



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Carla Sofia Martins Pereira

**O desenvolvimento da Colaboração
Terapêutica: Comparação de um estudo de
caso de sucesso e insucesso em
Terapia Narrativa**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Carla Sofia Martins Pereira

**O desenvolvimento da Colaboração
Terapêutica: Comparação de um estudo de
caso de sucesso e insucesso em
Terapia Narrativa**

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

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Eugénia Ribeiro

Outubro de 2012

DECLARAÇÃO

Nome Carla Sofia Martins Pereira

Endereço eletrónico: carla.sofia.mp89@hotmail.com

Título dissertação

O desenvolvimento da Colaboração Terapêutica: Comparação de um estudo de caso de sucesso e insucesso em Terapia Narrativa

Orientador(es): Professora Doutora Eugénia Ribeiro

Ano de conclusão: 2012

Designação do Mestrado

Mestrado Integrado em Psicologia Clínica

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

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Na conclusão deste trabalho, pretendo aqui deixar o meu agradecimento a todos os que marcaram o crescimento desta investigação, nomeadamente:

À minha orientadora, Professora Doutora Eugénia Ribeiro, pelos desafios e pelas oportunidades de aprendizagem que me proporcionou ao longo destes 15 meses de trabalho.

Quero agradecer especialmente à aluna de doutoramento Dulce Pinto, por ter disponibilizado o seu tempo no treino do sistema de observação, pelo esclarecimento das minhas constantes interrogações e pela leitura e comentários atentos a partes deste trabalho.

Às minhas colegas de mestrado, Ângela Ferreira, Catarina Fernandes e Beatriz Santos pela partilha de ideias, sentido de entajuda e desabafos surgidos ao longo deste trajeto.

Quero principalmente agradecer à minha mãe, que é o meu suporte e a minha força, pelo encorajamento e ânimo que me “injetava” nos momentos mais difíceis, pela demonstração de interesse que sempre revelou durante todo o meu percurso académico, pelo respeito que permanentemente teve em relação ao meu trabalho e por nunca ter deixado de acreditar em mim.

Ao meu pai, ao meu irmão e à minha tia Virgínia por compreenderem que nem sempre estive presente.

À minha avó Adelaide que apesar de já não estar cá contribuiu para eu chegar a esta meta. Obrigada por tudo!

Ao Pedro Ribeiro por todos os momentos de distração proporcionados.

Ao Daniel Vilaça agradeço pelo incentivo que me foi oferecendo nesta etapa.

E, por fim, aos meus amigos que apesar dos contactos não serem tão frequentes quanto desejaria não faltavam com uma palavra de apoio.

RESUMO

O desenvolvimento da Colaboração Terapêutica: Comparação de um estudo de caso de sucesso e insucesso em Terapia Narrativa

Ao conceito de aliança terapêutica está inerente uma dimensão colaborativa que diz respeito ao envolvimento colaborativo entre cliente e terapeuta e cuja finalidade é promover uma mudança favorável do cliente (Horvath, 2006). No contexto da investigação que procura compreender os microprocessos envolvidos no desenvolvimento da aliança terapêutica, Ribeiro, E., Ribeiro, A.P., Gonçalves, Horvath e Stiles (2012) desenvolveram um modelo conceptual sobre o desenvolvimento da colaboração terapêutica, tomando como referencia o conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal. Com base neste modelo e com o objetivo de analisar a colaboração terapêutica momento a momento, os autores desenvolveram o *Therapeutic Collaboration Coding System – TCCS* (Ribeiro et al., 2012). O principal objetivo da presente dissertação foi comparar o desenvolvimento da colaboração terapêutica em dois casos clínicos, um de sucesso e outro de insucesso terapêutico, seguidos numa modalidade individual de terapia narrativa desenvolvida a partir do modelo de reautoria de White e Epston (1990). O caso de insucesso decorreu ao longo de 20 sessões e o caso de sucesso ocorreu num total de 16 sessões. As sessões de ambos os casos foram codificadas tendo por base o *TCCS*.

Os resultados relativos à evolução da colaboração terapêutica sugerem que, em ambos os casos, o terapeuta utiliza mais intervenções de desafio. No entanto, enquanto que no caso de insucesso o terapeuta suporta mais vezes a experiência problemática, no caso de sucesso o terapeuta suporta mais vezes a experiência de inovação da cliente. No que se refere à resposta das clientes, ambas tenderam a privilegiar respostas que indicavam experiências de segurança. Por outro lado, a cliente do caso de insucesso apresentou-se mais oscilante entre o risco tolerável e o risco intolerável durante todo o processo, e a cliente do caso de sucesso mostrou uma evolução nas suas respostas mostrando um decréscimo da experiência de risco intolerável e aumento da resposta de risco tolerável ao longo da terapia. A análise efetuada com o *State Space Grids* (Lamey, Lewis, & Granic, 2004) sugeriu que ambas as díades do caso de sucesso e insucesso estabilizaram a maior parte das suas interações terapêuticas em episódios cuja resposta da cliente indicava segurança. Estes episódios, por sua vez, incluíram os diferentes tipos de intervenção do terapeuta.

Os resultados irão ser discutidos tendo em conta a literatura existente neste domínio de investigação e a sua contribuição para compreender a colaboração terapêutica em casos de sucesso e de insucesso terapêutico, procurando perceber a influência das interações terapêuticas na ocorrência de mudança nestes processos e levantando hipóteses que poderão ser analisadas em amostras maiores.

Palavras-chave: Colaboração terapêutica, microanálise, caso de sucesso, caso de insucesso

ABSTRACT

The development of Therapeutic Collaboration: comparison between a good and a poor outcome case of Narrative Therapy

The concept of therapeutic alliance has inherently collaborative dimension with respect to collaborative involvement between client and therapist and whose purpose is to promote a favorable change in the client (Horvath, 2006). In the context of research that seeks to understand the micro processes involved in the development of therapeutic alliance, Ribeiro, E., Ribeiro, A.P., Gonçalves, Horvath e Stiles (2012) developed a conceptual model of the development of therapeutic collaboration, taking as reference the concept of zone of Proximal Development. Based on this model and to analyze the therapeutic collaboration moment to moment, the authors developed the Therapeutic Collaboration Coding System - TCCS (Ribeiro et al., 2012). The main purpose of this present dissertation was comparing the development of therapeutic collaboration in a two cases, one of good outcome case and other of poor outcome case, followed within a narrative therapy individual modality, developed from the reauthoring model of White and Epston (1990). The poor outcome case held over 20 sessions and the good outcome case occurred in a total of 16 sessions. The sessions of both cases were coded based on the TCCS.

The results concerning the evolution of therapeutic collaboration suggest that, in both cases, the therapist uses more challenging interventions. However, whereas in a poor outcome case, therapist supports the problematic experience more times, in a good outcome case the therapist support more often experience innovation client's. With regard to the client's responses, both tended to favor responses which indicated safety experiments. On the other hand, the client of the poor outcome case appeared more oscillating between tolerable risk and the intolerable risk throughout the process, and the client of a good outcome case showed a trend in their responses showing a decrease in experience of intolerable risk and increased response tolerable risk throughout therapy. The analysis performed for the State Space Grids (Lamey, Lewis & Granic, 2004) suggested that both the dyads of poor and good outcome case stabilized most of their therapeutic interactions in episodes whose client's response indicated safety. These episodes, in turn, include different kinds of therapist's intervention.

The results will be discussed in view of the existing literature in this field of research and their contribution to understanding the therapeutic collaboration in a good and poor outcome cases, seeking to understand the influence of the therapy on the occurrence of interactions change these processes and raising hypotheses that can be tested in larger samples.

Keywords: Therapeutic collaboration, micro-analysis, good outcome case, poor outcome case

ÍNDICE

	Pág.
PARTE A. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. Aliança enquanto microprocesso de mudança.....	8
2. Terapia Narrativa e colaboração terapêutica.....	12
PARTE B. INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA	
1. Método.....	15
1.1. Questões de investigação.....	15
1.2. Participantes.....	16
1.2.1. As clientes.....	16
1.2.2. A terapia e o terapeuta.....	17
1.2.3. A investigadora, a segunda juíza e a auditora.....	17
1.3. Instrumentos.....	17
1.4. Procedimento.....	21
1.4.1. Procedimento de codificação.....	21
1.4.2. Procedimento de análise de dados.....	22
2. Análise dos resultados.....	23
2.1. Análise descritiva do caso clínico de sucesso e insucesso terapêutico.....	23
2.1.1. Os resultados terapêuticos.....	23
2.1.2. A qualidade da Aliança Terapêutica.....	24
2.2. Análise detalhada do desenvolvimento da colaboração terapêutica ao longo do caso de insucesso terapêutico.....	25
2.2.1. Frequência das intervenções do terapeuta e das respostas da cliente.....	25
2.2.2. Frequência das posições possíveis da díade por referência aos níveis de desenvolvimento na ZDPT.....	27
2.3. Análise detalhada do desenvolvimento da colaboração terapêutica ao longo do caso de sucesso terapêutico.....	28
2.3.1. Frequência das intervenções do terapeuta e das respostas da cliente.....	28
2.3.2. Frequência das posições possíveis da díade por referência aos níveis de desenvolvimento na ZDPT.....	30
2.4. Análise comparativa dos dois casos, tendo em conta as frequências dos episódios em função da ZDPT.....	32
2.5. Análise comparativa dos dois casos, tendo em conta a concentração dos episódios interativos por referência à ZDPT.....	33
3. Discussão dos resultados.....	36
4. Limitações do estudo.....	39
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS E GRÁFICOS

	Pág.
Figura 1: Segmento do <i>continuum desenvolvimental</i> /terapêutico evidenciado pela ZDPT.....	11
Figura 2: Grelha com os episódios atratores identificados na 6 ^a e na 7 ^a sessão do caso de insucesso.....	35
Figura 3: Grelha com os episódios atratores identificados na 6 ^a sessão do caso de insucesso.....	36
Quadro 1: Marcadores identificativos do tipo de intervenção do terapeuta.....	19
Quadro 2: Marcadores identificativos dos três tipos de resposta do cliente.....	20
Quadro 3: Os 18 episódios interativos e sua distribuição pelas 7 posições que terapeuta e cliente ocupam por referência aos níveis de desenvolvimento na ZDPT.....	20
Quadro 4: Episódios interativos no caso de sucesso e insucesso.....	32
Quadro 5: Distribuição dos atratores identificados em cada sessão do caso de insucesso terapêutico.....	34
Quadro 6: Distribuição dos atratores identificados em cada sessão do caso de sucesso terapêutico.....	34
Gráfico 1: Evolução sintomática das clientes ao longo do processo terapêutico.....	23
Gráfico 2: Desenvolvimento da qualidade da aliança terapêutica na perspectiva das clientes nos casos de sucesso e insucesso terapêutico.....	24
Gráfico 3: Intervenções do terapeuta do caso de insucesso.....	25
Gráfico 4: Respostas da cliente do caso de insucesso.....	26
Gráfico 5: Posições possíveis da díade do caso de insucesso terapêutico.....	27
Gráfico 6: Intervenções do terapeuta do caso de sucesso.....	28
Gráfico 7: Respostas da cliente do caso de sucesso.....	29
Gráfico 8: Posições possíveis da díade do caso de sucesso terapêutico.....	31

PARTE A – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. A Aliança terapêutica enquanto microprocesso de mudança

A aliança terapêutica é um elemento essencial de qualquer processo psicoterapêutico (Horvath & Greenberg, 1994) e considerada como um dos fatores comuns mais importantes da eficácia terapêutica (Warwar & Greenberg, 2000), independentemente da abordagem teórica. Diversas evidências empíricas e estudos de meta-análise têm comprovado uma relação com robustez estatística entre a qualidade da aliança formada pelo terapeuta e pelo cliente e os resultados positivos da psicoterapia (Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000).

Embora o constructo “aliança terapêutica” varie em função dos diferentes entendimentos teóricos e técnicos sobre a relação psicoterapêutica (Martin et al., 2000), ela é definida, de um modo geral, como a “qualidade da interação desenvolvida entre terapeuta e cliente, no âmbito do processo terapêutico” (Ribeiro, 2009, p. 17). Foi precisamente no seguimento da conceptualização de aliança enquanto qualidade da interação desenvolvida entre o terapeuta e o cliente que, Edward Bordin em 1979, desenvolveu a primeira conceptualização transteórica deste conceito caracterizada como “a mais robusta definição da aliança até à data” (Hatcher & Barends, 2006, p. 293). A definição, baseada numa relação de colaboração e negociação mútua entre a díade, é constituída por três componentes interdependentes (que diferem no grau de importância conforme o modelo de orientação teórica a que se refere): o consenso em relação aos objetivos, que implica uma concordância acerca das metas de trabalho terapêutico estabelecidas por terapeuta e cliente a curto e a longo prazo; acordo na atribuição de tarefas, isto é, as atividades do processo psicoterapêutico que representam os meios pelos quais ambos os intervenientes esperam concretizar os objetivos acordados; e, por último, o desenvolvimento de um vínculo, que se refere precisamente à ligação afetiva entre o terapeuta e o cliente, estando implícitos aspetos como a confiança e o respeito mútuo, o compromisso e a compreensão partilhada.

A natureza interativa inerente ao conceito transteórico proposto por Bordin (1979) pressupõe, na sua essência, o envolvimento colaborativo e intencional do terapeuta e do cliente, num esforço mútuo para melhorar os problemas deste último, desenvolvido numa relação recíproca e ativa (Hatcher & Barends, 2006). De facto, este conceito revela-se mais compreensivo, abrangente e preciso (Horvath & Symonds, 1991). Assim, o carácter multidimensional e integrador deste conceito afirmou-se como a definição de aliança terapêutica, uma vez que permite captar os elementos essenciais do processo terapêutico comuns às diferentes psicoterapias, bem como as naturais modificações em função das perspetivas teóricas a elas subjacentes (Orlinsky & Rønnestad, 2000). Portanto, o autor permitiu elaborar sobre a dicotomia entre a técnica e a relação, na medida em que defende que os dois elementos terapêuticos não podem ser separados. Ele considerou-os não apenas interdependentes, como também reciprocamente reforçadores (Horvath & Luborsky, 1993).

Ao conceito de aliança terapêutica está inerente uma dimensão colaborativa que diz respeito ao envolvimento colaborativo entre cliente e terapeuta, no âmbito de uma relação de ajuda e cuja finalidade é promover uma mudança favorável do cliente (Tryon & Winograd, 2002). Segundo Greenberg (2007), torna-se, então, premente a criação de um clima emocional que proporcione ao cliente um sentimento de confiança no sentido da formação de uma aliança colaborativa ao longo da terapia. Também numa revisão de vários estudos sobre colaboração terapêutica realizada por Tryon e Winograd (2002), medida através do envolvimento do cliente e o cumprimento dos trabalhos de casa, se verificou que os clientes estão dispostos a trabalhar em “estreita colaboração” (p. 386) com os terapeutas, não só por se sentirem bem com o seu tratamento, mas também por experienciarem, de facto, melhores resultados terapêuticos.

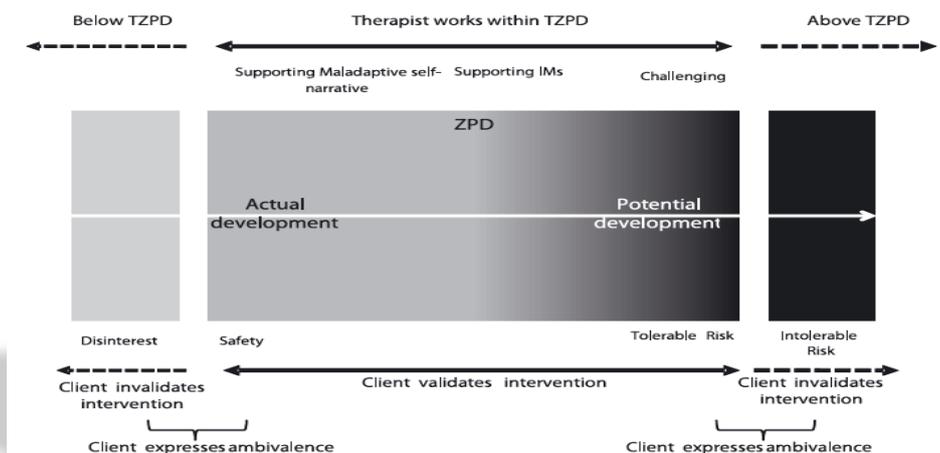
Atendendo à natureza colaborativa inerente a qualquer definição de aliança terapêutica e seguindo as orientações de Horvath (2006) no sentido de estudar a interação da díade a um nível microanalítico, é de frisar o trabalho desenvolvido por Ribeiro, E., Ribeiro, A.P., Gonçalves, Horvath e Stiles (2012) sobre o desenvolvimento da colaboração terapêutica, no âmbito da compreensão dos microprocessos envolvidos no desenvolvimento da aliança terapêutica. A noção de colaboração terapêutica proposta por estes autores, e na qual o presente estudo se fundamenta, é a de que esta consiste numa “coordenação de ações do terapeuta e do cliente, enquadrada momento a momento na conversação terapêutica” (Ribeiro, 2009, p. 171). Subjacente à mesma ideia, a noção de suplementação de ações (Bakhtin, 2000, citado por Ribeiro, 2009) significa que nenhuma ação tem, por si só, um significado absoluto. Resulta, assim, que uma ação do terapeuta somente adquire significado na medida em que é reconhecida e validada pelo outro elemento da díade, pelo que este processo assume um carácter interativo, dinâmico e processual.

Na ótica de Ribeiro e colaboradores (2012), a mudança que ocorre em psicoterapia está estreitamente associada à colaboração entre o terapeuta e o cliente, momento a momento. Segundo estes autores, o processo de mudança ocorre como uma forma de desenvolvimento, em que o cliente se move de um quadro que é disfuncional e inadequado para um mais funcional e adaptativo mediante a ocorrência de inovação. É, assim, objetivo central da terapia promover um clima favorável ao cliente para que novas experiências sejam toleradas e consideradas por si, através de dois tipos principais de intervenções por parte do terapeuta: intervenções de suporte, cujo sentido é o de ajudar o cliente na exploração de significados mediante a expressão de compreensão e aceitação da sua perspetiva habitual ou disfuncional; e, intervenções de desafio, em que o terapeuta, pelo uso de determinadas estratégias, permita ao cliente rever a sua própria perspetiva disfuncional e, conseqüentemente, estimular nele a ocorrência de novidade. Decorre, assim, que “é precisamente no equilíbrio dinâmico entre validação e invalidação dos sistemas de significação [do cliente] que o processo de mudança emerge” (Ribeiro, 2009, p. 173). Os mesmos autores (Ribeiro, 2009; Ribeiro et al., 2012) partem do pressuposto de que as intervenções de suporte por parte do terapeuta fazem com que o cliente se sinta validado na sua experiência e por isso experiencie conforto e segurança mas, por outro lado, excessiva validação pode reforçar a sua estrutura mal adaptativa, impedindo que a mudança ocorra. Por outro lado, é quando o terapeuta

intervém desafiando a perspectiva habitual do cliente que a mudança tende a ocorrer, embora um foco excessivo neste tipo de intervenções possa gerar uma grande ansiedade no cliente e culminar na sua desistência da terapia ou, pelo menos, sinalizar retrocessos indicativos de que as mudanças emergentes não foram bem operadas por este (Gabalda & Stiles, 2009).

A formulação de Ribeiro e colaboradores (2012) de que a mudança do cliente se assume como uma forma de desenvolvimento foi baseada no conceito de “zona de desenvolvimento proximal” (ZDP) proposto por Vygotsky (1978) e apropriado por Leiman e Stiles (2001) no âmbito da psicoterapia. Estes dois autores sugerem que para fomentar mudança nos clientes é necessário que os terapeutas trabalhem na denominada “Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica” (ZDPT), compreendida como a distância entre o nível de desenvolvimento atual do cliente e o nível de desenvolvimento potencial que ele poderá atingir em colaboração com o terapeuta. De acordo com Ribeiro e colegas (2012), a mudança ocorre, então, pela utilização de estratégias que auxiliem o cliente a mover-se de um nível de desenvolvimento real ou atual, para um nível de desenvolvimento potencial, sendo que o que é potencial num dado momento torna-se gradualmente atual à medida que a mudança vai ocorrendo. Neste seguimento, a utilização de estratégias de suporte indicarão que o trabalho terapêutico estará mais próximo do desenvolvimento atual do cliente. Isso permitir-lhe-á atribuir sentido às suas experiências dentro e fora do contexto terapêutico através da validação do seu sistema de significação. Por outro lado, será através da utilização de estratégias de desafio que as intervenções do terapeuta estarão mais próximas do nível de desenvolvimento potencial do cliente, permitindo-lhe ir para além da perspectiva disfuncional, ao desafiá-lo a significar a sua experiência de um modo diferente e alternativo. Desta forma, na perspectiva destes autores, a mudança ocorre em estreita ligação com a colaboração terapêutica que vai emergindo momento a momento entre ambos os elementos intervenientes no processo (Ribeiro et al., 2012), espelhando um fenómeno diádico e não algo que depende de cada uma das características individuais das partes (Leiman & Stiles, 2001). Como foi referido anteriormente, nenhuma ação isolada de cada um dos elementos da díade tem por si só qualquer significado, pelo que, Ribeiro e colaboradores (2012) afirmam que só é possível avaliar a qualidade colaborativa da interação terapêutica pela validação ou invalidação que a resposta do cliente transmite à intervenção do terapeuta. É, pois, a resposta do cliente à intervenção do terapeuta que é indicadora da zona em que este está a atuar, podendo ser dentro, no limite ou fora da ZDPT (Ribeiro et al., 2012) (Figura 1).

Figura 1. Segmento do *continuum desenvolvimental*/terapêutico evidenciado pela ZDPT



Fonte: Retirado de Ribeiro e colaboradores (2012, p. 6), com autorização dos autores.

De acordo com esta formulação de colaboração, se o terapeuta trabalha dentro da ZDPT o cliente terá mais probabilidade de sentir segurança face a intervenções de suporte ou experienciar risco tolerável face a intervenções de desafio, sendo que em ambos os casos o esperado é que o cliente valide essas mesmas intervenções (Ribeiro et al., 2012). Assim, mesmo dentro da ZDPT, as respostas do cliente podem colocá-lo ao mesmo nível, num nível anterior ou num nível de desenvolvimento posterior ao proposto pelo terapeuta. Por sua vez, relativamente ao trabalho terapêutico efetuado no limite da ZDPT (quer quando terapeuta se situa num nível de desenvolvimento posterior quer quando se situa num nível anterior ao do cliente), é comum que o cliente exiba ambivalência, ou seja, oscile entre o risco e a segurança. Por fim, considera-se que o trabalho do terapeuta ocorreu fora da ZDPT quando o cliente invalida ou rejeita a intervenção proposta por ser demasiado arriscada para ele no momento (Ribeiro et al., 2012).

Os resultados das investigações que têm sido realizados em torno do modelo de colaboração, mostram um padrão diferente em estudos de caso de sucesso e em estudos de caso de insucesso terapêutico. Em particular, numa investigação realizada por A. P. Ribeiro, E. Ribeiro, Oliveira, Azevedo, Pires, Gonçalves e Sousa (2011) com casos seguidos em terapia cognitiva e comportamental, os resultados revelaram que no caso de sucesso o terapeuta tende a desafiar de forma contínua e estável ao longo de todo o processo psicoterapêutico, havendo um decréscimo das intervenções de suporte no problema e um aumento das intervenções de suporte na inovação. Por outro lado, no caso de insucesso, o terapeuta tende a aumentar progressivamente as intervenções de desafio e a diminuir as intervenções de suporte no problema e as intervenções de suporte na inovação, com esta última a apresentar valores baixos. Quanto à resposta do cliente, a que indica segurança tende a ser a resposta mais frequente em ambos os casos, apesar de no caso de insucesso essa tendência ser mais elevada. Quando o terapeuta suporta o problema ou a inovação, a segunda resposta mais frequente nos dois casos é a de risco tolerável, com o caso de sucesso a apresentar valores mais elevados. Porém, quando o

terapeuta desafia no caso de insucesso, para além da tendência do cliente para experienciar segurança, este tende também a experienciar risco intolerável.

Também relativamente a um caso de *dropout* seguido em terapia narrativa (Pinto, E. Ribeiro, A. P. Ribeiro, Azevedo, Gonçalves & Sousa, 2011), verificou-se um padrão característico. Os resultados revelaram uma tendência crescente para intervenções de desafio, independentemente da resposta prévia do cliente. Além disso, também a resposta do cliente tende a ser a que indica segurança, independentemente da intervenção ser centrada na compreensão do problema, na inovação ou ser de desafio. Ou seja, o cliente situa-se maioritariamente no nível de segurança e, quando convidado a avançar, tende a experienciar risco intolerável.

2. Terapia Narrativa e colaboração terapêutica

Apesar de atualmente existir uma pluralidade de modelos que integram as terapias narrativas, estes têm em comum o foco nos processos de significação (Gonçalves & Henriques, 2000). Ora, o terapeuta narrativo procura, no contexto psicoterapêutico, explorar o problema e as alternativas acerca da realidade, pretendendo que a pessoa do cliente saia do registo do problema e flexibilize as suas significações por ampliação daquelas que lhe são preferenciais. Em particular na abordagem de reautoria (White & Epston, 1990), o terapeuta procura perceber o modo como o problema é construído e influenciado pelos discursos sociais, atribuindo particular ênfase à desconstrução dos discursos dominantes que influenciam a narrativa do cliente. Portanto, interessa atender às “realidades” de cada um e viabilizar um papel mais ativo do cliente nas várias esferas da sua vida.

De acordo com White e Epston (1990), a construção da mudança em psicoterapia ocorre a partir da ampliação *de resultados únicos*, que são exceções à história saturada pelo problema e que podem viabilizar uma nova narrativa. As histórias saturadas pelo problema são narrativas problemáticas em que um problema domina a totalidade da identidade do indivíduo, impedindo que outras definições de si surjam. Os resultados únicos, por sua vez, são detalhes que se situam fora da narrativa problema. Neste sentido, a terapia é uma oportunidade de reautoria a narrativa de vida pela identificação e amplificação de acontecimentos, sentimentos, intenções e pensamentos que diferem da narrativa dominante e problemática, propiciando a emergência de novidade e de diversidade. Na perspetiva deste modelo, os clientes mudam as suas narrativas de vida pela construção de novas narrativas identitárias, mais adaptativas. Os detalhes fora da narrativa problema só poderão ter alguma possibilidade de gerar mudança se, depois de identificados, forem elaborados narrativamente.

Numa perspetiva dialógica, Stiles (2002) defende que a mudança é retratada através de um processo de assimilação de vozes. O *self* é assim concebido como sendo composto por uma multiplicidade de vozes em que as experiências problemáticas, que surgem como vozes dissociadas ou não reconhecidas, procuram admissão pela comunidade de vozes que abrangem o *self* do cliente. Ou seja, é apenas através do diálogo que as vozes problemáticas se podem tornar gradualmente mais integradas na comunidade de vozes. E isto acontece à

medida que se desenvolvem pontes de significado, que podem ser signos ou sistemas de signos (e.g., palavras, frases, atitudes ou narrativas) que possuem o mesmo significado para o autor e para a audiência, com vista à assimilação das vozes antagônicas. Para Osatuke e colaboradores (2004), o conceito de pontes de significado de certo modo converge com o da narrativa pois possibilita a articulação coerente das posições internas, impelindo o cliente para a posição de autoria no processo de construção de significado (Polkinghorne, 2004). É fundamental que a sua assimilação decorra num contexto de suporte terapêutico (Stiles, 1999), exigindo uma atitude participativa tanto do terapeuta como do cliente.

Portanto, os modelos de mudança narrativa enfatizam a natureza dialógica e relacional do *self* e salientam a importância dessa dimensão no processo de mudança. Por um lado, é fulcral dar espaço para o cliente construir uma história mais satisfatória de si mesmo conferindo-lhe um sentido de autoria (White & Epston, 1990), por outro é também necessário que o que o terapeuta procure ouvir ativamente e compreender essas mesmas narrativas sendo que, à medida que o processo evolui, novas narrativas irão ser negociadas e construídas na conversação terapêutica (Polkinghorne, 1988). É, portanto, a partir da participação dos dois elementos da diáde que emerge a coconstrução de conhecimento narrativo, da qual ambos são responsáveis (Feixas & Villegas, 2000).

A teoria construcionista, na qual a terapia narrativa se insere, convida o terapeuta a considerar alternativas à posição tradicional de perito e a explorar uma orientação colaborativa com o cliente, na medida em que a construção de significado emerge precisamente no contexto deste processo relacional (Gergen & Warhuus, 2007). Esta teoria pressupõe uma relação dialética na qual o terapeuta coconstrói a autonarrativa do cliente de forma colaborativa com o objetivo de permitir a reconstrução da sua história (Hermans, 2001), num “processo criativo de construção partilhada” (Gonçalves & Henriques, 2000, p. 27). A relação de colaboração entre a diáde é percebida, deste ponto de vista, como um instrumento de mudança psicoterapêutica ao invés de ser um meio pelo qual o terapeuta conduz o cliente a agir de acordo com as suas suposições. Pode dizer-se, então, que o terapeuta desempenha um papel de coconstrutor e colaborador neste processo de (des)construção da história de vida do cliente (Lax, 1992), segundo o qual a natureza interativa e dinâmica do processo terapêutico não deverá ser posta de parte, uma vez que depende das contribuições de ambos os intervenientes (Hatcher, 1999).

Na mesma linha, O. Gonçalves (2000) defende que a terapia narrativa ocorre num contexto de negociação interpessoal, através de um processo comunicacional que se estabelece entre terapeuta e cliente. Assim, é pela conversação terapêutica que são criadas condições para a “emergência conjunta de uma nova narrativa (...), algo que não se situa na exclusividade de nenhum dos participantes mas no espaço dialógico do seu relacionamento” (p. 112). Isto significa que, por um lado, é o cliente o especialista nos seus significados pessoais, e por outro lado, é o terapeuta que detém o conhecimento teórico e metodológico necessário ao bom

desenvolvimento da terapia. Deste modo, a construção de um espaço dialógico é o resultado da forma como cada um dos elementos da díade contribui para o processo a partir da sua própria experiência (Hermans, 2001).

Desta forma, e dadas as poucas referências que concebem a aliança terapêutica numa perspectiva narrativa, foi proposta por Fernandes (2001) uma compreensão narrativa deste conceito. A autora concebe a aliança como implicando uma coconstrução de significados ancorada em “zonas de construção” (Gonçalves, 1993, p. 31, citado por Fernandes, 2001) emergentes na interação entre terapeuta e cliente. Ou seja, para esta autora, o terapeuta cria oportunidades para que o cliente elabore a sua narrativa e procura suscitar novas possibilidades para que este encontre outras zonas de construção da sua existência, propiciando-lhe um sentido de autoria coerente da sua própria vida. De acordo com o exposto, a terapia narrativa é, então, vista como um processo de negociação de significados em que cliente e terapeuta contribuem de forma equivalente e onde as narrativas empobrecidas do cliente, que impõe limitações à sua proatividade, são partilhadas e consideradas. Neste processo de negociação, a colaboração começa por ser proposta pelo terapeuta, mas gradualmente o cliente vai experienciando poder sobre as suas histórias, sendo que os significados emergentes advêm quer das construções do cliente quer do terapeuta.

Sendo assim, e centrando-nos na ideia que concebe a colaboração terapêutica como uma coordenação de ações do terapeuta e do cliente enquadrada momento a momento na conversação terapêutica, pretendemos, no âmbito desta investigação, efetuar uma análise exploratória dos processos interativos mediante os quais esta colaboração se desenvolve ao longo do processo terapêutico, com base no estudo de dois casos de Terapia Narrativa, um de sucesso e um de insucesso terapêutico.

PARTE B – INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA

1. Método

No presente estudo, adotamos a concepção de estudo de caso, seguindo uma orientação de construção de teoria (“theory building”), tal como sugerida por Stiles (2009). Segundo este autor, as concepções teóricas são desenvolvidas e modificadas através de várias observações de casos específicos, sendo as características individuais de cada caso fulcrais para informar a teoria. Assim, os resultados provenientes de cada um dos estudos de caso são analisados segundo uma teoria, tendo como objetivo primordial aperfeiçoá-la. Deste modo, optamos pela análise de estudo de caso por ser uma metodologia que nos permite responder ao nosso objetivo, ou seja, permite-nos compreender *como* decorre a colaboração terapêutica a um nível micro e avançar uma possível explicação para os dois casos terem evoluído no sentido do sucesso ou do insucesso terapêutico. Além disso, e tendo em consideração a especificidade de cada caso, pretendemos contribuir também para identificar novas pistas para a elaboração do modelo de colaboração. Importa ainda frisar que foram conjugadas análises qualitativas e análises quantitativas, de acordo com uma abordagem de estudo mista.

1.1. Questões de Investigação

O objetivo do presente estudo foi caracterizar a evolução da colaboração terapêutica em terapia narrativa, comparando um caso de sucesso e um caso de insucesso clínico e, perceber como este processo se articula com a mudança ou não mudança do cliente, tendo em conta a ZDPT. No sentido de prosseguir este objetivo, começámos por enunciar 3 questões gerais de investigação:

- 1- Como se caracteriza a colaboração terapêutica no caso de insucesso clínico seguido em terapia narrativa?
- 2- Como se caracteriza a colaboração terapêutica no caso de sucesso clínico seguido em terapia narrativa?
- 3- Considerando os movimentos possíveis da díade na ZDPT, como é que a colaboração terapêutica ao longo do processo se diferencia no caso de sucesso e no caso de insucesso clínico?

No sentido de aprofundar a compreensão da evolução da colaboração em cada um dos casos, adotámos um processo de análise circular, colocando questões novas e mais pormenorizadas a partir de resultados específicos que nos pareceram relevantes do ponto de vista do fenómeno que estudámos. Assim, as questões específicas a que respondemos neste estudo foram:

- 1- Como se caracteriza a colaboração terapêutica ao nível intrassessão no caso de insucesso terapêutico, considerando todos os movimentos possíveis por referência à ZDPT?
- 2- Como se caracteriza a colaboração terapêutica ao nível intrassessão no caso de sucesso terapêutico, considerando todos os movimentos possíveis por referência à ZDPT?

1.2. Participantes

1.2.1. As clientes

Neste estudo participaram duas clientes com o diagnóstico de Perturbação Depressiva *Major* de acordo com o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). Os dois casos clínicos pertencem à base de dados do projeto “Mudança Narrativa em Psicoterapia” (PTDC/PSI/72846/2006; Gonçalves, 2006¹) e foi-nos dada a indicação que foram casos de sucesso e insucesso clínico de acordo com a fórmula de Jacobson e Truax (1991) que permite calcular a mudança clinicamente significativa. Ambos os casos foram seguidos em terapia narrativa no Serviço de Psicologia da Escola de Psicologia da Universidade do Minho.

A cliente Joana², do caso de insucesso terapêutico, no momento em que teve acompanhamento psicoterapêutico, era uma jovem brasileira com cerca de 30 anos de idade, estava separada e encontrava-se a terminar o doutoramento na Universidade do Minho. Encontrava-se, por esta razão, deslocada da sua residência e afastada do marido, com quem estava chateada. A procura de ajuda de Joana prendeu-se com a indecisão entre o permanecer casada ou o assumir de um relacionamento extraconjugal. Além disso, a cliente receava ficar só, mostrava-se incapaz de colocar limites nas suas duas relações, concluindo que se dissesse o que pensa os outros abandoná-la-ão. Esta dificuldade em decidir-se tinha consequências no seu rendimento académico, devido à desconcentração e procrastinação, bem como no relacionamento com os amigos mais próximos. Entretanto, a suspeita de que pudesse estar grávida do namorado, o que mais tarde se veio a confirmar, gerava alguma ambivalência em relação às suas perspetivas de futuro.

A cliente Maria¹, do caso de sucesso terapêutico, tinha 54 anos e era divorciada quando recebeu acompanhamento psicoterapêutico. Estava empregada e vivia com uma das duas filhas. No momento de admissão, Maria estava a tomar medicação e a problemática trazida para a consulta relacionava-se, sobretudo, com a dificuldade em retomar algumas atividades e *hobbies* que, devido às limitações físicas que apresentava decorrentes de uma operação a uma hérnia discal, a impediu de fazer coisas que lhe davam prazer, como por exemplo dançar. Apesar de não ter quaisquer limitações médicas para retomar esta atividade, Maria demonstrava algum medo de não conseguir fazer o que fazia antes (“não quero descobrir que não sou capaz”) e, por esta razão, evitava pôr-se à prova. A constante necessidade de fazer tudo sempre o melhor possível era algo transversal a todas as áreas da sua vida. Associado a esta perda de mobilidade, flexibilidade e força, somaram-se outros aspetos que alimentavam a tristeza, como os problemas relacionais derivados dos seus dois casamentos em que se “anulou completamente”, sobressaindo alguma culpabilização e arrependimento. Isto fazia com que sentisse uma grande discrepância entre aquilo que tinha sido antes da manifestação do problema

¹ Agradecemos ao Prof. Miguel Gonçalves o facto de nos ter cedido os casos para estudo.

² Os nomes das clientes, bem como outros dados que pudessem facilitar a sua identificação, foram alterados no sentido de respeitar o princípio da confidencialidade.

e a forma como era no momento, queixando-se do seu desconhecimento enquanto pessoa (“quem sou eu?”). A cliente relatava ainda dificuldades na relação com a mãe.

1.2.2. A terapia e o terapeuta

O caso de insucesso decorreu ao longo de 20 sessões e o caso de sucesso terapêutico ocorreu num total de 16 sessões. A regularidade das sessões terapêuticas em ambos os casos clínicos foi semanal.

O modelo de intervenção utilizado nesta terapia seguiu os princípios da terapia narrativa de reautoria de White e Epston (1990). Este modelo de psicoterapia individual de orientação narrativa assenta na ideia de que “os seres humanos vivem as suas vidas de acordo com histórias” (Gonçalves, 2008, p. 15). Neste sentido, a terapia assume-se como uma oportunidade para o cliente identificar acontecimentos, sentimentos, intenções e pensamentos que diferem da narrativa dominante e problemática, criando possibilidades para a emergência, construção e consolidação de narrativas alternativas e mais congruentes acerca de si.

Ambos os casos clínicos descritos neste estudo foram seguidos pelo mesmo terapeuta. Este era estudante de Doutoramento de Psicologia Clínica, com cerca de cinco anos de experiência clínica, tendo recebido formação prévia em Terapia Narrativa.

1.2.3. A investigadora, a segunda juíza e a auditora

A investigadora (primeira juíza) foi responsável pela codificação da totalidade do caso de insucesso terapêutico e análise integral de ambos os casos considerados. Por sua vez, a segunda juíza foi responsável pela codificação, na íntegra, das sessões do caso clínico de sucesso terapêutico. Além disso, as duas juízas procederam à codificação, de forma independente, de 50% das sessões dos casos de cada uma.

A investigadora e a segunda juíza encontram-se, neste momento, a frequentar o 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica da Universidade do Minho e integram o grupo de investigação em estudos centrados nos processos relacionais em psicoterapia, especificamente na aliança e na colaboração terapêuticas.

As duas juízas receberam treino no Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica – SCCT - sob a supervisão e responsabilidade da orientadora deste estudo, sendo de referir que o seu papel foi também o de auditora de 30% das sessões, após consenso das juízas sobre as codificações realizadas.

1.3. Instrumentos

No contexto do protocolo de investigação em que os casos clínicos considerados se inserem, foram aplicados diversos instrumentos de avaliação. Contudo, serão apenas descritos de seguida aqueles cujos resultados informaram a nossa análise:

Outcome Questionnaire – OQ10.2 (Lambert, Finch, Okiishi, & Burlingame, 2005). No sentido de avaliar a evolução sintomática das clientes no decurso do processo terapêutico foi usado em todas as sessões o *Outcome Questionnaire – OQ10.2*. Este instrumento é composto por 10 itens relativos ao bem-estar psicológico e ao desconforto subjetivo, preenchidos pelos clientes e pontuados numa escala de tipo *likert* de 5 pontos (de 0, “nunca”, a 4, “quase sempre”). Este instrumento é derivado do *Outcome Questionnaire – OQ45.2* (Lambert & Burlingame, 1996; versão portuguesa adaptada por Machado & Klein, 2006), o qual consiste numa medida de autorrelato com 45 itens e cada item é respondido numa escala tipo *likert* de de 5 pontos (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = frequentemente, ou 4 = quase sempre). No presente estudo, usámos o *OQ10.2* em todas as sessões com o intuito de descrever a evolução sintomática de cada uma das clientes. Por sua vez, consideramos a pontuação geral do *OQ45.2* apenas na primeira e na última sessão, de forma a situarmos as clientes em relação à população clínica e não clínica e assim puder justificar o sucesso e insucesso dos casos.

Inventário da Aliança Terapêutica (IAT; versão portuguesa adaptada do *Working Alliance Inventory – WAI*; Machado & Horvath, 1999). Com o intuito de avaliar a qualidade da aliança terapêutica foi utilizado o Inventário da Aliança Terapêutica. Este instrumento de autorrelato é constituído por três subescalas distintas, de acordo com a conceptualização transteórica da aliança terapêutica de Bordin (1979). Nas suas três componentes, que constituem as três subescalas do questionário: “Tarefa” – referente ao acordo dos intervenientes acerca das atividades que constituem o processo terapêutico, em termos de dimensões como relevância, eficácia e responsabilidade; “Relação” – relativo à rede complexa de vinculações pessoais positivas entre cliente e terapeuta, integrando aspetos como confiança mútua, aceitação e confiança; e, “Objetivos” – referente à colaboração e consenso relativamente aos alvos de intervenção terapêutica. Cada uma destas 3 subescalas é composta por 12 itens, distribuídos ao longo do instrumento num total de 36 itens, em que é solicitado ao sujeito que se posicione numa escala de tipo *likert* de 7 pontos (desde “nunca” a “muito frequentemente”). O inventário permite obter uma pontuação global (somatório das pontuações de todos os itens) e uma pontuação parcial para cada uma das subescalas. Os dados psicométricos relativos à versão portuguesa indicam valores adequados de fiabilidade, com *Alpha de Cronbach* de .95 para a escala total e de .93 para a subescala “Tarefa”, .87 para a subescala da “Relação” e .80 para a subescala “Objetivos”, sendo os resultados da versão original bastante análogos (Machado & Horvath, 1999). Neste trabalho, de entre as três versões paralelas do IAT (i.e., do cliente, do terapeuta e de um observador externo), apenas utilizámos a versão do cliente (IAT-C).

Therapeutic Collaboration Coding System (*TCCS*; Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles, 2012). A colaboração terapêutica foi analisada a um nível microanalítico através do Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica que permite detalhar os processos interativos através dos quais a colaboração entre o cliente e o terapeuta se desenvolve, momento a momento. A unidade de análise corresponde a cada fala do terapeuta ou do cliente, contextualizado na interação diádica imediatamente anterior.

Quanto à intervenção do terapeuta, é possível identificar 7 marcadores de suporte, quer no domínio da experiência problemática quer no domínio da experiência de inovação, e 9 marcadores de desafio (Quadro 1). As intervenções de suporte por parte do terapeuta consistem, principalmente, num trabalho desenvolvido no nível de desenvolvimento atual do cliente e permitem a exploração da sua perspetiva desadaptativa (suporte da experiência problemática) ou a elaboração da inovação emergente por oposição ao quadro de referência habitual (suporte na experiência de inovação³); as intervenções de desafio situam-se, preferencialmente, no nível de desenvolvimento potencial do cliente e possibilitam o afastamento da sua perspetiva desadaptativa.

Quadro 1. Marcadores identificativos do tipo de intervenção do terapeuta

Intervenções do Terapeuta	
Suporte no problema ou suporte na inovação	Desafio
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reflexão ▪ Confirmação ▪ Sumarização ▪ Demonstração de interesse ou atenção ▪ Questionamento aberto ▪ Especificação de informação ▪ Encorajamento mínimo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interpretação ▪ Confrontação ▪ Convite a adotar uma nova perspetiva ▪ Convite para pôr em prática uma nova ação ▪ Convite para imaginar cenários hipotéticos ▪ Mudança de nível análise ▪ Debate de crenças ▪ Ênfase na inovação ou dar visibilidade ▪ Procura de evidências de mudança (<i>tracking change</i>)

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

Por outro lado, as respostas do cliente podem ser de validação, invalidação ou ambivalência (Quadro 2). Enquanto que, nas duas primeiras respostas o que acontece é que a intervenção do terapeuta é claramente aceite (validada) ou não aceite (invalidada) pelo cliente, nas respostas de ambivalência este oscila entre a validação inicial da intervenção do terapeuta e um retorno à perspetiva habitual centrada no problema (ambivalência com retorno à segurança) ou o contrário, começa por validar a intervenção do terapeuta e avança para além desta no sentido da inovação (ambivalência com avanço para o risco tolerável). É de notar ainda que a codificação dos 3 tipos de resposta do cliente implica que se avalie qual o tipo de intervenção do terapeuta imediatamente anterior. Relativamente aos marcadores de validação, o cliente pode validar a intervenção do terapeuta não introduzindo qualquer inovação, expressando segurança face ao nível proposto pelo terapeuta, ou elaborar no sentido da inovação (quer esta tenha ou não sido proposta pelo terapeuta), indicando uma experiência de risco tolerável. No caso de o cliente ter invalidado a intervenção, é necessário decidir se a sua resposta sugere que o terapeuta não está a avançar, não sendo capaz de perceber a sua experiência (desinteresse) ou se é o cliente que não está capaz de arriscar tanto quanto o terapeuta propõe (risco intolerável).

³ Ribeiro e colaboradores (2012) importaram o termo “inovação” do trabalho de Gonçalves e colegas (2009), uma vez que estes autores definem a experiência de novidade ou de mudança como uma exceção à narrativa problemática apresentada pelo cliente, tal como o fazem os autores de referência.

Quadro 2. Marcadores identificativos dos três tipos de resposta do cliente

Resposta do Cliente		
Validação	Ambivalência	Invalidação
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Confirmação ▪ Fornecimento de informação ▪ Elaboração ▪ Reformulação da sua perspetiva 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Validação da intervenção do terapeuta seguida de retorno à segurança ▪ Validação da intervenção do terapeuta seguida de avanço para o risco tolerável 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centração na perspetiva habitual ▪ Ausência de envolvimento na resposta ▪ Mudança de tópico ▪ Desconexão de tópico ▪ Resposta sarcástica ▪ Defesa da sua perspetiva e/ou desacordo com a intervenção do terapeuta ▪ Negação do progresso ▪ Autocriticismo e /ou desesperança ▪ <i>Storytelling</i> sem significado e/ou foco nas reações dos outros ▪ Expressão de confusão

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

Posteriormente ao processo de codificação de cada uma das falas, é possível combinar a intervenção do terapeuta e consequente resposta do cliente em 18 tipos de episódios interativos que, por sua vez podem ser agrupados em 7 posições que o terapeuta e a cliente ocupam por referência aos diferentes níveis de desenvolvimento na ZDPT (Quadro 3).

Quadro 3. Os 18 episódios interativos e sua distribuição pelas 7 posições que terapeuta e cliente ocupam por referência aos níveis de desenvolvimento na ZDPT

		Resposta do cliente					
		Desinteresse	Ambivalência – avanço para risco tolerável	Segurança	Risco tolerável	Ambivalência – retorno à segurança	Risco intolerável
Intervenção do terapeuta	Suporte no problema	SP-D (episódio 1)	SP-ART (episódio 2)	SP-S (episódio 3)	SP-RT (episódio 4)	SP-ARS (episódio 5)	SP-RI (episódio 6)
	Suporte na inovação	SI-D (episódio 7)	SI-ART (episódio 8)	SI-S (episódio 9)	SI-RT (episódio 10)	SI-ARS (episódio 11)	SI-RI (episódio 12)
	Desafio	D-D (episódio 13)	D-ART (episódio 14)	D-S (episódio 15)	D-RT (episódio 16)	D-ARS (episódio 17)	D-RI (episódio 18)
ZDPT		Atrás da ZDPT	Limite inferior da ZDPT	Dentro da ZDPT Atual → Potencial		No limite superior da ZDPT	Para além da ZDPT

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

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

1.4. Procedimento

1.4.1. Procedimento de codificação

A investigadora e a segunda juíza foram treinadas no sistema de observação (SCCT; Ribeiro et al., 2012) ao longo de, aproximadamente, 6 meses, com a codificação de várias sessões de treino e a sua discussão em reuniões quinzenais com o grupo de investigação. De seguida, a codificação independente teve início quando o *Kappa de Cohen* atingiu um valor (aproximadamente .60) considerado moderado e aceitável (Fleiss, 1981, citado por Martins & Machado, 2006; Landis & Koch, 1977), calculado com recurso ao *software* estatístico IBM SPSS (*Statistical Program for Social Sciences – Version 19.0*).

A atribuição dos casos em questão foi feito de forma aleatória, ou seja, a investigadora e a segunda juíza não tiveram conhecimento prévio de que tipo de caso (de sucesso ou de insucesso) se tratava. Somente era sabido o tipo de abordagem terapêutica neles utilizada. As sessões de ambos os casos clínicos estavam já transcritas. Assim, a primeira etapa foi a enumeração das áreas problemáticas e respetiva inovação para cada uma das clientes. Isto foi feito de forma independente pelas duas juízas e após a leitura da sessão 1 de cada caso. De seguida, as juízas reuniram-se para chegarem a consenso relativamente à enumeração das áreas problemáticas e respetiva inovação para as duas clientes, obtendo-se uma definição consensual. As sessões foram codificadas de forma independente e numa ordem sequencial, com recurso ao SCCT. Após a codificação independente de cada das sessões que constituíram 50% das sessões de cada caso, as juízas reuniram-se para discutir as possíveis diferenças na codificação, procurando chegar a consenso. Nos primeiros 30% destas sessões os desacordos que se mantiveram foram resolvidos através da auditoria.

O cálculo da fidelidade interjuízas foi efetuado previamente ao consenso, a partir da determinação do *Kappa de Cohen* para os dados referentes a 50% das sessões (até à sessão 7 no caso de sucesso e no caso de insucesso até à sessão 11) dos dois casos codificados. No caso de sucesso obteve-se um acordo de .46 (70.53%) no *K* médio relativo à intervenção do terapeuta e de .49 (72.50%) em relação à resposta da cliente. No caso de insucesso verificou-se um valor de .52 (79.69%) respeitante à intervenção do terapeuta e de .45 (70.70%) para as respostas da cliente. De acordo com alguns autores (Fleiss, 1981, citado por Martins & Machado, 2006; Landis & Koch, 1977) estes valores de *Kappas* são considerados moderados e aceitáveis. É importante notar ainda que, inicialmente, se pensou codificar de forma independente 100% dos casos de cada uma das juízas no entanto, por questões de tempo, tal não foi possível, procedendo-se assim à codificação, de forma independente, de 50% das sessões dos casos de cada uma.

Importa notar que não foi possível aceder à 3ª e à 16ª sessão do caso de sucesso e a uma parte da 17ª sessão do caso de insucesso, dada a inexistência de vídeo e conseqüente transcrição destas mesmas sessões.

1.4.2. Procedimento de análise de dados

Numa primeira fase, pretendeu-se analisar o desenvolvimento da colaboração terapêutica em cada um dos casos clínicos, mediante a utilização do SCCT. Portanto, para calcular as frequências das intervenções do terapeuta, das respostas das clientes e das posições que ocupam na ZDPT, recorreremos ao programa Excel. Os índices de cada intervenção do terapeuta foram obtidos dividindo-se o número de cada tipo de intervenção do terapeuta (suporte no problema, suporte na inovação ou desafio) pelo número total de intervenções em cada sessão. Da mesma forma, os índices de cada tipo de resposta das clientes foram obtidos dividindo-se o número de cada tipo de resposta da cliente (desinteresse, ambivalência com avanço para o risco tolerável, segurança, risco tolerável, ambivalência com retorno à segurança ou risco intolerável) pelo número total de intervenções em cada sessão. Por fim, os índices dos diferentes episódios foram obtidos dividindo-se o número de cada episódio pelo número total de intervenções em cada sessão. Posteriormente, os índices das posições foram calculados pela soma dos índices dos episódios a que correspondem.

Numa segunda fase, e de forma a responder às questões específicas deste estudo, fomos tentar perceber como era a movimentação da díade na ZDPT ao nível intrassessão. Para isso, recorreremos ao método *State Space Grids* (SSGs; Lewis, Lamey, & Douglas, 1999), desenvolvido no âmbito da psicologia do desenvolvimento para o estudo de duas ou mais séries de dados sincronizadas. No presente trabalho, estas duas séries de dados referiam-se às variáveis “intervenção do terapeuta” e “resposta da cliente”, dada a (in)existência de sincronia em cada um dos episódios interativos e atendendo à conceptualização de colaboração terapêutica que temos vindo a assumir. Este método baseia-se na asserção de que as duas séries de dados consideradas constituem um sistema dinâmico, com um número finito de estados possíveis, denominado por *State Space* (Thelen & Smith, 1994, citados por Lewis, 2000). É de realçar que o sistema tende a estabilizar num número reduzido e finito de estados saturados (80%), que se denominam de atratores. No caso deste estudo, o *State Space* coincide com o espaço definido pela ZDPT, cuja apresentação gráfica é uma grelha, constituída por 18 células e possibilita seguir a trajetória da interação do terapeuta e da cliente ao longo de cada sessão e em todo o processo. Relativamente à apresentação gráfica das grelhas, cada círculo representa um episódio definido pelo estado de ambos os elementos da díade e o círculo vazio indica o 1º episódio da sessão. Além disso, as linhas representam as transições entre episódios e as setas apontam a direção de cada uma dessas transições.

Neste caso, os atratores representam os episódios que concentram pelo menos 80% das interações da díade, independentemente dos movimentos realizados na ZDPT (Lewis et al., 1999). Para isso, utilizámos o programa informático designado por GridWare, versão 1.1 (Lamey, Hollestein, Lewis, & Granic, 2004) que nos facultava a introdução de duas variáveis categoriais (intervenção do terapeuta no eixo do y's e resposta da

cliente no eixo do x's) e de uma variável contínua que diz respeito à duração de cada episódio (número de palavras de cada um dos intervenientes).

2. Análise dos Resultados

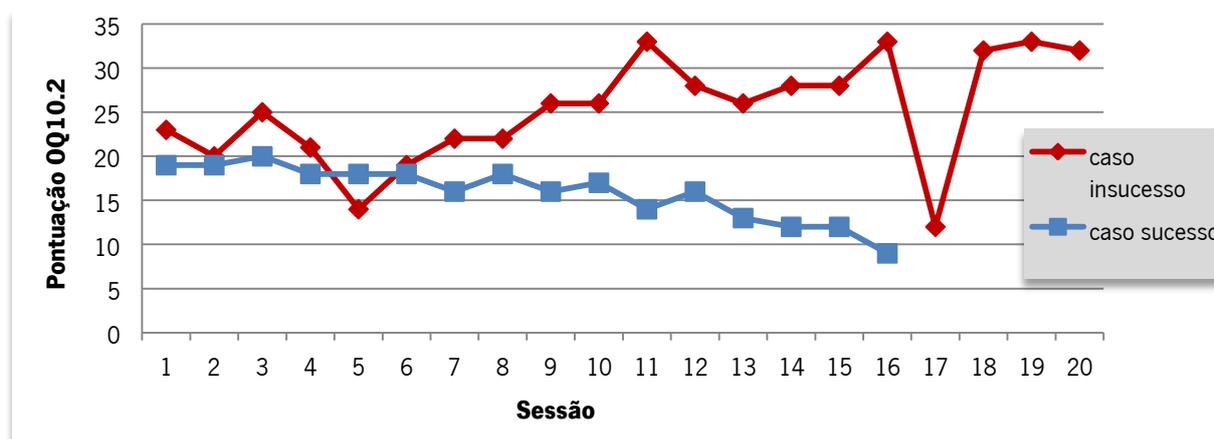
A apresentação e análise dos resultados obtidos neste trabalho serão expostas de modo descritivo e compreensivo. Num primeiro momento serão apresentados os resultados que permitem caracterizar cada um dos casos, nomeadamente ao nível dos resultados terapêuticos e da qualidade da aliança terapêutica. Num segundo momento, serão apresentados os resultados relativos à caracterização da colaboração terapêutica de forma detalhada, ao longo de cada um dos casos clínicos, tendo como referência a análise efetuada com o SCCT (Ribeiro et al., 2012). E num terceiro e último momento, serão comparados os dois casos clínicos tendo em conta as frequências e a concentração dos episódios interativos por referência à ZDPT.

2.1. Análise descritiva dos casos clínicos de sucesso e insucesso terapêutico

2.1.1. Os resultados terapêuticos

A evolução sintomática das clientes nos dois casos clínicos em estudo foi obtida através das suas respostas ao OQ10.2 em cada uma das sessões (Gráfico 1).

Gráfico 1. Evolução sintomática das clientes ao longo do processo terapêutico



No caso de insucesso terapêutico, a cliente apresentava um *score* total de 23 na 1ª sessão e de 32 na 20ª sessão (média=25.15), numa escala variável entre 0 (mínimo) e 40 valores (máximo), o que sugere um agravamento ao nível da sintomatologia apresentada. No caso de sucesso terapêutico, a cliente apresentava uma pontuação total de 19 na 1ª sessão e de 9 na 16ª sessão (média=15.94), indicativo de uma diminuição ao nível da sintomatologia apresentada ao longo do processo de intervenção. Observe-se que, de um modo geral,

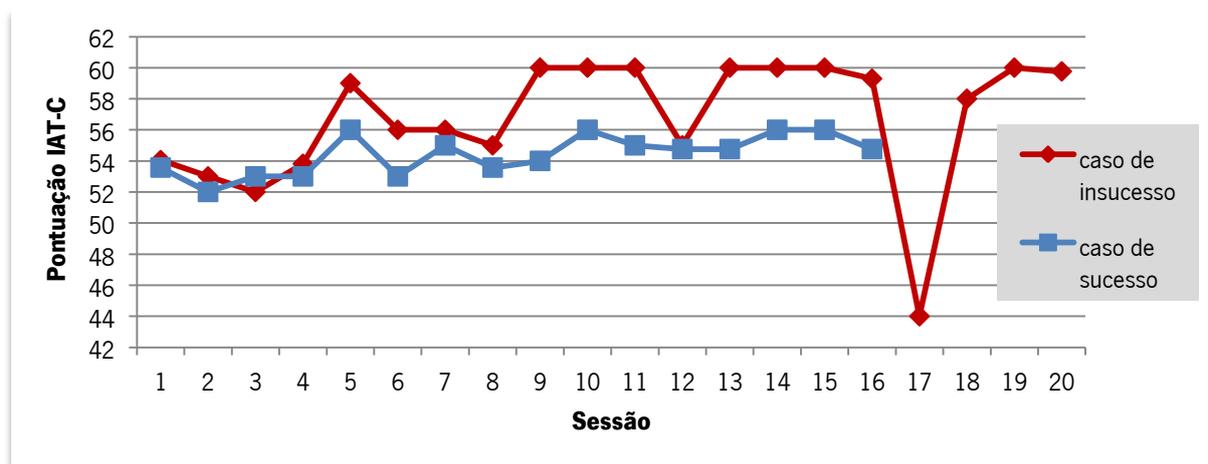
no caso de insucesso houve uma evolução mais irregular e instável da sintomatologia, comparativamente com o caso de sucesso terapêutico.

Por outro lado, para efeitos de cálculo da mudança clinicamente significativa, comparou-se os valores do *OQ45.2* na primeira e última sessão, cuja escala varia entre 0 e 180 valores, sendo um *score* mais elevado indicativo de pior funcionamento do cliente. Neste instrumento, a pontuação inicial da cliente do caso de insucesso foi de 85 e a pontuação final de 97 e a cliente no caso de sucesso obteve uma pontuação inicial de 64 e uma pontuação final de 39. Neste sentido, interessa mencionar que numa amostra portuguesa não clínica, estudada por Machado e Klein (2006), as mulheres apresentaram um resultado total médio de 54 (DP=17.88 valores). Tomando como referência estes valores normativos, a cliente do caso de insucesso tanto no primeiro como no último momento de avaliação apresentava um nível de sintomas clinicamente significativo. Por outro lado, a cliente do caso de sucesso inicialmente apresentava um nível de sintomas clinicamente significativo, todavia na última sessão manifestava um nível característico da população não clínica.

2.1.2. A qualidade da Aliança terapêutica

A qualidade da aliança terapêutica nos dois casos clínicos estudados foi avaliada a partir da resposta ao IAT em cada uma das sessões, apenas na perspetiva das clientes (IAT-C) (Gráfico 2).

Gráfico 2. Desenvolvimento da qualidade da aliança terapêutica na perspetiva das clientes nos casos de sucesso e insucesso terapêutico



Constatamos que a média dos resultados do IAT da cliente do caso de insucesso foi de 56.75 valores (min=44.00; máx=60.00), num intervalo variável entre 12 e 60 valores. Por sua vez, a média do IAT da cliente do caso de sucesso foi de 54.40 valores (min=52.00; máx=56.00). A análise do gráfico permite-nos perceber, sobretudo, que a avaliação da qualidade da aliança terapêutica efetuada pela cliente do caso de insucesso

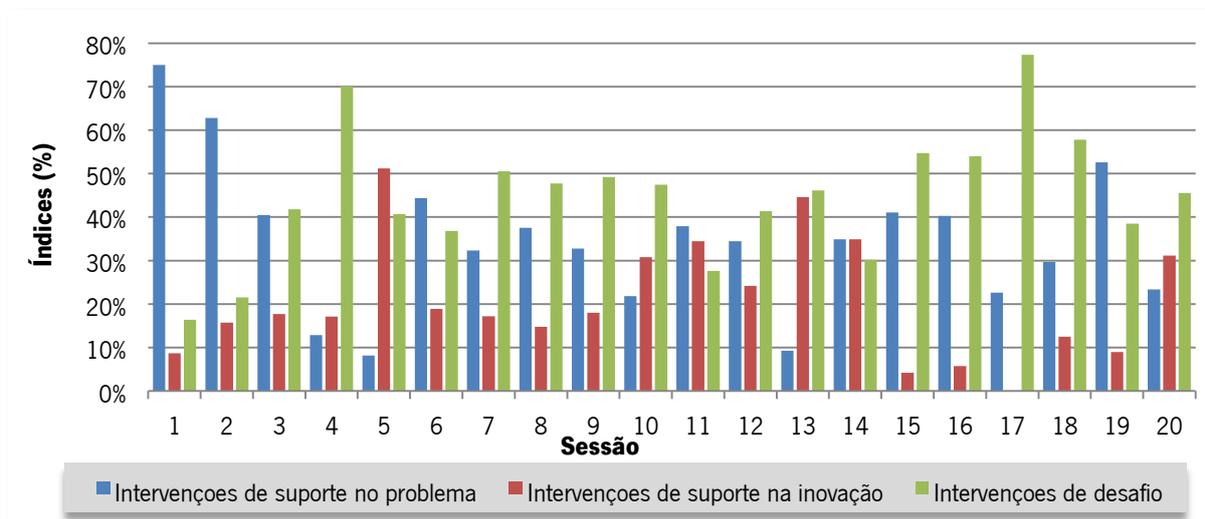
situou-se sempre num nível superior à avaliação efetuada pela cliente do caso de sucesso, com a exceção da 3ª sessão. Assim sendo, os resultados expostos sugerem a existência de uma aliança terapêutica cotada como média/ alta por ambas as clientes.

2.2. Análise detalhada do desenvolvimento da colaboração terapêutica ao longo do caso de insucesso terapêutico

2.2.1. Frequência das intervenções do terapeuta e das respostas da cliente

Os índices das intervenções do terapeuta no caso de insucesso encontram-se representados no Gráfico 3 e serão apresentados em percentagem.

Gráfico 3. Intervenções do terapeuta do caso de insucesso



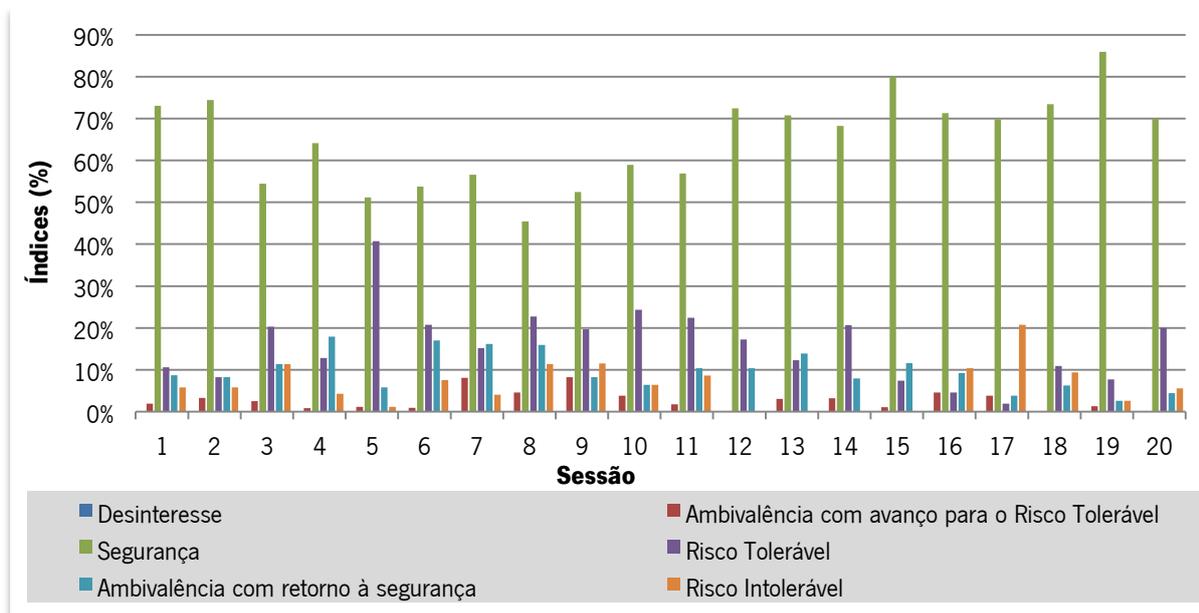
Podemos observar que, de uma forma geral neste caso, o terapeuta persistiu maioritariamente no desafio da perspetiva problemática da cliente (em 65% das sessões), comparativamente às intervenções em que suportou o problema (em 30% das sessões) e a inovação da cliente (em 10% das sessões).

Verificamos também que o terapeuta iniciou a terapia procurando demonstrar compreensão da experiência problemática (cerca de 75% de intervenções de suporte no problema na sessão 1). Da 1ª sessão até à 5ª sessão houve uma tendência decrescente de intervenções em que o terapeuta suportou a perspetiva habitual da cliente, atingindo o valor mais baixo nesta última. Nas restantes sessões, as intervenções de suporte no problema não apresentaram um padrão evidente. Relativamente às intervenções de suporte na inovação, observou-se um aumento, embora pouco acentuado, até à 3ª sessão, com uma ligeira diminuição na 4ª sessão, voltando depois a aumentar de um modo acentuado na 5ª sessão, atingindo nesta o valor mais elevado de todo o processo. A partir daí apresentou um padrão variável, sendo de referir a ausência deste tipo de intervenção na

17ª sessão. Por último e no que se refere às intervenções de desafio, até à 4ª sessão, notou-se um aumento gradual de intervenções em que o terapeuta procurou ir para além da perspetiva problemática da cliente. Esta intervenção tornou-se mais frequente à medida que a terapia se ia aproximando do fim, sendo a 17ª a sessão que registou o valor mais elevado deste tipo de intervenção.

Por sua vez, os índices das respostas da cliente do caso de insucesso serão também apresentados em percentagem, encontrando-se no Gráfico 4.

Gráfico 4. Respostas da cliente do caso de insucesso

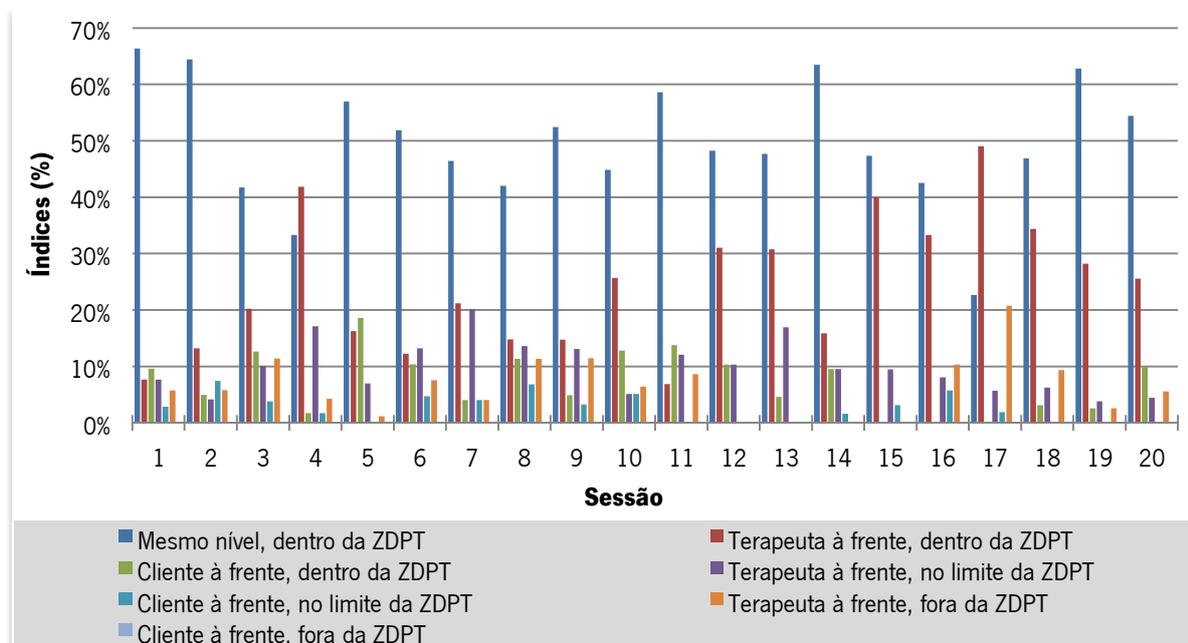


No que diz respeito às respostas desta cliente destacou-se, ao longo de todo o caso e com percentagens elevadas, a resposta de segurança. A resposta de risco tolerável correspondeu ao segundo tipo de resposta mais frequente fornecida pela cliente, em 14 de 20 sessões, sendo na 5ª sessão atingido os valores mais elevados com o terapeuta a explorar a experiência de inovação da cliente. A ambivalência com retorno à segurança foi a terceira resposta mais frequente da cliente (em 11 de 20 sessões) e surgiu mais vezes no início e a meio do processo, verificando-se os valores mais elevados deste tipo de resposta na 6ª sessão. Por fim, e no que diz respeito à resposta de risco intolerável, foi na 17ª sessão que este tipo de resposta apresentou o valor mais elevado. Salientamos, ainda, neste gráfico a inexistência de respostas de risco intolerável entre a 12ª e a 15ª sessão (inclusive), bem como de respostas de desinteresse ao longo de todo o curso do processo.

2.2.2. Frequência das posições possíveis da díade por referência aos níveis de desenvolvimento na ZDPT

É pela combinação entre a intervenção do terapeuta e consequente resposta da cliente que é possível obter os 18 episódios interativos da díade. Estes episódios interativos agrupam-se, por sua vez, em 7 posições distintas conforme o encontro ou desencontro da cliente e do terapeuta por referência aos níveis de desenvolvimento na ZDPT (rever tabela 4). Por exemplo, no episódio suporte no problema – segurança, ambos os elementos da díade se colocam no mesmo nível de desenvolvimento atual da cliente (posição: mesmo nível, dentro da ZDPT). O Gráfico 5 permite-nos, então, perceber como a díade do caso de insucesso ajusta a sua interação ao longo do processo psicoterapêutico.

Gráfico 5. Posições possíveis da díade do caso de insucesso terapêutico



Assim, considerando as posições do terapeuta e da cliente nas interações que ocorreram dentro da ZDPT, verificamos que houve uma tendência de ambos os elementos para trabalhar mais frequentemente no mesmo nível de desenvolvimento, seja quando a díade se colocou num nível de desenvolvimento atual quer potencial da ZDPT da cliente, à exceção das sessões 4 e 17. De facto, nestas duas sessões (4ª e 17ª) apesar de ambos os elementos estarem próximos do nível de desenvolvimento potencial, o terapeuta esteve ligeiramente à frente da cliente, com ela a não avançar muito para a inovação. Ou seja, o terapeuta desafiou a perspetiva habitual da cliente e esta respondeu indicando segurança, apenas confirmando ou fornecendo informação. Note-se ainda que, no fim da terapia, o terapeuta também se situou, muitas vezes, à frente do nível desenvolvimental da cliente, dentro da ZDPT, no sentido de puxar por esta, procurando que esta avançasse.

Também no limite da ZDPT, constatamos que houve uma tendência do terapeuta para trabalhar, na maioria das vezes, próximo do nível de desenvolvimento potencial da cliente, isto é, desafiando ou a suportando a inovação, com a cliente a aceitar a perspectiva proposta pelo terapeuta e logo de seguida a apresentar uma perspectiva oposta ou vice-versa. A única exceção averiguada aconteceu na 2ª sessão, em que a cliente manifestou estar num nível de desenvolvimento posterior ao proposto pelo terapeuta com maior frequência, na medida em que este suportou o problema e a cliente respondeu indicando a necessidade de avançar na zona.

Por último, fora da ZDPT, verificamos que houve uma tendência do terapeuta para trabalhar somente para além do nível de desenvolvimento potencial da cliente, com esta a experienciar risco intolerável. Ou seja, a cliente nunca manifestou estar num nível de desenvolvimento posterior ao proposto pelo terapeuta, sendo que este interveio sempre num nível desenvolvimental posterior. Além disso, foi na 17ª sessão que o trabalho do terapeuta se situou, maioritariamente, à frente da cliente. Note-se, ainda, que nas sessões 12, 13, 14 e 15 não existiram episódios situados fora zona.

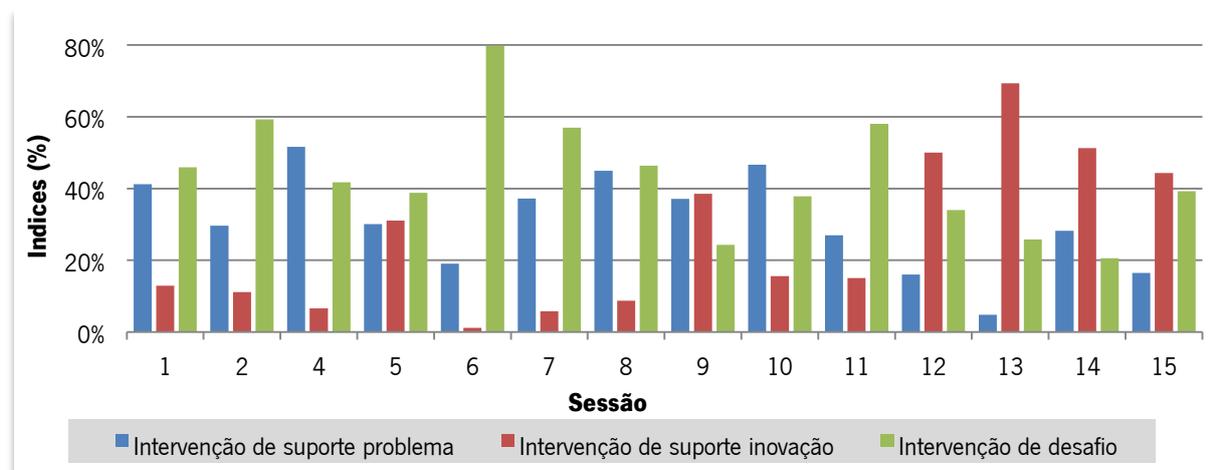
2.2. Análise detalhada do desenvolvimento da colaboração terapêutica ao longo do caso clínico de sucesso terapêutico

O caso clínico descrito de seguida teve, num total, 16 sessões, todavia a 3ª e a 16ª sessão não foram consideradas na análise da colaboração terapêutica uma vez que não foram gravadas.

2.2.1. Frequência das intervenções do terapeuta e das respostas da cliente

No Gráfico 6 estão representados os índices das intervenções do terapeuta no caso de sucesso.

Gráfico 6. Intervenções do terapeuta do caso de sucesso

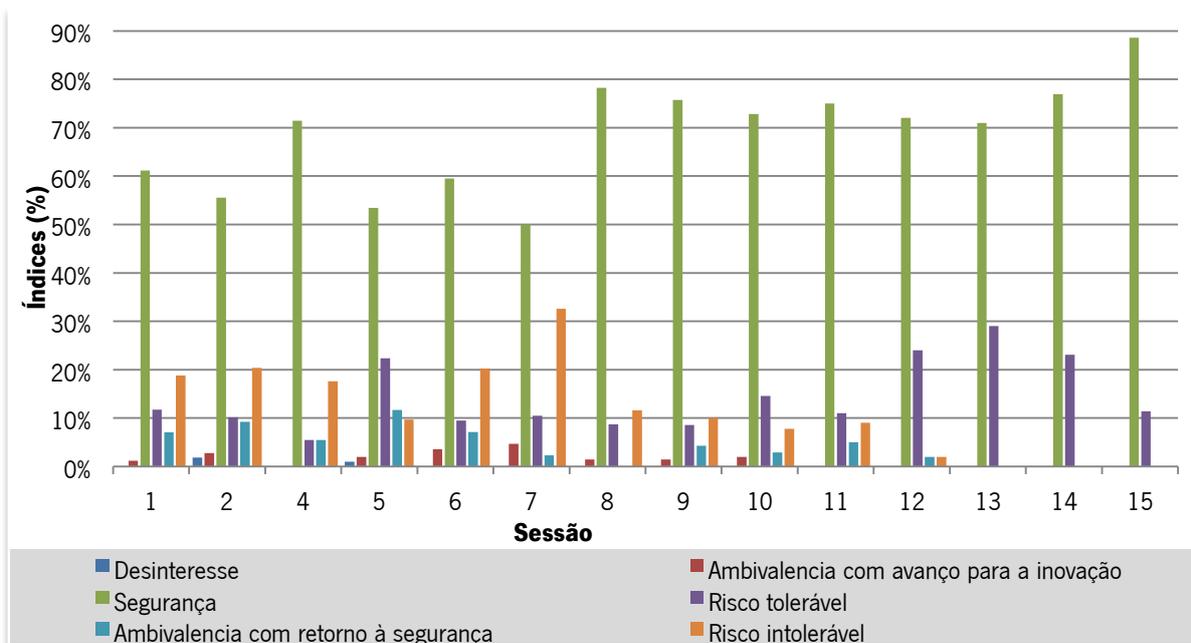


Podemos observar que, de uma forma geral neste caso, o terapeuta persistiu maioritariamente no desafio da perspetiva problemática da cliente (em 50% das sessões), comparativamente às intervenções em que suportou a inovação (em 35.71% das sessões) e o problema trazido à consulta (em apenas 14.28% das sessões).

Se nos reportarmos apenas à 1ª e à 2ª sessão, o processo psicoterapêutico começou com um aumento das intervenções em que o terapeuta desafiou o problema trazido à consulta e uma diminuição das intervenções em que este suportou a experiência problemática da cliente. Portanto, nas sessões 1, 2, 5, 6, 7, 8 e 11 verificou-se que a intervenção de desafio foi a mais frequente de todas as outras intervenções e é na 6ª sessão que este tipo de intervenção atingiu os valores mais elevados, comparativamente com os outros tipos de intervenção. Isto revelou um trabalho do terapeuta em procurar ir além do quadro de referência da cliente, sobretudo nas sessões iniciais, encorajando-a desde logo a rever a sua perspetiva. A intervenção de suporte no problema apresentou um padrão variável no decurso deste caso clínico, sendo que apenas na 4ª e na 10ª sessão houve um predomínio deste tipo de intervenções. Por fim, e quanto à intervenção de suporte na inovação, esta foi sendo mais notória à medida que se caminhava para o final do processo terapêutico, surgindo como o tipo de intervenção mais frequente nas sessões 9, 12, 13, 14 e 15.

Por sua vez, no Gráfico 7 apresentam-se os índices das respostas da cliente do caso de sucesso terapêutico em percentagem.

Gráfico 7. Respostas da cliente do caso de sucesso



A análise deste gráfico mostra que a resposta mais frequente correspondeu à experiência de segurança, prosseguindo um padrão uniforme ao longo das 14 sessões. O risco tolerável sobressaiu como o segundo e terceiro tipo de resposta mais frequente por sessão e fornecida em 8 de 14 sessões.

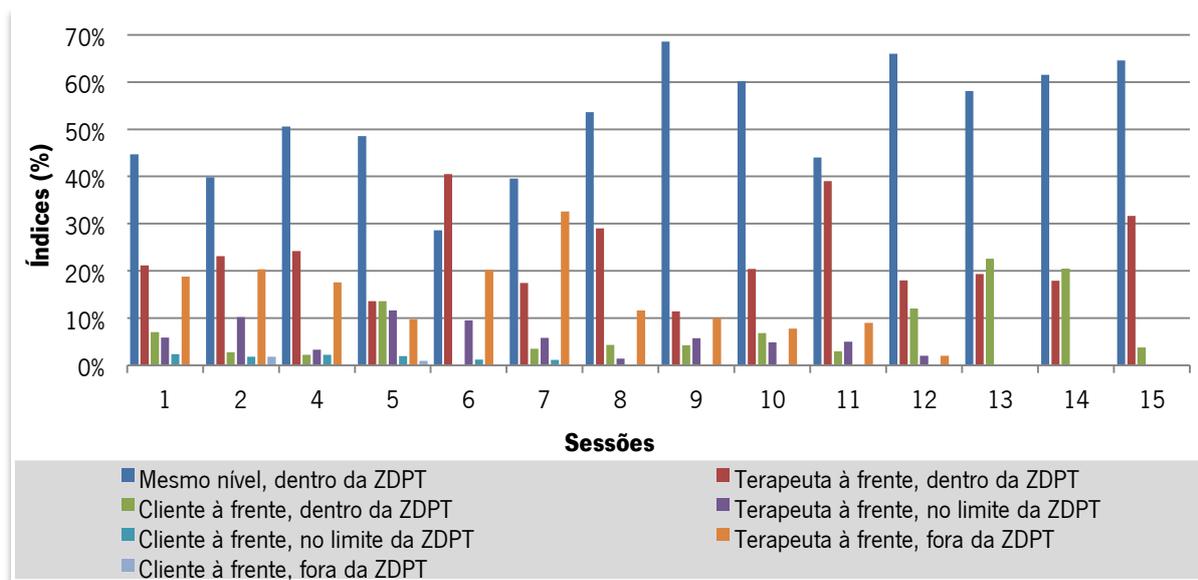
No entanto, enquanto que até à 9ª sessão o segundo tipo de resposta mais frequente era a de risco intolerável (com a exceção da 5ª sessão), a partir daí até ao final da terapia a resposta de risco tolerável foi a mais frequente. De facto, parece que no início da terapia houveram alguns momentos em que a colaboração entre a díade ficou comprometida, na medida em que a cliente respondia de forma a invalidar as intervenções propostas pelo terapeuta. Isto é perceptível através do questionamento da abordagem terapêutica na 1ª e na 2ª sessão (*“Não me consigo pôr do lado de lá, eu não consigo sair do... da minha posição de vítima (...) não consigo, não consigo ter imaginação para tanto”*) e do balanço pouco positivo das consultas realizadas até à 4ª sessão (o terapeuta perguntou como tinham sido as sessões, se tinham sido úteis e Maria responde: *“Como tem sido é... não tem sido. Porque eu não consigo, não consigo. Tenho tentado e fico muito, muito baralhada. É um turbilhão de ideias e de contrassensos e de... e de coisas que chocam entre si e não, não consigo perceber, não consigo. Não chego lá, não entendo... é muita coisa e muita contradição, enfim, eu, eu chego a um ponto e não, não vale a pena”*).

Progressivamente, e há medida que o processo avançou, este tipo de respostas de risco intolerável foram sendo cada vez mais escassas até se tornarem completamente inexistentes nas três últimas sessões. Importa salientar, ainda, que as respostas de ambivalência apresentaram percentagens baixas ou nulas ao longo do processo. Também a resposta de desinteresse foi muito pouco frequente, surgindo apenas na 2ª e na 5ª sessão.

2.2.2. Frequência das posições possíveis na interação por referência aos níveis de desenvolvimento na ZDPT

A seguir, o Gráfico 8 permite-nos perceber como a díade do caso de sucesso ajusta a sua interação ao longo do processo psicoterapêutico.

Gráfico 8. Posições possíveis da díade do caso de sucesso terapêutico



Assim, considerando as posições do terapeuta e da cliente nas interações que ocorreram dentro da ZDPT, verificamos houve uma tendência para ambos os elementos trabalharem mais frequentemente no mesmo nível de desenvolvimento, seja quando a díade se colocava num nível de desenvolvimento atual quer potencial da ZDPT da cliente. A única exceção averiguada ocorreu na 6ª sessão. Nesta, apesar de ambos os elementos estarem próximos do nível de desenvolvimento potencial, o terapeuta esteve ligeiramente à frente da cliente, com ela a não avançar muito para a inovação. Ou seja, o terapeuta desafiou a perspetiva habitual da cliente e esta respondeu indicando segurança, apenas confirmando ou fornecendo informação. Note-se ainda que, na 13ª e na 14ª sessão, a cliente se situou à frente do terapeuta, dentro da zona, experienciando risco tolerável. Neste caso foi a cliente que arriscou em direção ao seu nível de desenvolvimento potencial, enquanto que o terapeuta esteve ligeiramente atrás.

Também no limite da ZDPT, constatamos que houve uma tendência do terapeuta para trabalhar próximo do nível de desenvolvimento potencial da cliente, isto é, desafiando ou a suportando a inovação, com a cliente a aceitar a perspetiva proposta pelo terapeuta e logo de seguida a apresentar uma perspetiva oposta ou vice-versa. Importa também salientar que na 13ª, na 14ª e na 15ª sessão a díade não trabalhou no limite da ZDPT.

Por último, fora da ZDPT, verificamos que houve uma tendência do terapeuta para trabalhar mais frequentemente para além do nível de desenvolvimento potencial da cliente, com esta a experienciar risco intolerável. Este trabalho aconteceu sobretudo no início da terapia, deu-se um decréscimo a partir do meio do processo psicoterapêutico, sendo que nas sessões 13, 14 e 15 a díade não trabalhou fora da ZDPT. Além disso, é importante frisar que a cliente na 2ª e na 5ª sessão manifestou estar, algumas vezes, num nível de desenvolvimento posterior ao proposto pelo terapeuta, experienciando desinteresse. Neste caso, foi o terapeuta que pareceu não estar a avançar na zona, não sendo capaz de perceber a experiência da cliente.

2.4. Análise comparativa dos dois casos, tendo em conta as frequências dos episódios em função da ZDPT

Depois de observar a forma como a colaboração terapêutica se desenvolveu ao longo do caso clínico de insucesso, analisando as frequências das intervenções do terapeuta, respostas da cliente e a que níveis trabalharam mais, interessou-nos comparar os dois casos e verificar quais as intervenções do terapeuta e as respostas das clientes mais frequentes, bem como a que níveis trabalharam mais, com referência à ZDPT. As percentagens de cada episódio interativo nos dois casos clínicos apresentam-se descritas no Quadro 4.

Quadro 4. Episódios interativos no caso de sucesso e insucesso

		Resposta da cliente						Total
		Desinteresse	Ambivalência – avanço para risco tolerável	Segurança	Risco tolerável	Ambivalência – retorno à segurança	Risco intolerável	
Intervenção do terapeuta	Suporte no problema	SP-D 0.00% 0.07%	SP-ART 1.24% 0.22%	SP-S 28.07% 26.62%	SP-RT 3.54% 2.63%	SP-ARS 1.37% 0.55%	SP-RI 0.48% 0.63%	34.70% 30.71%
	Suporte na inovação	SI-D 0.00% 0.00%	SI-ART 0.67% 0.10%	SI-S 12.93% 18.71%	SI-RT 3.72% 4.97%	SI-ARS 2.84% 1.19%	SI-RI 0.38% 0.84%	20.53% 25.82%
	Desafio	D-D 0.00% 0.20%	D-ART 0.80% 1.03%	D-S 24.15% 23.34%	D-RT 8.77% 6.69%	D-ARS 5.59% 2.34%	D-RI 5.46% 9.93%	44.76% 43.47%
ZDPT		Atrás da ZDPT	Limite inferior da ZDPT	Dentro da ZDPT Atual Potencial>		No limite superior da ZDPT	Para além da ZDPT	
Total		0.00% 0.20%	2.71% 1.35%	65.15% 68.67%	16.03% 14.29%	9.80% 4.08%	6.32% 11.40%	

Legenda: Vermelho - Percentagem de cada episódio interativo e totais no caso de insucesso

Azul - Percentagem de cada episódio interativo e totais no caso de sucesso

Comparando as percentagens globais das intervenções do terapeuta em ambos os casos, verificamos que as intervenções de desafio foram as mais frequentes nos dois casos clínicos e que a diferença de percentagens neste tipo de intervenções não se revelou muito expressiva. As intervenções de suporte no problema foram mais frequentes no caso de insucesso e as intervenções de suporte na inovação apresentaram uma maior percentagem no caso de sucesso.

Por sua vez, e comparando as percentagens globais das respostas das clientes, constatamos que foi no caso de sucesso que se verificou uma maior percentagem de respostas de segurança. Por outro lado, foi no caso de insucesso que se verificou uma maior percentagem de respostas de risco tolerável. De facto, é também possível ler-se na tabela que ambas as clientes deram mais respostas de segurança e de risco tolerável face a intervenções de suporte no problema e de desafio, respetivamente. É importante salientar que a cliente do caso de insucesso deu mais respostas de ambivalência, sobretudo respostas de ambivalência com retorno à zona de segurança. Ora, esta cliente oscilou mais vezes entre a aceitação e validação da intervenção proposta pelo terapeuta e o recuo à sua perspetiva habitual de compreender a problemática e isto aconteceu mais frequentemente face a intervenções de desafio. Apesar das respostas de desinteresse serem nulas no caso de insucesso, as diferenças entre as percentagens deste tipo de resposta nos dois casos não diferem muito. No caso de sucesso, este tipo de respostas foram praticamente inexistentes, com percentagens próximas de zero, a não ser no face ao desafio (0.20%) em que a insistência do terapeuta neste tipo de intervenção poderá ter levado ao desinteresse da cliente pontualmente no processo. Por fim, também as respostas de risco intolerável surgiram mais frequentemente no caso de sucesso terapêutico, e face a intervenções em que o terapeuta desafiou a perspetiva habitual da cliente.

Os resultados revelaram ainda que, tanto no caso de insucesso como no caso de sucesso, o índice de episódios dentro da zona foi claramente superior aos índices de episódios fora e no limite da ZDPT. No entanto, apesar de a diferença não ser muito expressiva, o caso de sucesso apresentou uma maior percentagem de episódios dentro da zona (82.96%), comparativamente com o caso de insucesso (81.18%). Por outro lado, a percentagem de episódios ocorridos no limite (superior e inferior) da ZDPT foi francamente superior no caso de insucesso (12.51%) comparativamente ao caso de sucesso (5.43%), sendo o trabalho da díade de insucesso efetuado sobretudo no limite superior da ZDPT (em cerca de 9.80% dos episódios). Por último, a percentagem de episódios fora da ZDPT foi bastante superior no caso de sucesso (cerca de 11.60% dos episódios), comparativamente com o caso de insucesso (6.32%), denotando que em alguns momentos a Maria não foi capaz de arriscar, invalidando o ponto de vista que o terapeuta ofereceu, afastando-se assim do nível proposto.

2.5. Análise comparativa dos dois casos, tendo em conta a concentração dos episódios interativos por referência à ZDPT

Depois de comparar os dois casos em termos de frequências, interessou-nos aprofundar como é que as díades se movimentaram ao longo da ZDPT. Por esta razão, colocamos as seguintes questões de investigação: “como se caracteriza a colaboração terapêutica ao nível intrassessão no caso de insucesso terapêutico, considerando todos os movimentos possíveis por referência à ZDPT?” e, “como se caracteriza a colaboração

terapêutica ao nível intrassessão no caso de sucesso terapêutico, considerando todos os movimentos possíveis por referência à ZDPT?”

No Quadro 5 e 6 é visível, de forma resumida, a distribuição dos atratores identificados em cada sessão do caso de insucesso e sucesso, respetivamente.

Quadro 5. Distribuição dos atratores identificados em cada sessão do caso de insucesso terapêutico

Intervenção do Terapeuta	Desafio			4, 13, 15, 17, 18 e 20	5 e 14		
	Suporte na inovação			13 e 14	5		
	Suporte no problema			1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 15, 16, 18 e 19		6	
		Desinteresse	Ambivalência avanço para o risco tolerável	Segurança	Risco tolerável	Ambivalência retorno à Segurança	Risco intolerável
Resposta da cliente (Joana) no caso de insucesso							

Quadro 6. Distribuição dos atratores identificados em cada sessão do caso de sucesso terapêutico

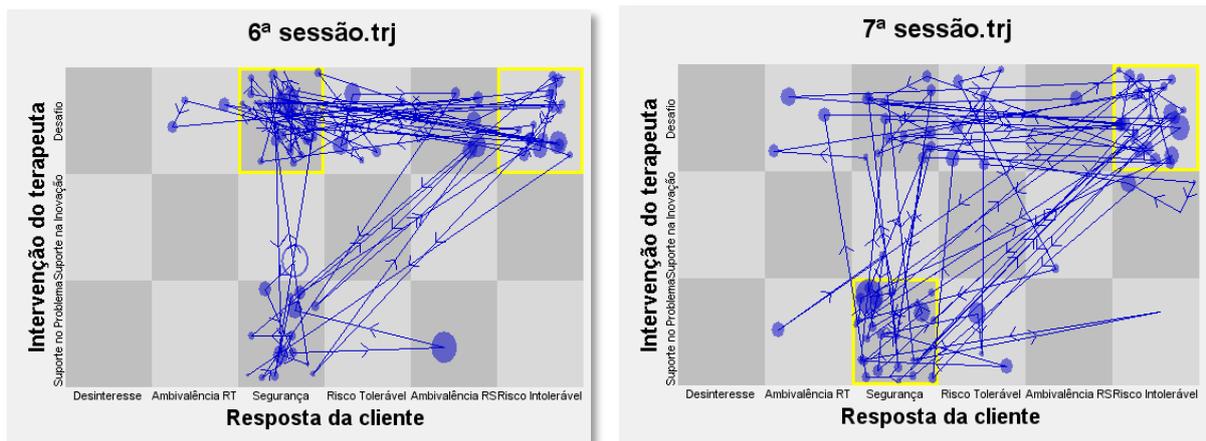
Intervenção do Terapeuta	Desafio			6, 11 e 15			6 e 7
	Suporte na Inovação			12, 13, 14 e 15			
	Suporte no Problema			1, 2, 4, 5, 7, 8, 9 e 10			
		Desinteresse	Ambivalência avanço para o risco tolerável	Segurança	Risco tolerável	Ambivalência retorno à segurança	Risco intolerável
Resposta da cliente (Maria) no caso de sucesso							

A análise destes dois quadros permite-nos constatar que ambas as díades do caso de sucesso e insucesso concentraram a maior parte das suas interações terapêuticas em episódios cuja resposta da cliente indicava segurança (surgiu em 95.00% das sessões do caso de insucesso e em 100% das sessões analisadas do caso de sucesso). O episódio “suporte no problema – segurança” foi o episódio atrator mais saliente nos dois casos clínicos (surgiu em 70.00% das sessões do caso de insucesso e em 57.14% das sessões do caso de sucesso). No entanto, enquanto que no caso de insucesso os episódios dentro da zona que se seguiram foram o

episódio “desafio – segurança” (em 30.00% das sessões) e, depois, o episódio “suporte na inovação – segurança” (em 10.00% das sessões), no caso de sucesso os episódios que se seguiram foram o “suporte na inovação – segurança” (em 28.57% das sessões) e o episódio “desafio – segurança” (em 21.42% das sessões).

Fora da ZDPT e no caso de insucesso, não foram encontrados episódios atratores, isto é, episódios que se situassem num nível de risco intolerável ou de desinteresse para a cliente. Por sua vez, no caso de sucesso, ressaltamos que, apenas na 6ª e na 7ª sessão, foram identificados episódios atratores (em 14.28% das sessões) em que o terapeuta desafiou a perspectiva habitual da cliente e esta manifestava uma experiência de risco intolerável perante tal intervenção. É ainda curioso notar, na sessão 6, a presença quer de episódios atratores de “desafio – risco intolerável” quer de episódios atratores de “desafio – segurança” e na sessão 7 a presença quer de episódios atratores de “desafio – risco intolerável” quer de episódios atratores de “suporte no problema – segurança”, parecendo indicar que, de alguma forma, a colaboração foi restabelecida dentro da mesma sessão (Figura 2).

Figura 2. Grelha com os episódios atratores identificados na 6ª e na 7ª sessão do caso de sucesso

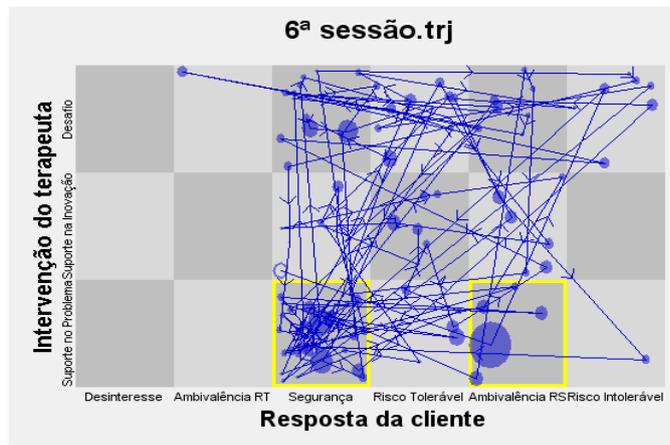


Surpreendentemente, os episódios cujas respostas da cliente refletem uma experiência de risco tolerável constituíram atratores apenas no caso de insucesso, nas sessões 5 e 14. Nestes episódios, o terapeuta ou desafiou a perspectiva problemática da cliente ou suportou a sua experiência de inovação. Por outro lado, no caso de sucesso, não foram encontrados episódios que se situassem num nível de risco tolerável para a cliente.

A díade do caso de sucesso não estabilizou em nenhum tipo de episódio no limite da ZDPT, ou seja, não houveram episódios que saturassem, pelo menos, 80% das interações. Por outro lado, é curioso notar que, no caso de insucesso, um atrator foi identificado no limite da ZDPT, na sessão 6, com o terapeuta a suportar a experiência problemática da cliente, e esta a responder no sentido da inovação seguida de retorno à segurança. Além disso, ainda nesta sessão, constatou-se que a díade situava-se tanto num nível de desenvolvimento atual

como no limite superior da zona uma vez que foi também identificado o episódio atrator “suporte no problema – segurança” (Figura 3).

Figura 3. Grelha com os episódios atratores identificados na 6ª sessão do caso de insucesso



3. Discussão dos resultados

A discussão dos resultados assentará na exploração das principais similitudes e disparidades entre os resultados obtidos nos dois casos clínicos analisados e a informação sugerida pela literatura neste domínio de investigação (Stiles, 2009).

Começando pelos resultados relativos à evolução da aliança terapêutica no decurso do processo psicoterapêutico, convém recordar que esta foi avaliada na perspetiva das clientes, como sendo média/alta ao longo dos processos. Todavia, a perceção da qualidade da aliança terapêutica por parte da cliente do caso de insucesso foi quase sempre avaliada como superior, comparativamente com a cliente do caso de sucesso. Além disso, tratando-se de um caso de insucesso com uma elevada perceção da qualidade da aliança terapêutica logo na primeira sessão, poderá significar que a cliente possuía uma elevada expectativa em relação à terapia e ao terapeuta. O decréscimo acentuado da perceção da qualidade da aliança na 17ª sessão é coerente com os resultados da colaboração terapêutica, uma vez que nesta sessão houve uma quebra na relação por se registarem os valores mais elevados de trabalho da díade fora da ZDPT com o terapeuta à frente da cliente a persistir no desafio e a cliente a experienciar risco intolerável. Por outro lado, a avaliação crescente da qualidade da aliança terapêutica por parte da cliente do caso de sucesso, parece refletir um percurso mais afirmativo que esta efetua em direção à inovação.

Reportando-nos agora à análise realizada com recurso ao SSGs que permite a identificação dos episódios em que terapeuta e cliente permaneceram mais tempo e saturaram, pelo menos, 80% da sessão, verificamos

que em ambos os casos clínicos os episódios atratores mais frequentes (“desafio – segurança”, “suporte na inovação – segurança” e “suporte no problema – segurança”) correspondem a interações colaborativas, ou seja, a interações em que terapeuta e cliente estão dentro da ZDPT. Além disso, em ambos os processos existiu uma concentração de episódios atratores de suporte no problema nas primeiras sessões terapêuticas, o que vai de encontro à assunção de que o terapeuta começa por compreender a experiência problemática passando depois a desafiar a cliente no sentido da coconstrução de significados alternativos (Ribeiro et al., 2012).

Adicionalmente, no caso de sucesso, os episódios atratores de risco intolerável, identificados na 6ª e na 7ª sessão, emergiram no contexto de intervenções de desafio por parte do terapeuta, tal como verificado em outros casos de sucesso analisados com a mesma metodologia (Azevedo, 2010; Oliveira, 2010). De modo congruente com esta análise realizada com recurso ao SSGs, os resultados da evolução da colaboração terapêutica para este caso de sucesso revelaram que, de facto, na 6ª sessão, o terapeuta interveio maioritariamente à frente do nível de desenvolvimento da cliente, com as intervenções de desafio por parte do terapeuta a atingirem os valores mais elevados de todo o processo terapêutico. Isto parece sugerir que, mesmo depois de a cliente demonstrar que não estava capaz de suportar este tipo de intervenções, experienciando risco intolerável, o terapeuta persistiu no desafio por acreditar que este tipo de intervenção pudesse ser favorável ao seu progresso. Tal como Ribeiro e colaboradores (2012) preconizam, as intervenções de desafio visam, indubitavelmente, modificar o quadro desadaptativo do cliente, impelindo à movimentação deste da sua zona de desenvolvimento atual para uma zona de desenvolvimento potencial. No entanto, algumas vezes estas ações de desafio no início do processo pareceram ter sido sentidas pela cliente como demasiado arriscadas, levando a um desencontro da díade em termos colaborativos. Isto é um dado curioso se pensarmos que a problemática principal de Maria passava pelo receio em retomar a atividade física e, principalmente na 6ª sessão, a terapia foi direcionada para as suas limitações físicas. Nesta sessão, Maria revela algum receio de não conseguir atingir o patamar em que situava antes da operação à coluna, altura em que o terapeuta propõe à cliente para, pela primeira vez, tentar ir ao ginásio de forma a testar as suas reais limitações. Por sua vez, na 7ª sessão verificaram-se os valores mais elevados de respostas de risco intolerável. Esta sessão ficou também marcada pelo não cumprimento do trabalho de casa proposto e pela persistência dos temas abordados na 6ª sessão.

Ainda relativamente à análise com recurso ao SSGs, no caso de insucesso, pudemos constatar, surpreendentemente, a existência de episódios atratores de risco tolerável para a cliente emergiram, sobretudo, no contexto de intervenções de desafio mas também no contexto de intervenções de suporte na inovação. Ou seja, a cliente aproximou-se do seu nível de desenvolvimento potencial nos momentos em que o terapeuta desafiou ou compreendeu a sua experiência de inovação. Se atendermos à evolução da colaboração terapêutica momento a momento verificamos que a 5ª e a 14ª sessão foram sessões marcadas por ações no sentido de combater o não cumprimento de determinadas obrigações da cliente, como por exemplo, de trabalhos relativos ao curso que vinham a ser adiados, e da confrontação perante a orientadora de doutoramento, uma vez que esta pressionava Joana para a entrega de trabalhos académicos. Além disso, por exemplo na 5ª sessão, Joana

mostrava-se determinada em trabalhar mais (ingressar num pós-doutoramento) e revelava-se mais decidida e segura quanto ao tipo de relacionamento que queria com o namorado, o que parece sugerir inicialmente uma maior prontidão para a mudança (Prochaska & Norcross, 2001).

Reportando-nos agora à análise das frequências das intervenções do terapeuta verificamos que, no caso clínico de insucesso, o terapeuta se centrou mais frequentemente em compreender a experiência problemática de Joana, enquanto que no caso de sucesso, o terapeuta suportou mais vezes a experiência de inovação de Maria. Isto poderá significar que o terapeuta do caso de sucesso terá sido sensível e responsivo à emergência de novidade desta cliente ao longo da terapia. Por outro lado, a análise das frequências das respostas das clientes, mostrou-nos que, face a uma intervenção de desafio em que o terapeuta procura ir para além da perspetiva habitual de compreender o problema, a cliente do caso de insucesso volta à segurança e a cliente do caso de sucesso experiencia risco intolerável. Ou seja, isto denota que, quando o risco é em demasia, a cliente do caso de sucesso adota uma atitude mais assertiva face ao que não é suportado por si, invalidando a intervenção proposta. Relacionando este aspeto com o conhecimento do caso considerado, realço o facto de a cliente do caso de sucesso questionar, logo na primeira sessão, a abordagem terapêutica utilizada e de, na quarta sessão, fazer um balanço pouco positivo das sessões tidas até então, não acreditando que a mudança pudesse ser alcançada.

Apesar do trabalho no caso de sucesso ser maioritariamente realizado numa zona de colaboração, o que é congruente com outros estudos realizados na mesma linha de investigação sobre a colaboração terapêutica (Ribeiro et al., 2011; 2012), existiram momentos, sobretudo no início do processo, em que essa colaboração foi quebrada. Porém, à medida que o processo terapêutico avançava, a díade do caso de sucesso encontrou-se mais vezes ao mesmo nível de desenvolvimento dentro da zona e, nas três últimas sessões, os momentos de desencontro eram inexistentes. Mais, na 13^a e na 14^a sessão, a Maria trabalhou à frente do nível desenvolvimental do terapeuta, dentro da zona, revelando-se mais decidida em iniciar a atividade física, executando ações que lhe davam prazer e mostrando-se mais otimista em relação ao futuro. Por sua vez, no caso de insucesso terapêutico, a cliente no fim da terapia ainda se revela oscilante entre a segurança e o risco, experienciando até algum risco intolerável. Estes resultados parecem indicar que, ao contrário do que acontece no caso de insucesso, a cliente do caso de sucesso faz um percurso mais afirmativo em direção à inovação, sendo que no término da terapia revelava-se mais capaz de elaborar a mudança emergente, o que poderá sugerir que o processo de mudança estaria consolidado.

Uma vez que concebemos a mudança em psicoterapia como um processo desenvolvimental que ocorre na ZDPT (Ribeiro et al., 2011), podemos afirmar que, apesar de a cliente do caso de insucesso exibir mais respostas de risco tolerável face a intervenções de desafio, o comportamento interativo desta cliente parece ser mais oscilante entre o risco e a segurança, o que vai de encontro a outros estudos realizados nesta área (Loura, 2010). De facto, a percentagem de respostas de ambivalência no caso de insucesso, sobretudo de ambivalência

com retorno à segurança, é cerca de duas vezes mais do que no caso de sucesso. Recorde-se que a maioria das intervenções do terapeuta foram de desafio da perspetiva habitual da cliente e, apesar, deste tipo de intervenção incitar à emergência de inovação/novidade necessária para a mudança do outro elemento da díade (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009), tal poderá ter gerado na cliente um elevado desconforto que, por não se sentir compreendida o suficiente, a levou a oscilar entre a validação inicial da proposta do terapeuta e o retorno à segurança. Na verdade, embora esta cliente parecesse, inicialmente, apresentar-se com uma maior predisposição para a mudança, o facto de a meio do processo julgar que estava grávida do namorado, condição que veio a confirmar-se na penúltima sessão, dispôs a cliente a um estado de maior desconforto subjetivo pela presença de um conjunto de alterações físicas (tonturas, desmaios, vômitos) típicas da fase inicial da gravidez. Em consequência deste acontecimento, a cliente ponderou cessar o doutoramento, adia os trabalhos académicos e tinha dificuldade em gerir a pressão da orientadora da universidade. Também o medo de estar só foi exacerbado e reforçado pela ausência do namorado. Efetivamente, esta foi uma situação inesperada na vida de Joana, ocorrida fora do âmbito da terapia, a qual poderá ter exacerbado o nível de sintomatologia apresentada e bloqueado o processo terapêutico (Gabalda & Stiles, 2009).

De facto, os casos são definidos como sendo de sucesso ou insucesso terapêutico em função do nível de sintomatologia que apresentam mas, no entanto, isto não quer dizer que a ocorrência de uma mudança sintomática desfavorável se traduza numa não mudança do ponto de vista narrativo. A verdade é que ambas as clientes apresentaram respostas de risco tolerável significando, de acordo com o sistema da colaboração terapêutica, um avanço no sentido da inovação. No entanto, as fases finais de cada caso apresentam um padrão bastante distinto quanto ao tipo de resposta da cliente. No caso de sucesso a cliente não se mostrou ambivalente, apenas respondendo com segurança e risco tolerável às intervenções do terapeuta. A cliente do caso de insucesso, por outro lado, no final da terapia mostrou-se oscilante entre o avançar no sentido da inovação e o recuo à segurança, experienciando também risco intolerável. Esta oscilação leva-nos a questionar se, de facto, houve uma verdadeira aceitação por parte da cliente do caso de insucesso das intervenções propostas pelo terapeuta, uma vez que esta validava a perspetiva proposta pelo terapeuta mas logo voltava ao quadro habitual de compreender o problema, parecendo não aceitar o risco.

4. Limitações do estudo

O principal objetivo era comparar a colaboração terapêutica num caso clínico de sucesso e insucesso terapêutico. Não obstante, tal como todos os estudos, também este comporta algumas limitações que poderão condicionar a interpretação dos resultados apresentados previamente.

Um dos primeiros aspetos a ter em consideração relaciona-se com a impossibilidade de generalizar as tendências na colaboração terapêuticas a outros casos de sucesso ou insucesso, na medida em que se trata de estudos exploratórios que resultam da adoção de uma estratégia metodológica de estudos de caso. Porém, no

futuro, seria útil consolidar os resultados destes dois casos mediante novos estudos que impliquem amostras mais alargadas de casos de sucesso e insucesso terapêutico com clientes com o mesmo diagnóstico e seguidas igualmente em terapia narrativa. Isto seria de todo relevante, uma vez que poderia ajudar a perceber se os resultados encontrados neste estudo se verificam noutros casos de sucesso e insucesso terapêutico.

Outra das limitações deste estudo prende-se com o facto de as sessões 3 e 16 do caso clínico de sucesso e parte final da sessão 17 do caso de insucesso não poderem ter sido codificadas com o recurso ao SCCT devido à ausência de vídeo, uma vez que os resultados que poderíamos obter das mesmas poderiam oferecer-nos outras informações, para além das descritas, que poderiam ser relevantes do ponto de vista da evolução da colaboração terapêutica.

É inda de referir que, apesar dos valores do *Kappa de Cohen* referentes à codificação independente serem considerados moderados e aceitáveis, teria sido de todo importante aumentar estes valores e proceder à codificação independente de 100% das sessões dos casos de cada uma. Ainda assim, importa notar que foi realizada auditoria de forma a colmatar em certa medida este aspeto.

Finalmente, importa referir que teria sido enriquecedor para esta investigação perceber como é que o terapeuta no caso de insucesso responde à ambivalência com retorno ao problema, se promovendo um ambiente de compreensão do problema ou desafiando a perspetiva habitual da cliente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª edição, texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Azevedo, H. (2010). *Desenvolvimento da colaboração terapêutica: O estudo de um caso de sucesso de terapia narrativa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 3(16), 252-260.
- Feixas, G., & Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia* (3ª Edição). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Fernandes, E. (2001). *Encontro de narrativas terapêuticas: Estudo das memórias do terapeuta activadas durante o processo de recordação do cliente*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga.
- Gabalda, I., & Stiles, W. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, 27(17), 199-212.
- Gergen, K., & Warhuus, L. (2007). Terapia como construção social: Características, reflexões e evoluções. In M. Gonçalves & O. Gonçalves (Coords.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp. 29-65) (2ª edição). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, M. (2008). *Terapia narrativa de re-autoria: O reencontro de Bateson, Bruner e Foucault*. Braga: Psiquilibrios Edições.
- Gonçalves, M., & Henriques, M. (2000). *Terapia narrativa da ansiedade: Manual terapêutico para crianças e adolescentes* (1ª edição). Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, 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.
- Gonçalves, O. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjetivação da experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Greenberg, L. (2007). Emotion in the therapeutic relationship in emotion-focused therapy. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 43-62). London and New York: Routledge.
- Hatcher, R. (1999). Therapists' Views of Treatment Alliance and Collaboration in Therapy. *Psychotherapy Research*, 9(4), 405-423.

- Hatcher, R. L., & Barends, A. W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 292–299. doi:10.1037/0033-3204.43.3.292.
- Hermans, H. (2001). A pessoa como narrador motivado de histórias: teoria da valoração e o método de auto-confrontação. In M. Gonçalves & O. Gonçalves (Coords.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: a construção conversacional da mudança*. Coimbra: Quarteto.
- Hermans, H. (2004). In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *The Handbook of Narrative and Psychotherapy*. California: Sage Publications.
- Horvath, A. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 3(43), 258-263.
- Horvath, A., & Bedi, R. (2002). The Alliance. J. Norcross (Ed). *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 37-69). Oxford: Oxford University Press.
- Horvath, A., & Greenberg, L. (1994). Introduction. In A. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 7-35). New York: Wiley.
- Horvath, A., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
- Horvath, A., & Symonds, B. (1991). Relation between working alliance and the outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139–149.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12-19.
- Lambert, M., Finch, A., Okiishi, J., & Burlingame, G. (2005). *OQ-10.2 Manual*. American Professional Credentialing Services, LLC.
- Lamey, A., Hollestein, T., Lewis, M., & Granic, I. (2004). *The GridWare Manual (Version 1.1)*. [Computer software]. <http://statespacegrids.org>.
- Landis J., & Koch G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *International Biometrics Society*, 33(1), 159-174.
- Lax, W. D. (1992). Postmodern thinking in a clinical practice. In S. McNamee & K. J. Gergen (Ed.), *Therapy as social construction* (pp. 69-85). Thousand Oaks: Sage.
- Leiman, M., & Stiles, W. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11(3), 311-330.

- Lewis, M. (2000). The promise of dynamic systems approaches for an integrated account of human development. *Child Development, 1*(71), 36-43.
- Lewis, M., Lamey, A., & Douglas, L. (1999). A new dynamic systems method for the analysis of early socioemotional development. *Development Science, 2*(4), 457-475.
- Loura, J. (2010). *Contribuições do terapeuta para a resolução da ambivalência: um estudo exploratório*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga.
- Machado, P., & Horvath, A. (1999). Inventário da aliança terapêutica – WAI. In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (volume 2, pp. 89-94). Braga: APPORT/SHO.
- Machado, P., & Klein, J. (2006). *Outcome Questionnaire-45: Portuguese psychometric data with a non-clinical sample*. Poster presented in a 37th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Edinburgh, Scotland.
- Martins, C., & Machado, C. (2006). Observação da Interação Humana: considerações metodológicas. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 11*(2), 159-176.
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*(68), 438-450.
- Oliveira, S. (2010). *Desenvolvimento da colaboração terapêutica: O estudo de um caso de sucesso seguido em terapia cognitivo-comportamental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga.
- Orlinsky, D.E., & Rønnestad, M.H. (2000). Ironies in the history of psychotherapy research: Rogers, Bordin, and the shape of things that came. *Journal of Clinical Psychology, 56*(7), 841–851.
- Pinto, Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Azevedo, Gonçalves & Sousa (2011). The Development of the Therapeutic Collaboration: a Case Study of a Narrative Therapy Dropout. In *Society for Psychotherapy Research 42nd International Meeting*, Bern, 29 Junho-2 Julho, 2011.
- Polkinghorne, D. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: State University of New York Press.
- Polkinghorne, D. (2004). Narrative therapy and postmodernism. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp.53-68). Thousand Oaks: Sage publications.
- Prochaska, J., & Norcross, J. (2001). Stages of change. *Psychotherapy, 4*(38), 443-448.

- Ribeiro, E. (2009). A aliança terapêutica reconsiderada: Colaboração terapêutica em zonas de mudança proximal. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (pp. 167-181). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Ribeiro, A.P., Ribeiro, E., Oliveira, S., Azevedo, H., Pires, N., Gonçalves, M., & Sousa, Z. (2011). Therapeutic Collaboration in CBT: Comparison of a good and poor-outcome case. In *Society for Psychotherapy Research 42nd International Meeting*, Bern, 29 June - 2 July, 2011.
- Ribeiro, E., Ribeiro, A.P., Gonçalves, M., Horvath, A., & Stiles, W. (2012). 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.
- Stiles, W. (1999). Suppression of continuity-benevolence assumptions (CBA) voices: A theoretical note on the psychology and psychotherapy of depression. *Psychotherapy*, 36(3), 268-273.
- Stiles, W. (2002). Assimilation of problematic experiences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationship that works: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 357-365). New York: Oxford University Press.
- Stiles, W. (2009). Logical operations in theory-building case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 2(5), 9-22.
- Tryon, G., & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 109-123). Oxford: University Press.
- Vigotsky, L. (1978). *Mind in society*. Cambridge: Harvard University Press.
- Warwar, S., & Greenberg, L.S. (2000). Advances in theories of Change and Counseling. In S.D. Brown & R.W. Lent (Eds.), *Handbook of counseling psychology (3rd edition, 711-739)*. New York: Wiley.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.