapêutico. Podemos observar pelos resultados que a primeira resposta de 'segurança' do cliente ao 'desafio' proposto pelo terapeuta, sinaliza um acordo e aceitação por parte do cliente à proposta e perspectiva apresentada, o cliente demonstra estar à vontade com a interação e o 'desafio' não lhe é ameaçador ou ansiogénico, nesse sentido o cliente está a aproximar-se do seu nível potencial. Os terapeutas estão sensíveis e responsivos à disponibilidade emocional e cognitiva dos clientes, e nesse sentido sentem-se confiantes em manter uma estratégia terapêutica de 'desafio' e trabalho em torno da mudança terapêutica (Ribeiro et. al, 2013).

As intervenções de 'desafio' representam momentos na terapia focados na promoção da mudança do cliente, facilitado através dos diferentes marcadores que podemos identificar. Quando a colaboração é mantida na conversação terapêutica, podemos dizer que o cliente alcança níveis mais desenvolvidos de compreensão da sua problemática e desenvolve habilidades mais funcionais para lidar com o que lhe aflige, seja a nível comportamental, emocional ou cognitivo.

Nesse sentido, as intervenções de 'desafio' estabelecem importante papel na facilitação da mudança em terapia. Möeseneder, Figlioli & Caspar (2017) revelam que o equilíbrio entre intervenções de suporte e desafio são fundamentais para o processo terapêutico e o uso adequado destas podem facilitar momentos de mudança no cliente. Além disso, o uso responsivo e adequado do 'desafio' em terapia favorece a relação terapêutica entre terapeuta e cliente, evitando que a intenção, por vezes exigente do terapeuta presente no 'desafio', não promova pequenas falhas na

comunicação e experiências negativas no cliente, como estar a ser atacado ou mal compreendido (Pinto, Souza, Pinheiro, Freitas & Ribeiro, 2018).

Todavia, os resultados revelaram que no grupo de sucesso terapêutico, o segundo episódio mais provável de iniciar um episódio de D-S, consiste em um episódio fora da ZDP do cliente, ou seja, um episódio invalidado de D-RI. Esse resultado específico sugere que o terapeuta retornasse o trabalho para o nível actual de desenvolvimento do cliente e acompanhasse empaticamente o cliente na sua experiência de insegurança e risco diante da proposta. Todavia o terapeuta mantém o trabalho em torno do nível potencial do cliente e insiste no 'desafio', mesmo quando o cliente invalida a intervenção proposta.

Os resultados revelaram que esta insistência do terapeuta foi capaz de proporcionar outro tipo de experiência ao cliente, passando de uma experiência de risco intolerável para uma resposta de segurança e aceitação da proposta terapêutica, isto sugere que o terapeuta foi capaz de perceber que era importante insistir no 'desafio' e que apesar da ansiedade e dificuldade do cliente, este estaria no nível de desenvolvimento próximo daquele que o 'desafio' sugere.

Os resultados sugerem que os terapeutas no grupo de sucesso são mais desafiadores e investem mais em intervenções focadas na mudança. Pinto (2017) encontraram que mesmo após momentos de quebra na colaboração em interações fora da ZDP do cliente em um estudo de caso de sucesso terapêutico, o terapeuta não necessariamente retornava o trabalho para o nível actual do cliente e sim, frequentemente o terapeuta reformulava sua intervenção de uma forma mais apropriada e menos ameaçadora para o cliente. Ou seja, o terapeuta mantinha o trabalho em torno da mudança no nível potencial e promovia o restabelecimento da colaboração terapêutica.

Ainda, encontramos que no grupo de insucesso terapêutico o segundo episódio mais provável de iniciar um episódio de 'D-S' foi o episódio de 'SP-S'. Esse resultado revelou que os terapeutas no grupo de insucesso utilizam de estratégias interventivas diferenciadas dos terapeutas no grupo de sucesso, que por sua vez investem mais na intervenção de desafio, mesmo quando ocorre uma resposta de invalidação (risco intolerável pelo cliente), todavia no grupo de insucesso os terapeutas demonstram maior conservadorismo e apreensão ao investir em intervenções em direção ao nível potencial, avançando e desafiando os clientes mais vezes apenas quando em um contexto

próximo de interações validadas e confirmadas com segurança pelos clientes, através do episódio de SP-S.

Diante dos resultados encontrados e da discussão desenvolvida, concluímos que as intervenções que ocorrem em direção ao nível potencial do cliente, assim como as interações nesse nível da ZDP, representam importante aspecto do processo terapêutico no desenvolvimento da mudança, a medida que promove uma experiência de segurança e clarificação por parte do cliente em torno da sua problemática. Acreditamos que as competências técnicas e relacionais do terapeuta desempenham importante papel na promoção dessas experiências, uma vez que o terapeuta de forma responsiva e equilibrada é capaz de identificar sensivelmente como e quando é possível desafiar sem ameaçar demasiado o cliente, de forma que a terapia não represente um veículo de sofrimento e desconforto para o cliente ao longo do seu processo (Ribeiro et. al, 2016; Stiles, Caro Gabalda & Ribeiro, 2016).

2.2 Episódios Colaborativos mais prováveis de prever o resultado de sucesso e insucesso terapêutico

Partindo do pressuposto teórico e resultados anteriormente encontrados que revelam que as interações terapêuticas dentro da ZDPT do cliente são colaborativas e por isso, potenciadoras de mudança do cliente, pretendemos neste estudo verificar a hipótese de que os episódios colaborativos validados pelo cliente que ocorriam mais próximo do seu nível de desenvolvimento potencial aumentariam a probabilidade de ocorrer 'sucesso terapêutico' e os episódios ambivalentes, não-colaborativos e episódios que ocorriam no nível actual de desenvolvimento aumentariam a probabilidade de ocorrência de insucesso terapêutico.

Tal como esperávamos, os episódios de D-S e D-RT, ambos validados pelo cliente mostraram-se preditores do sucesso terapêutico. Como temos debatido ao longo desta tese, acreditamos que as interações com foco no trabalho em torno do nível potencial do cliente são capazes de promover processos de reestruturação da experiência problemática que o cliente traz à terapia (Ivey & Goncalves, 1988; Ribeiro, 2009).

Em processos oriundos pela abordagem Terapia Cognitivo Comportamental, tal reestruturação ocorre progressivamente ao longo da terapia, a medida que o terapeuta é capaz de incentivar o cliente a rever suas crenças e esquemas cognitivos, incentivando-o a tentar novas formas de comportamento mais funcionais e menos punitivas ao mesmo.

Estes dois episódios situam as interações entre terapeuta e cliente dentro da ZDP do cliente em direção ao nível potencial de desenvolvimento, no qual o cliente consegue ascender a novos significados e elaborar de forma mais adaptada sua perspectiva até então, problemática e adoecedora. A mudança seria promovida através de mecanismos a nível cognitivo, como por exemplo através da promoção de *insight* acerca da problemática; seja por *awareness* por parte do cliente ou reflexões cognitivas mais profundas que progressivamente levam a novos comportamentos e a um gerenciamento mais adaptado das emoções negativas (Moro, Avdibegovic & Moro, 2012; Hofmann, Asmundson & Beck, 2013).

Por exemplo, Corrêa (2016) identificaram em momentos específicos do processo terapêutico promotores ou facilitadores da mudança, chamados na literatura de momentos significativos (Elliot, James, Reimschuessel, Cislo & Sack, 1985; Timulak, 2010) que o padrão de trabalho colaborativo do caso de sucesso terapêutico era em direção, na maior parte do tempo da terapia, próximo ao nível potencial do cliente através de episódios colaborativos em torno do nível potencial do cliente especificamente por episódios colaborativos de D-S.

Ainda, expectávamos encontrar que os episódios de SP-S, que ocorrem no nível de desenvolvimento actual do cliente, os episódios de ambivalência, D-AM, que ocorrem no limite da ZDP, e episódios de invalidação que ocorrem fora do limite da ZDP, de D-D/RI como preditores do 'insucesso' terapêutico. Todavia, não conseguimos comprovar esta hipótese.

Os episódios de invalidação de D-D/RI revelaram-se não significativos para um intervalo de confiança de 95%, contudo considerando o intervalo de confiança de 90% este valor revelar-se-ia estatisticamente significativo. Optamos por adotar o intervalo de confiança em 95% por este representar um nível de incerteza razoável, tendo o tamanho da amostra utilizada em questão. Além disso, o valor de 95% de confiança é um valor recorrente na literatura, representado assim a confiança desejável para o estudo e para a aplicação dos efeitos na população geral.

Essas intervenções invalidadas pelos clientes representam momentos de quebra da colaboração terapêutica e desencontro da díade referente ao trabalho terapêutico. A literatura tem revelado que em estudos de caso com resultado terapêutico de insucesso ou desistência, a incidência desses episódios é mais elevada do que em casos de sucesso (Ferreira, Ribeiro, Pinto, Pereira & Pinheiro, 2015; Pinto, Sousa, Pinheiro, Freitas & Ribeiro, 2018). Todavia, momentos de quebra da colaboração são expectados ocorrer em qualquer processo terapêutico, paralelamente semelhante ao conceito de *Rupturas* da aliança (Safran, Muran, Samstang & Stevens, 2001; Safran, 2003). Tal paralelismo nos permite abordar os momentos de quebra e desencontro da colaboração como possíveis tensões na díade potencializadoras de uma ruptura significativa. Esses momentos quando não reparados significativamente entre terapeuta e cliente podem sinalizar um desgaste significativo na aliança e no trabalho colaborativo à medida que a experiência relacional do cliente com o terapeuta passa a ser significativamente negativa, diante da negligência ou falta de reparação adequada do terapeuta a este momento, contribuindo dessa forma para fortalecer esquemas interpessoais maladaptativos do cliente e manter um ciclo desajustado de padrões interpessoais e emocionais (Arnkoff, 2000). Se a reparação não ocorre devidamente e atempadamente, poderá proporcionar o afastamento do cliente em torno do trabalho terapêutico, o vínculo terapêutico poderá tornar-se mais frágil e progressivamente a relação terapêutica poderá vir a deteriorar-se (Easterbrook & Meehan, 2017). A experiência recorrente e progressiva de risco intolerável (i.e. desconforto, ameaça, ansiedade face à mudança proposta pelo terapeuta) vivenciada pelo cliente pode vir a tornar-se um factor de ameaça ao *self*, gerando cada vez mais resistência do cliente à interação terapêutica, ao trabalho terapêutico e à mudança (Coutinho, Ribeiro, Hill & Safran, 2011). Nesse sentido, tendo em conta os valores preditores estatísticos encontrados e a possibilidade de dupla interpretação ao considerar estatisticamente significativo ou não os valores encontrados e tendo em conta o intervalo de confiança adotado, consideramos ser importante estar atento ao potencial efeito negativo dos episódios fora do limite da ZDPT do cliente no resultado terapêutico.

No nosso estudo, encontramos um efeito negativo do episódio de SP-S na predição do Insucesso terapêutico, indicando que quando estes episódios ocorrem mais vezes na sessão, diminuem a probabilidade de ocorrência do insucesso terapêutico. Esta hipótese baseava-se no princípio de que manter o foco do trabalho terapêutico nas questões problemáticas e na perspectiva mal adaptativa do cliente por muito tempo ao longo do processo poderia ser indicador de não mudança

ou prejudicial a essa mudança. Nesse sentido, o movimento contínuo na ZDPT em direção ao nível potencial do cliente, estaria ameaçado ou dar-se-ia de forma mais lenta prejudicando o resultado terapêutico, tendo em conta o modelo de intervenção breve aplicado a amostra em questão. No entanto, o nosso resultado refutou esta hipótese de que interações no nível actual de desenvolvimento, focadas no problema, poderiam ser prejudiciais para a mudança.

Note-se que o episódio de SP-S se revelou um preditor negativo do Insucesso terapêutico, todavia este resultado não implica no favorecimento da ocorrência do Sucesso terapêutico. Dessa forma, os resultados mostram que o episódio SP-S não é prejudicial para a mudança, contudo não podemos afirmar que aumenta a probabilidade de ocorrência da mesma, pois o episódio em questão não foi relacionado com a variável do resultado de 'sucesso' terapêutico.

Compreendendo os resultados, estes são congruentes com estudos que enfatizam a função e a importância de intervenções focadas no suporte e na promoção de compreensão empática da experiência problemática do cliente. Diversos estudos salientam, a partir da perspectiva do cliente, que atitudes interpessoais do terapeuta baseadas em suporte, apoio, empatia e aceitação incondicional do cliente são favoráveis para o desenvolvimento do processo terapêutico (Elliot, 2008; Hill & Knox, 2009; Richert, 2003; Wong & Pos, 2012), promovendo o equilíbrio entre o apoio e o desafio necessário para promoção de mudança em terapia (Ribeiro et. al, 2013; 2016; Stiles, Caro-Gabalda & Ribeiro, 2016).

Na literatura científica são debatidos diversos conceitos e estratégias terapêuticas promovidas pelas intervenções terapêuticas de suporte ao cliente na sua problemática. Mackrill (2008) e Hoener, Stiles, Luka & Gordon (2012) salientam a importância de um clima interpessoal positivo, empático e confirmador na promoção de processos de auto-organização interna como a *agência ativa* do cliente que representaria um recurso interno do cliente de autonomia e organização em relação ao processo de mudança ao mostrar-se agente do seu próprio processo, gerenciando eficazmente suas escolhas. Essa característica do cliente enquanto participante ativo, agente, autônomo e responsável por seu próprio processo seriam estimuladas pelo clima interpessoal positivo, acolhedor e confirmador do cliente e da sua experiência a medida que a mudança se desenvolve em terapia.

Além da característica 'agência activa' incentivada pelas intervenções de suporte, Cooper (2012) e Geller (2013) salientam aspectos como a profundidade e a presença terapêutica como ferramentas potencializadoras do trabalho terapêutico. O autor (2012) destaca que a experiência de profundidade é descrita pelos clientes como uma experiência de energização, revitalização, *empowerment*, clarificação profunda acerca da sua problemática e ainda, os clientes também ressaltam vivenciar experiências de liberdade, autenticidade, congruência e profunda conexão com seu terapeuta nestes momentos identificados como profundos em terapia.

Duarte, Fischersworing, Martínez & Tomicic (2017) em um estudo de caso único em Terapia Psicodinâmica para Perturbação de personalidade *Boderline*, apontam para diferentes posturas e atitudes relacionais do terapeuta na facilitação da mudança em terapia. Atitudes como estar empático, congruente, espontâneo e aceitação positiva e incondicional foram encontradas como fatores facilitadores do *self-disclosure* e re-significação da experiência problemática, assim como o vínculo terapêutico, o olhar e a escuta atenta à experiência do cliente foram salientados como promotores de uma relação terapêutica sólida e positiva, indispensável para o desenvolvimento saudável do processo terapêutico.

Tendo estas reflexões e relativas aproximações com o que a literatura advoga, concluímos que as interações no nível actual do cliente, especificamente SP-S, quando utilizadas de forma responsiva e em equilíbrio com outras intervenções específicas e focadas na mudança como o 'desafio', podem beneficiar o cliente de uma experiência de validação, confirmação e segurança necessária para seu processo de mudança (Alves et. al, 2016; Olivera, Braun, Penedo & Roussos, 2013).

Em síntese, acreditávamos que a elevada percentagem de episódios de SP-S presentes no grupo de Insucesso terapêutico poderiam aumentar a probabilidade de ocorrer o resultado de 'insucesso' ao fim do tratamento, mas essa hipótese não se confirmou. Contudo, a partir dos resultados, podemos afirmar que esses episódios não prejudicam no resultado terapêutico. Nesse sentido, acreditamos no poder terapêutico das intervenções de SP-S focadas na compreensão da problemática, na escuta atenta e empática do cliente, podem revelar-se um recurso técnico e interpessoal facilitador da mudança a medida que promovem um clima interpessoal terapêutico positivo e não-ameaçador para o cliente, uma vez que este ao estabelecer uma relação de confiança

e conexão com seu terapeuta sente-se validado em sua experiência de sofrimento e confortável o suficiente para participar no processo terapêutico, mobilizando emoções e processos antes bloqueados a medida que a terapia decorre.

CONCLUSÕES GERAIS

Conclusões Gerais

Nesta tese tivemos como objectivo central investigar os processos interativos presentes na relação terapêutica, especificamente o estabelecimento e desenvolvimento da aliança terapêutica, através de uma ótica macroanalítica, e a colaboração terapêutica, entendida numa perspectiva microanalítica, seguindo referências teóricas de E. Bordin (1979), Ribeiro (2009) e Ribeiro et. al (2013), respectivamente para a compreensão teórica e metodológica dos processos em questão. Nesta secção, iremos sintetizar e integrar os resultados dos estudos desenvolvidos nesta tese, assumindo uma postura crítica e construtiva, esperando contribuir para a reflexão teórico-prática no âmbito da investigação científica em psicoterapia e prática clínica. Com esta reflexão pretendemos, também, explicitar alguns questionamentos acerca da compreensão do processo psicoterapêutico e identificar futuras linhas de investigação neste âmbito.

Os estudos desenvolvidos nesta tese organizaram-se em torno do nosso objetivo em contribuir para uma melhor compreensão da teoria clínica sobre aliança terapêutica e colaboração terapêutica desenvolvida ao longo da conversação terapêutica, assim como compreender as implicações clínicas que estes processos interativos podem produzir no processo e resultado terapêutico. Partimos de um pressuposto teórico, já abordado ao longo desta tese, acerca da aliança e da colaboração terapêutica (Ribeiro, 2009; Ribeiro et. al, 2013) no qual consideramos que estes processos relacionais se regulam mutuamente ao longo do processo terapêutico, através da conversação e contribuem para a co-construção de novos significados sobre as experiências problemáticas em terapia, de forma a produzir mudança clínica.

O primeiro estudo desta tese foi a realização de uma Revisão sistemática de literatura a qual buscou identificar que tipos de estudos empíricos relacionavam a avaliação da aliança a um nível macroanalítico com o desenvolvimento da colaboração terapêutica ao longo do processo terapêutico. Este estudo de Revisão Sistemática procurou analisar, na literatura científica, como a articulação entre as duas variáveis relacionais e interativas de interesses desta tese têm vindo a ser estudada. Apesar do crescente interesse na investigação em torno da aliança terapêutica e da investigação focada no processo, os resultados da nossa revisão sistemática revelaram que os estudos que articulam diferentes níveis de análise sobre processos relacionais em psicoterapia são ainda escassos. O

enfoque em torno do fenômeno da aliança terapêutica, tem crescido largamente nas últimas décadas e cada vez mais existe um número considerável de medidas desenvolvidas e validadas para avaliação da aliança, seja na perspectiva do terapeuta, seja na perspectiva do cliente, ou ainda, na perspectiva do observador (Elvis & Green, 2008; Horvath, 2017). Todavia, a investigação em torno dos fatores interacionais micro identificados, ao longo do processo terapêutico, parece não acompanhar o crescente desenvolvimento macroanalítico da variável relacional da aliança tão difundida na comunidade científica psicoterapêutica.

Ao realizar cada etapa de análise referente ao processo de Revisão Sistemática da literatura empírica, um número considerável de artigos em torno da investigação macroanalítica da aliança foi desconsiderado, visto que o enfoque maior desses estudos estava relacionado com a relação entre a aliança e resultado da terapia, e não correspondia à nossa questão de interesse que abrangia a compreensão dos processos interativos diádicos existentes para a consolidação e desenvolvimento da aliança e da colaboração terapêutica. Acreditamos que o número escasso de estudos em torno dos processos interativos/colaborativos e sua relação com a aliança seja decorrente da dificuldade de acesso aos dados, como na coleta destes e no seu tratamento que se revela muitas vezes moroso e capaz de abarcar um número reduzido de dados. Diante dessa realidade e desafio encontrados, concordamos com diversos autores (Berdodini, Elliot & Shearer, 2012; Cooper, 2012; Fitzpatrick, Janzen, Chamodraka, Gamberg & Blake, 2009; Lingiard & Colli, 2015; Safran & Kraus, 2014) que enfatizam a necessidade de estudos em direção à linha de investigação microanalítica, pois com esses recursos específicos é possível apreender informação detalhada resultante da interação que análises macroanalíticas podem não alcançar. Além disso, como também verificamos nos estudos empíricos encontrados na Revisão Sistemática, a compreensão das particularidades intra-diádica torna-se indispensável para a promoção de um enriquecimento e aprimoramento de estratégias na prática clínica e dos resultados terapêuticos como consequência.

Acreditamos que a complementaridade entre os métodos analíticos através de análises macro e microanalíticas voltadas para a compreensão do desenvolvimento do processo em si, resulte de forma eficaz na produção e expansão da compreensão da prática clínica, além de contribuir para o aperfeiçoamento de práticas mais responsivas e atentas às particularidades que cada processo terapêutico requer. Nesse sentido, estudos voltados para o interesse macro e microanalítico da

interação seriam uma ferramenta valiosa e poderosa, passível de aumentar a compreensão daquilo que se revela muitas vezes complexo e controverso. Partindo dessa premissa, o estudo 1 de Revisão Sistemática permitiu-nos averiguar como este desafio é respondido na investigação científica disponível, e a partir desta prerrogativa levantada no estudo 1, tomamos como referência os resultados encontrados para o desenvolvimento do estudo 2 desta tese, no qual buscamos averiguar em uma amostra exploratória de oito casos clínicos como essa relação entre as variáveis relacionais da aliança e da colaboração revelam-se na prática terapêutica.

No estudo 2, seguindo um design misto de análise, tínhamos como objectivo descrever o desenvolvimento da aliança terapêutica e da colaboração ao longo do processo terapêutico de 8 casos clínicos finalizados, com resultados terapêuticos contrastantes, e comparar como esses padrões de desenvolvimento se diferenciavam entre si. Além disso, pretendíamos perceber, que tipo de efeito os episódios colaborativos, quer se considere os próximos do nível actual do cliente ou do nível potencial, e que tipo de efeito os episódios não colaborativos, fora do limite da ZDP do cliente, tinham na avaliação da aliança terapêutica percebida pelo cliente.

O desenvolvimento da colaboração terapêutica revelou padrões diferenciados para cada grupo contrastante. O desenvolvimento do episódio de SP-S no grupo de sucesso seguiu um padrão decrescente de crescimento e apresentou média inferior ao grupo de insucesso. Este, todavia, manteve a frequência de episódios de SP-S mais elevada e recorrente ao longo do tempo, revelando que o terapeuta trabalha a maior parte do tempo do processo terapêutico com foco no nível actual do cliente, em torno da compreensão da perspectiva problemática do cliente. O cliente por sua vez, responde a maior parte do tempo com validação, sinalizando um acordo e aceitação da agenda do terapeuta em torno do trabalho com foco na problemática.

O desenvolvimento do episódio de 'desafio-segurança' também revelou padrões diferenciados entre os grupos. O grupo de sucesso apresentou altas frequências de ocorrência do episódio desde o início da terapia, mantendo-se alto ao longo do processo. No grupo de insucesso, por sua vez a ocorrência dos episódios cresce ao longo do tempo, mas não superam os valores encontrados no grupo de sucesso. Tal resultado parece indicar que os terapeutas, no grupo de sucesso, intervêm de forma mais ousada e exigente com o cliente, promovendo, a maior parte do tempo, interações em direção ao nível potencial e desafiando o cliente a trabalhar ou contemplar de

uma forma diferente do seu padrão maladaptativo à sua problemática. Os clientes, por sua vez, respondem com 'segurança' validando e aceitando as propostas dos terapeutas.

A escolha do nível de desenvolvimento no qual se vai trabalhar em terapia não parte apenas do terapeuta. Este, munido de uma sensibilidade clínica, responsividade terapêutica e técnicas apropriadas pode regular o trabalho terapêutico à medida que o cliente responde ao tratamento. Todavia, o facto de no grupo de insucesso o trabalho terapêutico ocorrer preferencialmente no nível actual, pode indicar dificuldades do terapeuta em exigir de forma responsiva mais recursos do cliente, como também incapacidade do cliente em avançar juntamente com o terapeuta, aliança terapêutica fraca ou dificuldade de participar ativamente frente as exigências da terapia.

Os resultados revelaram diferentes padrões de desenvolvimento do episódio D-RI para cada fase da terapia. A fase inicial da terapia revelou-se similar entre os grupos com valores baixos de ocorrência, todavia na fase intermédia o grupo de sucesso apresentou maior frequência do que o grupo de insucesso, tendo este padrão se invertido na fase final da terapia, na qual o grupo de insucesso apresentou valores mais elevados do que no grupo de sucesso terapêutico, mostrando claramente as dificuldades emocionais e cognitivas dos clientes no grupo de insucesso em acompanhar as propostas e exigências do terapeuta já em conclusão do tratamento.

A fase final do processo terapêutico, representa um momento de solidificação de ganhos e reforço das competências conquistadas e aprendidas pelo cliente, nesse sentido seriam esperadas interações com foco no nível potencial do cliente, pois o trabalho terapêutico estaria focado na mudança adquirida, seguidas de respostas de validação e elaboração por parte do cliente. Todavia, o trabalho colaborativo no grupo de insucesso esteve voltado para tentativas do terapeuta de ainda promover mudança sendo invalidado pelo cliente.

Partindo da compreensão dos padrões de desenvolvimento da aliança e da colaboração, e da análise se estes episódios colaborativos intrasessão afetariam a avaliação da aliança pelo cliente, no fim da sessão, considerando o resultado terapêutico, encontramos que os episódios de SP-S e D-RI diminuíram a avaliação da aliança ao longo do tempo para amostra completa e o episódio de SP-S e D-S aumentaram a avaliação da aliança apenas para o grupo de sucesso terapêutico. Nesse sentido, estas interações quando ocorrem mais vezes na terapia do grupo de sucesso, produzem um aumento

na avaliação da aliança ao fim da sessão. Estes resultados parecem nos indicar que, quando o cliente é demasiado incentivado pelo terapeuta para se movimentar em direção ao seu nível de mudança potencial, tende a invalidar esta proposta, podendo refletir negativamente na avaliação da qualidade da aliança, principalmente na percepção do cliente referente ao comportamento do terapeuta frente aos objectivos terapêuticos ou até mesmo a sua capacidade de compreensão e envolvimento empático com o cliente diante da sua problemática.

Da mesma forma, um trabalho em torno do nível actual do cliente, com foco na compreensão do problema, pode produzir boas avaliações da aliança à medida que pode promover uma percepção positiva e afiliativa do cliente com seu terapeuta, fortalecendo a ligação vincular entre ambos. Todavia, a concentração do trabalho no nível actual pode prejudicar na avaliação da aliança, uma vez que, o cliente pode perceber o trabalho terapêutico de forma superficial, monótona ou ineficiente expectando um maior trabalho por parte do terapeuta no desenvolvimento de estratégias e comportamentos para lidar com a problemática, contribuindo para uma experiência de organização e realização do plano terapêutico formulado ao início do tratamento. Nesse sentido, optar por um trabalho em torno da mudança, focando em interações do tipo D-S facilitaria um encontro mais positivo e transformador para o cliente com seu terapeuta, refletindo na avaliação da aliança. Todavia, o terapeuta, nas interações analisadas, demonstra trabalhar mais com estratégias de compreensão e pouca directividade no trabalho terapêutico priorizando intervenções de SP-S, por sua vez.

Acreditamos, que apesar dos efeitos encontrados para cada episódio e cuja interpretação altera-se de acordo com as condições consideradas, por exemplo, resultado ou amostragem completa, na importância do equilíbrio e gestão responsiva pelo terapeuta na condução e escolha das intervenções para cada fase da terapia, assim como para cada momento e contexto interacional ao qual estará a passar o cliente. Os terapeutas direcionam suas intenções terapêuticas e avaliam a dimensão destas para cada intervenção de forma a promover uma continuidade do trabalho e promoção de micro mudanças para com o cliente, refletindo assim numa sensibilidade clínica para adaptar e adequar as intervenções de acordo com a necessidade e prontidão emocional e cognitiva do cliente (Stiles, Caro-Gabalda & Ribeiro, 2016).

Tal como Horvath (2017), Colli & Lingardi (2009) e Ribeiro (2009) explanam, a aliança pode e deve ser compreendida como uma ferramenta processual e regulada através da conversação

terapêutica à medida que terapeuta e cliente percebem que a harmonia do trabalho terapêutico se encontra comprometida. Tendo isto em atenção, buscamos, com o segundo estudo desta tese, encontrar informações acerca do papel das interações colaborativas que aperfeiçoassem ou indicassem uma estratégia mais responsiva para a atuação dos clínicos e com isso, aumentassem o poder das intervenções terapêuticas na promoção da qualidade da aliança, priorizando o equilíbrio colaborativo do trabalho terapêutico desenvolvido pela díade.

Unindo as reflexões promovidas pela estudo de Revisão Sistemática e os resultados do estudo 2, avançamos para o desenvolvimento do estudo 3 com o objetivo de perceber, mais detalhadamente, acerca da dinâmica de ocorrência do episódio de D-S e se a hipótese de que episódios que direcionam o trabalho da díade terapêutica para o nível de desenvolvimento potencial do cliente poderiam aumentar ou não o resultado de sucesso terapêutico, tendo em conta os valores elevados de percentagem de ocorrência desse episódios em casos de sucesso no estudo 2 e em outros estudos de caso disponíveis previamente desenvolvidos e publicados (Ribeiro et. al, 2016; Corrêa, 2016). Para isso, analisamos quais interações colaborativas eram mais prováveis de antecipar um episódio de D-S, ou seja, tentamos entender minimamente a dinâmica de ocorrência desse episódio para a amostra geral, assim como separadamente em cada um dos grupos contrastantes. Diante dos resultados encontrados, concluímos que, para a amostra geral, assim como em cada grupo de resultado contrastante, a ocorrência do episódio do D-S é maioritariamente antecedida por outro episódio de D-S. Atendendo à consistência da resposta de segurança por parte do cliente, este resultado parece indicar que os terapeutas em ambas os grupos, mostraram-se responsivos à necessidade do cliente e as suas intervenções parecem ter sido coerentes com a disponibilidade experiencial do cliente para aceitar as suas propostas terapêuticas, em cada momento. A sequência 'D-S-D-S' sugere que, quer no grupo de sucesso quer no grupo de insucesso, os terapeutas insistem minimamente nas intervenções de desafio, quando o cliente dá indicações que esta proposta de trabalho é aceitável e segura, assumindo uma postura colaborativa. Na segunda parte do estudo, verificamos que os episódios colaborativos focados no nível potencial, ou seja, episódio de D-S e D-RT, aumentam a probabilidade de ocorrência do sucesso terapêutico. Por seu lado, o episódio de SP-S diminui a probabilidade de ocorrência do insucesso, embora não possa ser relacionado diretamente com a probabilidade de ocorrência de sucesso terapêutico. Este resultado é interessante, pois, do nosso ponto de vista, sugere a importância do equilíbrio entre as intervenções de suporte e de desafio

por parte do terapeuta, validadas pelo cliente. No entanto, será necessário outro tipo de análise para clarificar o papel dos distintos tipos de episódios colaborativos, e não colaborativos, neste equilíbrio que antecipamos mais produtivo e preditor dos resultados de sucesso em terapia.

Os resultados sintetizados na conclusão geral da tese, embora resultados de natureza exploratória, são sugestivos da importância do estudo compreensivo e detalhado das interações terapêuticas, intra-sessão, responsáveis pelo desenvolvimento da percepção da qualidade da aliança terapêutica e da mudança clínica. Acreditamos que os estudos desenvolvidos são um contributo relevante para a investigação neste domínio, sugerindo pistas importantes para o trabalho clínico sobre a importância da qualidade da interação, assim como do equilíbrio das intervenções terapêuticas de suporte ou de desafios, entre experiências emocionalmente confortáveis e experiências de risco ou insegurança.

O desenvolvimento dos estudos desta tese, mostraram-se convergentes com a literatura científica acerca da importância da colaboração terapêutica e revelaram importantes contribuições para a compreensão da aliança como um fenómeno interativo e regulado pela interação. Ao longo do desenvolvimento dos estudos, a transversalidade dos resultados encontrados convergiu de forma satisfatória ao que é verificado na investigação científica em Psicoterapia e estudos focados na compreensão do processo terapêutico, permitindo integrar esses resultados ao âmbito da investigação em Psicoterapia. Em suma, permitiu-nos compreender, ainda que de forma exploratória, os diferentes efeitos e funções das interações terapêuticas, na regulação da aliança e na contribuição do resultado terapêutico, de forma que permitiu-nos identificar padrões interativos e colaborativos específicos de grupos de sucesso clínico, além do que os resultados revelaram efeitos diferentes dos episódios não-colaborativos e colaborativos, mas estes mesmo colaborativos quando focados na problemática também podem afetar na relação e no resultado terapêutico de forma diferenciada como foi verificado nos estudos 2 e 3.

A importância da relação colaborativa entre terapeuta e cliente tem sido destacada nas últimas décadas (Bachelor et. al, 2007; Lepper & Mergenthaler, 2007; Mackrill, 2009; Möeseneder, Ribeiro, Muran & Caspar, 2018; Tryon & Winnograd, 2001) pelos investigadores em psicoterapia. Observar detalhadamente como esse desenvolvimento ocorre e afeta na mudança clínica tem sido rigorosamente debatido e aplicado em estudos de caso único com auxílio do Sistema de Codificação

da Colaboração terapêutica (SCCT, Ribeiro et. al, 2013) e em amostragens exploratórias (Pires, 2016) na tentativa de identificar e compreender padrões e respostas referentes ao funcionamento colaborativo da díade.

Diante da importância das questões acerca do desenvolvimento das interações e como podemos aprender a desenvolver um trabalho terapêutico colaborativo momento-a-momento, nesta tese procuramos expandir os resultados dos estudos de caso que têm vindo a ser realizados com recurso ao SCCT, no âmbito da equipa de investigação sobre relação terapêutica coordenada pela orientadora desta tese, usando metodologias longitudinais e quantitativas. Embora nos estudos desenvolvidos nesta tese tenhamos usado análises estatísticas, passíveis de inferir relação entre os fenómenos analisados, o nosso maior interesse foi promover maiores compreensões e esclarecimentos acerca desses fenómenos processuais diádicos, aliança, colaboração e mudança. Tendo consciência das limitações em termos do tamanho das amostras que estudamos, os resultados que se mostraram significativos são consistentes quer com resultados de natureza qualitativa quer com resultados referidos na literatura sobre fatores que promovem a qualidade da relação/aliança terapêutica e ainda como fatores promotores da mudança clínica (e.g., Castonguay & Beutler, 2006; Wampold, 2015). Consideramos que os estudos incluídos nesta tese permitem, não só detalhar como expandir conhecimentos gerados da observação dos fenómenos interativos e processo de mudança presentes na prática clínica diária. Percebemos que os diferentes episódios identificados pelo SCCT desempenham diferentes funções ao longo da terapia e que essa função pode ser diferenciada nas distintas fases do processo terapêutico. Além disso, concluímos que o equilíbrio entre o uso de intervenções suportivas e desafiantes também precisa ser considerado pelo terapeuta no manejo clínico, intervindo consoante a disponibilidade cognitiva e emocional que o cliente demonstra estar vivenciando.

Apesar de considerarmos os objectivos desta tese alcançados, todavia algumas limitações e precauções precisam ser debatidas acerca dos resultados encontrados. Primeiramente, as análises estatísticas foram realizadas tendo em conta a natureza longitudinal das medidas analisadas, contudo apesar de analisarmos 9.000 interações e gerarmos um número elevado de medidas repetidas (episódios colaborativos), o número de díades analisadas foi baixo e insuficiente para generalizar a relação de efeito entre os fenómenos analisados para a população geral. O recurso ao MLH revelou-

se satisfatório e significativo, todavia não conseguimos apreender as diferenças dos efeitos gerados pelos terapeutas e pelos clientes, visto que nossa amostra foi composta por oito clientes e quatro terapeutas. A variabilidade dos indivíduos, assim como o efeito fixo e aleatório gerado pelos mesmos, é baixa e insuficiente. De modo a responder a esta limitação, em estudos futuros será necessário replicar o estudo com um número maior de díades terapêuticas, de forma a aumentar a variabilidade de dados e por consequência resultados mais diferenciados, passíveis de serem aplicados à população em geral.

Outra importante característica desta tese para a compreensão dos resultados, foi a análise de sessões terapêuticas em Terapia Cognitiva Comportamental (TCC), nesse sentido os resultados aqui encontrados refletem a elaboração estratégica e interventiva típica dessa abordagem. Acreditamos que os resultados podem revelar-se diferentes em tratamentos seguidos de outra orientação terapêutica, assim, nessa proposta, os resultados aqui encontrados não são generalizáveis a outras abordagens terapêuticas, sem que estudos da mesma natureza sejam desenvolvidos com outros tipos de terapias. Por exemplo, o padrão de colaboração de abordagens humanistas e experienciais tem vindo a ser caracterizado de modo distinto do padrão que caracteriza abordagem TCC, com recurso ao SCCT (Ribeiro, et al., 2014; 2016). Assim, é expectável que os episódios colaborativos e não colaborativos, assim como o equilíbrio entre eles, possam desempenhar papéis diferentes na mudança terapêutica tendo em conta a abordagem psicoterapêutica.

Uma outra questão que nos parece importante é o facto de as sessões analisadas se enquadrarem em processo de psicoterapia breve, o que significa que o padrão de estabelecimento da aliança e intervenção deve ser planeado tendo em conta a quantidade de sessões disponíveis. Nesse sentido, analisar sessões de tratamentos mais longos pode ser uma alternativa para compreender e comparar o padrão de desenvolvimento da aliança e da colaboração também, uma vez que o terapeuta dispõe de um número maior de sessões e pode com isso, adaptar as intervenções ao desenvolvimento cognitivo-emocional do cliente.

Apesar das limitações expostas, acreditamos na relevância dos estudos e resultados encontrados para a contribuição positiva na compreensão dos micro-processos interativos estabelecidos entre terapeuta e cliente. A compreensão destes, como foi debatido nesta tese, podem ajudar a compreender o fenómeno da aliança, no que tange ao seu estabelecimento, desenvolvimento

e qualidade, e como a conjugação das ações colaborativas da díade ao longo do processo podem contribuir a compreensão da promoção da mudança terapêutica. Reforçamos que os resultados compartilhados nesta tese, podem ser uma importante fonte de informação para pesquisadores e profissionais clínicos no âmbito da psicoterapia e da saúde mental, promovendo maior reflexão acerca da prática clínica e do aperfeiçoamento de estratégias mais responsivas no tratamento da Depressão quer em contexto ambulatorial nos serviços de saúde, quer na prática Psicoterapêutica. Ainda, acreditamos e impulsionamos o desenvolvimento de um plano de treinamento pautado para as questões de natureza relacionais, que surgem inevitavelmente na prática clínica, sendo problemáticas principalmente para jovens terapeutas em início de carreira. Percebemos e salientamos a importância das habilidades relacionais e responsivas dos terapeutas na manutenção e promoção de uma aliança e colaboração positiva com seus clientes, todavia acreditamos que para que tais competências ocorram de forma genuína e autêntica, devem ser fomentadas em um contexto de supervisão e treinamento apoiado nas questões relacionais, assim como no estabelecimento de um relacionamento colaborativo entre supervisores e terapeutas (Constantino, Morrison, MacEwan & Boswell, 2013; Friedlander, 2015).

Reforçamos que é necessário ainda mais investigação e desenvolvimento em torno da estruturação dos treinamentos em psicoterapia, de forma que mais conhecimento e conteúdo seja produzido para compreensão do que é eficaz em supervisão clínica na promoção de resultados em terapia com os clientes (Nof, Leibovich & Zicha -Mano, 2017; Watkins, 2017). Nesse sentido, acreditamos que possíveis estudos exploratórios com recurso ao Sistema de codificação da colaboração terapêutica em contextos de supervisão clínica, seria uma ferramenta apropriada e promissora na compreensão dos processos interativos envolvidos na dinâmica entre supervisores e psicoterapeutas em treinamento. Com isso, poderia ser esclarecido como e quando é eficaz promover intervenções de suporte ou desafio em relação à experiência prática trazidas pelos terapeutas à supervisão e ainda se tal estratégia reflete no resultado terapêutico na prática clínica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referências Bibliográficas

Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology review*, 23, 1-33.

Adler, G., Shahar, B., Dolev, T., & Zilcha-Mano, S. (2018). The development of the working alliance and its ability to predict outcome in emotion-focused Therapy for Social Anxiety Disorder. *The journal of nervous and Mental Disease*, 00(00), 1-9. doi: 10.1097/NMD. 0000000000000814

Albright, J. J., & Marinova, D. M. (2010). Estimating Multilevel Models using SPSS, Stata, SAS and R. Disponível em: www.indiana.edu/~statmath/sta/all/hlm/hlm.pdf

Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Souza, I., & Gonçalves, M.M. (2016). Ambivalence in grief therapy: The interplay between change and self-stability. *Death Studies*, 40(2), 129-138. doi: 10.1080/07481187.2015.1102177

American Psychology Association Presidential task force on Evidence-based practice. (2006). Evidence based practice therapy. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271

Arnkoff, D. B. (2000). Two examples of strains in the therapeutic alliance in an Integrative Cognitive therapy. *Psychotherapy in practice*, 56(2), 187-200.

Asplan, H., Llewelyn, S., Hardy, G.E., Barkhan, M., & Stiles, W. (2008) Alliance ruptures and ruptures resolution in cognitive-behavior therapy: a preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18(6), 699-710. doi: 10.1080/10503300802291463

Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Wislocki, A.P., Frost, N.D., Siddiqui, J.R., Lindemann, A.M., Kivlighan, D.M., Laska, K.M., Del Re, A.C., Minami, T., & Wampold, B.E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: redux. *Clinical Psychology review*, 33, 395-405. doi: 10.1016/j.cpr.2013.01.004

Bachelor, A., Laverdière, O., Gamache, D., & Bordeleau, V. (2007). Client's collaboration in

therapy: self – perceptions and relationships with client psychological functioning, interpersonal relations, and motivation. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 44(2), 175 – 192. doi: 10.1037/0033-3204.44.2.175

Bachelor, A., Meunier, G., Laverdière, O., & Gamache, D. (2010). Client attachment to therapist: relation to client personality and symptomatology, and their contributions to the therapeutic alliance. *Psychotherapy theory, research, practice, training*. 47(4), 454-468. doi: 10.1037/a0022079

Baldwin, S. A., & Imel, Z. E. (2013). Therapist effects. In: M.J. Lambert (Ed). (2013). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (pp. 258-297). New Jersey: John Wiley & Sons.

Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based Psychological treatments: An update and a way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*. 9, 1-27. doi: 10.1146/annurev-clinpsy.annualreviews.org

Beck, A. T. (2016). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*. 47(6), 776-784. doi: 10.1016/j.beth.2016.11.003

Beck, A. T., & Haigh, E. A. P. (2014). Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annual Review of Clinical Psychology*. 10, 1-24. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153734

Bedi, R. P., Davis, M.D., & Williams, M. (2005). Critical Incidents in the formation of the therapeutic alliance from the client's perspective. *Psychotherapy: theory, research, practice and training*, 42(3), 311-323. doi: 10.1037/0033-3204.42.3.311

Berdodini, L., Elliot, R., & Shearer., J. (2012). Collaboration in Experiential therapy. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 68(2), 159 – 167. doi: 10.1002/jclp.21830

Bohart, A. C., & Tallman, K. (2009). Clients: the neglected common factor in Psychotherapy. In: M.A, Humble, B.L. Duncan, S. D. Miller & B. E. Wampold (Eds). (2009). The heart and soul of change: what works in therapy (pp. 83-111). Washington DC: American Psychological Association.

Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In: M.J. Lambert (Ed). (2013). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp.219-257). New Jersey: John Wiley & Sons.

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the Psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research, and practice*, 16(3), 252 – 260.

Borges, J. C. C (2017). Momentos significativos em Psicoterapia: Caracterização da Colaboração terapêutica. (Tese de Mestrado – não publicada). Universidade do Minho: Portugal.

Botella, L., Corbella, S., Belles, L., Meritxell, P., Gomez, A.M., Herrero, O., Ribas, E., & Pedro, N. (2008). Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research*. 1-8. doi: 10.1080/1050033008019827

Botella, L., & Cutura, J. M. (2015). Narrative processes in Psychotherapy: Differences between Good and Poor outcome clients. *Acción Psicológica*. 12(2), 123-142. doi: 10.5944/ap.12.2.15766

Cameron, S. K., Rodgers, J., & Dagnan, D. (2018). The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in Cognitive-behavior therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 25(2), 1-37. doi: 10.1002/cpp.2180

Cardo, C., Pinto, D., & Ribeiro, E. (in press). How does the Therapist contribute to the Therapeutic Collaboration breaks reestablishment? A Single Case Study. *Psychotherapy Research*.

Caro-Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2017). Therapist activities preceding therapy setbacks in a poor-outcome case. *Counselling Psychology Quarterly*. 1-19. doi: 10.1080/09515070.2017.1355295

Caro-Gabalda, I., Stiles, W. B., & Ruiz, S. P. (2015). Therapist activities preceding setbacks in the assimilation process. *Psychotherapy research*. 1-12. doi: 10.1080/10503307.2015.1104422

Carter, J. D., Crowe, M. T., Jordan, J., McInstosh, V. V. W., Frampton, C., & Joyce, P. R. (2015). Predictors of response to CBT and IPT for depression; the contribution of therapy process. *Behavior research and therapy*. 74, 72-79. doi: 10.1016/j.brat.2015.09.003

Caspar, F., Grossmann, C., Unmüßig, C., & Schramm, E. (2005). Complementary therapeutic relationship: therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychotherapy Research*, *15*(1-2), 91-102. doi: 10.1080/10503300512331327074

Castañon, G. A. (2005). Construtivismo e terapia cognitiva: questões epistemológicas. *Revista Brasileira de terapias Cognitivas*, *1*(2). ISSN: 1982-3746

Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). Principles of therapeutic change: A task force on participants, relationships, and techniques factors. *Journal of clinical Psychology*, *62*(6), 631-638. doi: 10.1002/jclp.20256

Castonguay, L., Constantino, M. C., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy, theory, research and practice*, *43*(3), 271-279. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.271

Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2003). The influence of client variables on psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed). (2003). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 194-226). New Jersey: John Wiley & Sons

Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología*, *19*, 205-221.

Colli, A., & Lingardi, V (2009) The Collaborative Interactions Scale: a new transcript-based method for the assessment of therapeutic alliance ruptures and resolutions in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *19*(6), 718 – 734. doi: 10.1080/10503300903121098

Constantino, M. J. (2000). Interpersonal process in psychotherapy through the lens of the Structural Analysis of Social Behavior. *Applied & Preventive Psychology*, *9*, 153-172. doi: 0962-1849/00

Constantino, M. J., Morrison, N. R., MacEwan, G., & Boswell, J. F. (2013). Therapeutic Alliance Researcher's Perspectives on Alliance – Centered Training Practices. *Journal of Psychotherapy Integration*, *23*(3), 284-289. doi: 10.1037/a0032357

Cooper, M. (2010). The challenge of counselling and psychotherapy research. *Counselling and Psychotherapy research*, 1-29. ISSN: 1473-3145

Cooper, M. (2012). Client's and therapist's perceptions of intrasessional connection: an analogue study of change over time, predictor variables and level of consensus. *Psychotherapy Research*, 22(3), 274-288. doi: 10.1080/105003307.2011.647931

Copper, M. (2013). Experiencing relational depth in therapy: what we know so far. In R. Knox, D. Murphy, S. Wiggins & M. Cooper (Eds), *Relational Depth: New perspectives and developments* (pp.62-76). London: Palgrave MacMillan.

Corrêa, A. S. (2016). Os acontecimentos significativos e a relação terapêutica: Compreendendo a mudança em Psicoterapia. (Tese de Doutorado – não publicada). Universidade do Minho: Portugal.

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(XXVII), 479-491.

Coutinho, J., Ribeiro, E., Hill, C., & Safran, J. (2011). Therapist's and client's experiences of alliance ruptures: a qualitative study. *Psychotherapy Research*, 21(5), 525-540. doi: 10.1080/10503307.2011.587469

Coutinho, J., Ribeiro, E., Fernandes, C., Sousa, I., & Safran, J. (2014) The development of the therapeutic alliance and the emergence of alliance ruptures. *Anales de Psicología*. 30(3), 985 – 994. doi: 10.6018/analesps.30.3.168911

Coyne, A. E., Constantino, M. J., Laws, H. B., Westra, H. A., & Antony, A. A. (2017). Patient-therapist convergence in alliance ratings as a predictor of outcome in psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*. doi: 10.1080/10503307.2017.1303209

Chen, R., Atzil-Slonim, D., Bar-Kalifa, E., Hasson-Ohayon, I., & Refaeli, E. (2016). Therapist's recognition of alliance ruptures as a moderator of change in alliance and symptoms. *Psychotherapy Research*. 1-13. doi: 10.1080/10503307.2016.1227104

Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*. 43(8), 280-285. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.280

Dinger, U., Strack, M., Sachsse, T., & Schauenburg, H. (2009). Therapist's attachment, patient's interpersonal problems and alliance development over time in inpatient psychotherapy. *Psychotherapy theory, research, practice, training*. 46(3), 277-290. doi: 10.1037/a0016913

Duarte, J., Fischersworing, M., Martínez, C., & Tomicic, A. (2017). "I couldn't change the past; the answer wasn't there": A case study on the subjective construction of psychotherapeutic change of a patient with a Borderline Personality Disorder diagnosis and her therapist. *Psychotherapy Research*. doi: 10.1080/10503307.2017.1359426

Duff, C. T., & Bedi, R. P. (2010). Counsellor behaviors that predict therapeutic alliance: from the client's perspective. *Counselling Psychology Quarterly*. 23(1), 91-110. doi: 10.1080/09515071003688165

Easterbrook, C. J., & Meehan, T. (2017). The therapeutic relationship and Cognitive Behavioral Therapy: A case study of an Adolescent girl with Depression. *The European Journal of Counseling Psychology*. 6(1), 1-24. doi: 10.5964/ejcop.v6i1.85

Elliot, R., James, E., Reimschuessel, C., Cislo, D., & Sack, N. (1985). Significant Events and the Analysis of immediate therapeutic impact. *Psychotherapy*. 22(3), 620-630.

Elliot, R. (2008). Research on client experiences of therapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*. 18(3), 239-242. doi: 10.1080/10503300802074513

Elvins, R., & Green, J. (2008). The conceptualization and measurement of therapeutic alliance: An empirical review. *Clinical Psychology Review*, 28, 1167-1187. doi: 10.1016/j.cpr.2008.04.002

Eysenck, H. F. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of consulting Psychology*. 16, 319-324.

Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*. 1-12. doi: 10.1037/a.0032258

Ferreira, A. C. F. (2015). Desenvolvimento da Colaboração terapêutica: O estudo de caso comparativo de um insucesso e de um *dropout* seguidos em Terapia Narrativa. (Tese de Mestrado – não-publicado). Universidade do Minho: Portugal.

Ferreira, A. C. F., Ribeiro, E., & Pinto, D., Pereira, C., & Pinheiro, A. (2015). Colaboração terapêutica: um estudo comparativo de um caso finalizado e um caso de desistência. *Análise Psicológica*, 2(18), 165-177. doi: 10.14417/ap.938

First, M.B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV – TR Axis Disorders, Research Version, Non-patient Edition* (SCID-I/NP). New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.

Fitzpatrick, M.R., Janzen, J., Chamodraka, M., Gamberg, S., & Blake, E. (2009). Client relationship incidents in early therapy: Doorways to collaborative engagement. *Psychotherapy Research*. 19(6), 654-665. doi: 10.1080/10503300902878235

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in Psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of counseling of Psychology*. 59(1), 10-17. doi: 10.1037/a0025749

Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., & Horvath, A.O. (2018). The alliance in Adult Psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*. 1-53. doi: 10.1037/pst0000172

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Znoj, H., Caspar, F., & Jörg, U (2012). Valuing client's perspective and the effects on the therapeutic alliance: A randomized controlled study of an adjunctive instruction. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1); 18-26. doi: 10.1037/a0023648

Freitas, L. R. (2013). Comparação das funções de ligação logit e probit em Regressão Binária considerando os diferentes tamanhos amostras. (Tese de Mestrado – publicada). Universidade Federal de Viçosa, Brasil.

Freud, S. (1912-1958). *The dynamics of transference*. [Zur Dynamic der U^o bertragung]. (J. Starchey, Trans.). In J. Starchey (Ed.). *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. (Vol.2, pp. 99-108). London: Hogarth Press.

Friedlander, M. L. (2015). Use the relational strategies to repair alliance ruptures: how responsive supervisors train responsive psychotherapists. *Psychotherapy*, *52*(2), 174-179. doi: 0033-3204/15/12.00

Garfield, S. L. (1997). Brief Psychotherapy: The Role of Common and specific factors. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *4*(4), 217-225.

Gaston, L., Goldfried, M. R., Greenberg, L. S., Horvath, A. O., Raue, P. J., & Watson, J. (1995). The therapeutic alliance in Psychodynamic, Cognitive-Behavioral, and Experiential Therapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, *5*(1), 1-26. doi: 1053-0479/95/0300-0001\$07.50/0

Geller, S. M. (2013). Therapeutic presence as a foundation for relational depth. In R. Knox, D. Murphy, S. Wiggins, M. Cooper. (Eds.), *Relational depth: New perspectives and developments* (pp. 175-185). London: Palgrave MacMillan.

Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, *41*(3), 296-306. doi: 10.1037/0022-0167.41.3.296

Gersh, E., Hulbert, C. A., McKechnie, B., Ramadan, R., Worotniuk, T., & Chanen, A. M. (2016). Alliance rupture and repair processes and therapeutic change in youth with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 1-22. doi: 10.1111/papt.12097ams

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*, 267-294. Doi: 10.1080/10720530802500748

Hatcher, R. (1999). Therapist's views of treatment alliance and collaboration in therapy. *Psychotherapy Research*, *9*(4), 405-423. doi: 10.1080/10503309912331332831

Hatcher, R.L., & Barends, A.W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(3), 292-299. doi: 10.1037/0033-3204.43.2

Hatcher, R. L., Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the working alliance inventory. *Psychotherapy Research*, *16*(1), 12-25. Doi:

10.1080/10503300500352500

Heck, R. H., Thomas, S. L., & Tabata, L. N. (2010). *Multilevel and Longitudinal Modeling with IBM SPSS*. New York: Routledge Taylor & Fancis Group.

Hill, C. E. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: theory, research, practice and training*, 42(4), 431-442. doi: 10.1037/0033-3204.42.4.431

Hill, C. E., & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy research*, 19(1), 13-29. doi: 10.1080/10503300802621206

Hoener, C., Stiles, W. B., Luka, B. J., & Gordon, R. A. (2012). Clients experiences of agency in therapy. *Person-centered & Experiential Psychotherapy*, 11(1), 64-82. doi: 10.1080/14779757.2011.639460

Hofmann, S. G., Asmundson, G. J. G., & Beck, A. T. (2013). The Science of Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44, 199-212. doi: 0005-7894/44/199-212/\$1.00/0

Horvath, A. O., Greenberg, L. S. (1986). Development of the working alliance inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pincus (Eds.), *The psychotherapeutic process: A research handbook* (pp. 529-556). New York: Guilford.

Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573. doi: 0022-006X/93

Horvath, A. O. (2000). The therapeutic relationship: From transference to alliance. *In session: Psychotherapy in practice*, 56(2), 163-173.

Horvath, A. O. (2001a). The Alliance. *Psychotherapy*, 38(4), 365-372.

Horvath, A. O. (2001b). The therapeutic alliance: concepts, research and training. *Australian Psychologist*, 36(2), 170-176.

Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 43(3), 258-263. doi: 10.1037/0033-3204.43.3.258

Horvath, A. O., Del Re, A.C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance individual in *Psychotherapy*. 48(1), 9-16. doi: 10.1037/a0022186

Horvath, A. O. (2017). Research on the alliance: Knowledge in search of a theory. *Psychotherapy Research*. 1-17. doi: 10.1080/10503307.2017.1373204

Humble, M.A., Duncan, B.L., Miller, S.D., & Wampold, B. E. (2009). The heart and soul of change: what works in therapy (pp. 23-43). American Psychological Association.

Ivey, A. E., & Goncalves, O. F. (1988). Developmental Therapy: Integrating Developmental Processes into the Clinical Practice. *Journal of Counseling and development*. 66, 406-413.

Kalogerakos, A. F. (2009). An examination of therapeutic alliance patterns, client attachment, client interpersonal problems, and therapy outcome in Process-experiential and cognitive-behavioral treatment for depression. Tese de Doutorado (publicada). University of Toronto, Canada.

Kazantis, N., & Kellis, E. (2012). A Special feature on Collaboration in Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: In Session*. 68(2), 133-135. doi: 10.1002/jclp.21837

Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Routledge.

Kenny, D. A., & Hoyt, W. T. (2009). Multiple levels of analysis in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*. 19(4-5), 462-468. doi: 10.1080/10503300902806681

Kivlighan, D. M., & Shaughnessy, P. (2000). Patterns of working alliance development: A typology of client's working alliance ratings. *Journal of Counseling Psychology*. 42(3), 338-349. doi: 10.1037/0022-0167.42.3.338

Khalid, S. K., Kunz, R., Kleijnen, J., & Antes, G. (2003). Five steps to conducting a systematic review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 118 – 121.

Knapp, P., & Beck, A.T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista brasileira de Psiquiatria*. 30(Supl.II). 54-64.

Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in Psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology science and practice*. 22(3), 277-295.

Lambert, M. J., & Okiishi, J. C. (1997). The effects of the individual Psychotherapist and implications for future research. *Clinical Psychology: science and practice*. 4(1), 66-75. doi: 0969-5893/97/5.00

Lambert, M.J., & Cattani, K. (2012). Practice friendly research review: collaboration in routine care. *Journal of Clinical Psychology: In session*. 68(2), 209-220. doi: 10.1002/jclp.21835

Lambert, M. J. (2013a). Introduction and Historical overview. In: M.J. Lambert (Ed). (2013). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (pp.3-20). New Jersey: John Wiley & Sons

Lambert, M. J. (2013b). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: M.J. Lambert (Ed). (2013). Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (pp.169-218). New Jersey: John Wiley & Sons

Lambert, M. J. (2013c). Outcome in Psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy*. 50(1), 42-51. doi: 10.1037/a0030682

Leahy, R. L. (2008). The therapeutic relationship in Cognitive-behavioral therapy. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*. 36, 769-777. doi: 10.1017/S1352465808004852

Leahy, R. L., Holland, S. J. F., & McGinn, L. K. (2012). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*. New York: The Guildford Press (pp.490).

Leiman, M.; Stiles, & W.B. (2001). Dialogical sequences analysis and the zone of proximal development as conceptual enactments to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*. 11(3), 311-330.

Lepper, G., & Mergenthaler, E. (2007). Therapeutic collaboration: How does it work? *Psychotherapy Research*, 17(5); 576 – 587. doi: 10.1080/10503300601140002

Lo Coco, G., Gullo, S., Prestano, C. & Gelso, C. J. (2011). Relation of real relationship and the working alliance to the outcome of brief Psychotherapy. *Psychotherapy*. 48(4), 359-367. doi: 10.1037/a0022426

Luborsky, L. (1976). Helping Alliances in Psychotherapy. In J. L. Cleghorn (Ed). Successful Psychotherapy (pp.92-116). New York: Brunner/ Mazel.

Macfarlane, P., Anderson, T., & McClintock, A. S. (2015). The early formation of the working alliance from the client's perspective: A qualitative study. *Psychotherapy*. 1-11. doi: 10.1037/a0038733

Machado, P. P. P., & Frassnacht, D. B. (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*. 1-11. doi: 10.1111/papt.12048

Machado, P. P.; Horvath, A.O. (1999). Inventário da Aliança terapêutica WAI. In: M.R. Simões, M.M Gonçalves & I.S. Almeida (Eds), *Testes Psicológicos em Portugal*, Vol. II, Braga: Apport.

Mackrill, T. (2008). Exploring psychotherapy client's independent strategies for change while in therapy. *British Journal of Guidance and counseling*. 36(4), 441-453. doi: 10.1080/03069880802343837

Mackrill, T. (2009). Goal consensus and collaboration in Psychotherapy: An existential rationale. *Journal of Humanistic Psychology*. 50(1), 96-107. doi: 10.1177/0022167809341997

Martins, C. (2011). Manual de Análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer e interpretar e redigir. Braga: Psiquilíbrios.

Miller, A. (2012). Aaron Beck on Cognitive Therapy with Aaron T. Beck, MD. Disponível em: www.psychotherapy.net

Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of Psychotherapy: Yesterday, Today, and Tomorrow. *Psychotherapy*. 50(1), 88-97. doi: 10.1037/a0031097

Möeseneder, L., Figlioli, P., & Caspar, F. (2017). Confronting Patients: Therapist's Model of a Responsiveness Based Approach. *Journal Contemporary Psychotherapy*. doi: 10.1007/s10879-017-9371-x

Möeseneder, L., Ribeiro, E., Muran, J. C., & Caspar, F. (2018). Impact of Confrontations by Therapists on Impairment and utilization of the Therapeutic Alliance. *Psychotherapy Research*. doi: 10.1080/10503307.2018.1502897

Moro, L., Avdibegovic, E., & Moro, I. N. (2012). Insight in Psychotherapy. *Psychiatria Danubina*. 24(3), 14-48.

Muntigl, P., & Horvath, A. O. (2013). The therapeutic relationship in action: How therapists and clients co-manage relational disaffiliation. *Psychotherapy Research*. doi: 10.1080/10503307.2013.807525

McCullagh, P., & Nelder, J. A. (1989). Generalized Linear Models. 2^a Edition. London, New York: Chapman & Hall.

McGinn, L. K. (2000). Cognitive Behavioral Therapy of Depression: Theory, Treatment, and Empirical Status. *American Journal of Psychotherapy*. 54(2), 257-262.

Nof, A., Leibovich, L., & Zilcha-Mano, S. (2017). Supportive-expressive interventions in working through treatment termination. *Psychotherapy, Theory Research & Practice*. 54(1), 29-36. DOI: 10.1037/pst0000094

Norcross, J. C. (2002). Psychotherapy relationship that work: Therapist contributions and responsiveness to patient. New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C. (2009). The therapeutic relationship. In: In: M.A, Hubble, B.L. Duncan, S. D. Miller & B. E. Wampold (Eds). (2009). The heart and soul of change: what works in therapy (pp. 113-141). Washington DC: American Psychological Association.

Norcross, J.C., & Lambert, M. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*. 28(1), 4-8. doi: 10.1037/a0022180

Olivera, J., Braun, M., Martin, R., Penedo, G., & Roussos, A. (2013). A Qualitative Investigation of Former Client's Perception of Change, Reasons of consultation, Therapeutic Relationship, and Termination. *Psychotherapy*. 50(4), 505-516. doi: 10.1037/a0033359

Pearson, M. R., & Bulsara, C. (2016). Therapist's experiences of alliance formation in short-term counselling. *European Journal of Psychotherapy and Counselling*. 18(1), 2-22. doi: 10.1080/13642537.2015.1131729

Pereira, C. (2015). The development of Therapeutic Collaboration: comparison between a good and a poor outcome case of Narrative Therapy. (Tese de Mestrado – não publicada). Universidade do Minho: Portugal.

Pinto, D. P. V. (2017). O desenvolvimento da Colaboração terapêutica em casos clínicos de Desistência. (Tese de Doutoramento – não publicada). Universidade do Minho: Portugal.

Pinto, D., Sousa, I., Pinheiro, A., Freitas, A. C., & Ribeiro, E. (2018). The Therapeutic Collaboration in Dropout cases of Narrative Therapy: An Exploratory Study. *Revista de Psicoterapia*. 29(110), 167-184. ISSN: 1130-5142 (PRINT) – 2239-7950 (ONLINE).

Pires, N. M. (2016). Therapeutic collaboration in the Early Phase of Psychotherapy. (Tese de Doutoramento – não publicada). Universidade do Minho, Portugal.

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(2), 238 – 243. doi: 10.1037/0033-3204.43.2.238

Rector, N. A., Zuroff, D. C., & Segal, Z.V. (1999). Cognitive change and the therapeutic alliance: the role of technical and nontechnical factors in Cognitive therapy. *Psychotherapy*. 36(4), 320-328.

Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M. M., Stiles, W. B., Horvath, A., & Sousa, I. (2014). Therapeutic Collaboration and resistance: describing the nature and quality of the therapeutic relationship with ambivalence events using the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research*. doi: 10.1080/10503307.2013.856042

Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Brás, A., & Sousa, I. (2015). Ambivalence in Narrative Therapy: A comparison between recovered and unchanged cases. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1945

Ribeiro, E. (2009). Aliança terapêutica reconsiderada: colaboração terapêutica em zonas de Desenvolvimento proximal. In E. Ribeiro (Ed.), *Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica* (155-168). Braga, Portugal: Psiquilibrios Edições.

Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A.O., & Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: theory, research, and practice*. 1-21. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x

Ribeiro, E., Fernandes, C., Santos, B., Ribeiro, A., Coutinho, J., Angus, L., & Greenberg, L. (2014). The development of therapeutic collaboration in a good outcome case of Person-centered therapy. *Person-Centered and Experiential Psychotherapy*. 13(2), 150-168. doi: 10.1080/14779757.2014.893250

Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A. S., Stiles, W. B., Pires, N., Basto, I., & Salgado, J. (2016). Therapeutic Collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases. *Psychotherapy Research*. 1-16. doi: 10.1080/10503307.2016.1208853

Richert, A. J. (2003). Living stories, Telling Stories, Changing Stories: Experiential Use of the Relationship in Narrative Therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 13(2), 188-210. doi: 10.1037/1053-0479.13.2.188

Riviera, J. L. G. (1992). The stages of Psychotherapy. *European Journal Psychiatry*. 6(1), 51-58.

Rodrigues, E. C. (2014). Modelos Lineares Generalizados – Regressão Logística. Disponível em: www.professor.ufop.br/sites/default/files/ericarodrigues

Rodrigues, L. M. S. (2016). Colaboração terapêutica e a experiência em terapia na perspectiva da cliente e da terapeuta: um caso de Insucesso. (Tese de Mestrado – não-publicada). Universidade do Minho: Portugal

Rogers, C. (1961). *Tornar-se Pessoa*. (2ª Ed.). São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora LTDA.

Rolla, L. T. (2018). Introdução à Probabilidade: Notas de Aula. Disponível em: <http://mate.dm.uba.ar/~leorolla/>.

Saas-Stánczak, K., & Czabala, J. C. (2015). Therapeutic relationship – what influences it and how does it influence on the Psychotherapy process? *Psychoterapia*. 172(1), 5-17.

Sachsenweger, M. A., Fletcher, R., & Clarke, D. (2015). Pessimism and Homework in CBT for Depression. *Journal of Clinical Psychology*. 71(12), 1153-1172. Doi: 10.1002/jclp.22227

Safran, J. D, & Muran, J. C. (2000). Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide. New York: Guildford Press.

Safran, J., Muran, J.C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance rupture. *Psychotherapy*. 38, 406-412.

Safran, J. D. (2003). The relational turn, the Therapeutic Alliance, and Psychotherapy research. *Contemporary Psychoanalysis*. 39(3), 449-475. doi: 10.1080/00107530.2003.10747215

Safran, J., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliances. *American Psychological Association*. 48(1), 80-87. doi: 10.1037/a0022140

Safran, J., & Kraus, J. (2014). Alliance ruptures, Impasses, and Enactments: A relational perspective. *Psychotherapy*. 51(3), 381-387. doi: 10.1037/a0036815

Sampaio, R. C., & Mancini, M. C. (2007). Estudos de Revisão Sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 11(1), 83 – 89.

Samstag, L.W., Muran, J. C., Wachtel, P. L., Slade, A., Safran, J., & Winston, A. (2008). Evaluating negative process: A comparison of working alliance, interpersonal behavior, and narrative coherency among three Psychotherapy outcome conditions. *American Journal of Psychotherapy*. 62(2), 165-194.

Sanberk, I., & Akbaş, T. (2015). Psychological counseling processes of prospective Psychological Counsellors: An investigation of client-counsellor interactions. *Educational Sciences: Theory & Practice*. 15(4), 859-878. doi: 10.12738/estp.2015.4.2482

Sexton, H. C., Hembre, K., & Kvarme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess: a sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*(3), 471 – 480.

Sexton, H., Littauer, H., Sexton, A., Tømmerås, E. (2005). Building an alliance: early therapy process and the client-therapist connection. *Psychotherapy Research, 15*(1-2), 103-116. doi: 10.1080/10503300512331327083

Sommerfeld, E., Orbach, I., Zim, S., & Mikulincer, M. (2008). An in-session exploration of ruptures in working alliance and their associations with client's core conflictual relationship themes, alliance-related discourse and client's post-session evaluations. *Psychotherapy Research, 18*(4), 377-388. doi: 10.1080/10503300701675873

Sutherland, O., & Strong, T. (2010). Therapeutic Collaboration: a conversation analysis of constructionist therapy. *Journal of Family Therapy, 1*-23. 0163-4445 (print); 1467-6427 (online).

Scaturro, D. J. (2010). A tripartite learning conceptualization of Psychotherapy: The therapeutic alliance, technical interventions, and relearning. *American Journal of Psychotherapy, 64*(1), 1-27. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.2010.64.1.1

Snijders, T. (1996). Analysis of longitudinal data using the hierarchical linear model. *Quality and Quantity, 30*, 405-426.

Stevens, C. L., Muran, J.C., Safran, J. D., Gorman, B. S., & Winston, A. (2007). Levels and patterns of the therapeutic alliance in Brief Psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy, 61*(2), 1-21.

Stiles, W. B. (2001). Assimilation of Problematic experiences. *Psychotherapy, 38*, 462-465. Doi: 10.1037/0033-3204.38.4.462

Stiles, W. B., Glick, M. J., Hardy, G. E., Shapiro, D. A., Agnew-Davies, R., Ress, A., & Barkham, M. (2004). Patterns of alliance development and the rupture-repair hypothesis: are productive relationships U-Shaped or V-Shaped? *Journal of Counseling Psychology, 51*(1), 81-92. doi: 10.1037/0022-0167.51.1.81

Stiles, W. B., Cara-Gabalda, I., & Ribeiro, E. (2016). Exceeding the Therapeutic Zone of development as clinical error. *Psychotherapy: theory, research, practice, and training*. 53(3), 268-272. doi: 10.1037/pst0000061

Strong, T., Sutherland, O., & Ness, O. (2011). Considerations for a discourse of collaboration in counseling. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*. 2(1), 25-40. doi: 10.1080/21507686.2010.546865

Strupp, H. H. (1962). Psychotherapy. *Annual review of Psychology*. 445-478.

Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in Cognitive-Behavioral therapy for depression. *Journal of consulting and Clinical Psychology*. 67(6), 894-904.

Timulak, L. (2010). Significant events in psychotherapy: An update of research findings. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*. 83, 421-447. doi: 10.1348/147608310X499404

Tracey, T. J. G. (1993). An interpersonal stage model of the Therapeutic process. *Journal of Counseling Psychology*. 40(4), 396-409. doi: 10.1037/0022-0167.40.4.396

Tryon, G. S., & Winograd, G. (2001). Goal consensus and collaboration. *Psychotherapy*. 38(4), 385-389.

Voutilainen, L., Peräkylä, A., & Ruusuvuori, J. (2011). Therapeutic change in interaction: conversation analysis of a transformation sequence. *Psychotherapy Research*. 21(3), 348-365. doi: 10.1080/10503307.2011.573509

Vygotsky, L. (1978). *Mind in society: the development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Wampold, B. E. (2009). The research evidence for the common factors models: A historically situated perspective. In M.A. Humble, B.L. Duncan, S. D. Miller & B. E. Wampold (Eds). (2009). *The heart and soul of change: what works in therapy* (pp. 49-81). Washington DC: American Psychological Association.

Wampold, B., Hollon, S. D., & Hill, C. E. (2011). Unresolved questions and future directions in Psychotherapy research. *Psychotherapy research*. 2-38. doi: 10.1037/12353-011

Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry*. 14(3), 270-277.

Wampold, B. E., Flückiger, C., DelRe, A. C., Yulish, N.E., Frost, N. D., Pace, B. T., Goldberg, S. B., Miller, S. D., Baardseth, T. P., Laska, K. M., & Hilsenroth, M. J. (2017). In pursuit of truth: A critical examination of meta-analyses of cognitive behavior therapy. *Psychotherapy Research*. 27(1), 14-32. doi: 10.1080/10503307.2016.1249433

Watkins, C. E. (2012). Moments of real relationship in Psychoanalytic supervision. *The American Journal of Psychoanalysis*. 72, 252-268. doi: 0002-9548/12

Watkins, C. E. (2017). How does the psychotherapy supervision work? Contributions of connection, conception, allegiance, alignment, and action. *Journal of Psychotherapy Integration*. 27(2), 201-2017. Doi: 10.1037/int0000058

Watson, J. C., Schein, J., & McMullen, E. (2010). An examination of client's in session changes and their relationship to the working alliance and outcome. *Psychotherapy Research*. 20(2), 224-233. doi: 10.1080/10503300903311285

Weck, F., Grikscheit, F., Jakob, M., Höfling, V., & Stangier, U. (2014). Treatment failure in cognitive-behavioural therapy: Therapeutic alliance as a precondition for an adherent and competent implementation of techniques. *British Journal of Clinical Psychology*. 1-18. doi: 10.1111/bjc.12063

Wiseman, H., Tishby, O., & Barber, J. P. (2012). Collaboration in Psychodynamic Psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology: in session*, 68(2), 136 – 145. doi: 10.1002/jclp.21834

Wiseman, H. (2016). The quest for connection in interpersonal and therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*. 1-21. doi: 10.1080/10503307.2015.1119327

Wong, K., & Pos, A. E. (2012). Interpersonal processes affecting early alliance formation in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*. 1-11. doi: 10.1080/10503307.2012.708794

Wright, J. H., & Davis, D. (1994). The therapeutic relationship in Cognitive-behavioral therapy: Patient perceptions and therapist responses. *Cognitive and behavioral practice*, 1, 25-45. doi: 10.777/7229/94/025-045\$1.00/0

Zilcha-Mano, S. (2017). Is the alliance really therapeutic? Revisiting this question in light of recent methodological advances. *American Psychologist*, 72(4), 311-325. doi: 10.1037/a0040435