Colaboração terapêutica: Exploração dos efeitos do treino em codificação de processos

Susana Reis

UMinho | 2025

Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Susana da Costa Reis

Colaboração terapêutica: Exploração dos efeitos do treino em codificação de processos

junho de 2025

Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Susana da Costa Reis

Colaboração terapêutica: Exploração dos efeitos do treino em codificação de processos

Dissertação de Mestrado
Psicologia Clínica e Psicoterapia de Adultos

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Eugénia Ribeiro

junho 2025

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos. Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada. Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

Agradecimentos

A colaboração é fundamental para o sucesso de qualquer processo terapêutico, e nesta tese não foi diferente.

Agradeço profundamente à minha professora orientadora, Eugénia Ribeiro, por ter sido uma presença constante de sabedoria e apoio ao longo deste percurso.

Um agradecimento especial à Sandra, parceira de armas, cujas partilhas e sessões de trabalho improvisadas foram essenciais para manter o foco e o humor a níveis subclínicos. Obrigada, Sandra, por seres a melhor parceira de "colaboração terapêutica" que alguém poderia desejar!

Agradeço também à Vânia pela ajuda imprescindível nas sessões de codificação, e às minhas colegas Mar e Beatriz pelos momentos de partilha e leveza bem humorada.

Gostaria ainda de agradecer aos terapeutas e clientes que disponibilizaram o seu tempo e dedicação para participarem neste estudo. Sem eles, nada disto seria possível...

Por fim, gostava de agradecer ao meu parceiro, à minha filha e à minha mãe, pela força, paciência e muito amor durante toda esta aventura. As noites em frente ao computador não serão em vão! Dina, já sabes, és o meu *daimon* - obrigada por me acompanhares, sempre.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração. Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Braga, 16 de junho de 2025,



(Susana da Costa Reis)

Colaboração terapêutica: Exploração dos efeitos do treino em codificação de processos

Resumo

A aliança terapêutica é reconhecida como um dos principais preditores do sucesso terapêutico, sendo a colaboração terapêutica uma das suas dimensões centrais. Ribeiro e colegas (2013) desenvolveram um modelo que analisa a colaboração terapêutica ao nível microprocessual, tomando como referência a Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDPT). Este estudo explorou momentos (não)colaborativos a partir das perspetivas do cliente, terapeuta e observador, comparando dois casos clínicos cujos terapeutas apresentavam diferentes níveis de treino no Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT). Recorreu-se a um questionário e entrevista semiestruturada para identificar esses momentos e analisar o grau de convergência entre as perceções dos participantes. Os resultados indicam uma maior congruência entre terapeuta, cliente e observador na díade cujo terapeuta recebeu treino em SCCT, sugerindo que esse treino pode promover uma maior consciência da intenção terapêutica e uma maior responsividade à experiência do cliente. As discrepâncias encontradas, especialmente em momentos ambíguos, sublinham a complexidade da colaboração em psicoterapia e a utilidade do SCCT como ferramenta formativa e investigativa. Estes resultados são discutidos à luz da formação de terapeutas, destacando a importância do treino em responsividade relacional e em práticas de codificação de processos.

Palavras-chave: colaboração terapêutica; Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT); treino em codificação de processos.

.

Therapeutic collaboration: Exploring the effects of training in process coding

Abstract

The therapeutic alliance is recognised as one of the main predictors of therapeutic success, with therapeutic collaboration being one of its central dimensions. Ribeiro and colleagues (2013) developed the Therapeutic Collaboration Model (TCM), which conceptualizes collaboration at the micro-processual level, grounded in the concept of the Therapeutic Zone of Proximal Development (TZPD). This study explored (non)collaborative moments from the perspectives of client, therapist, and observer, comparing two clinical cases where therapists had different levels of training in the Therapeutic Collaboration Coding System (TCCS). A questionnaire and a semi-structured interview were used to identify these moments and analyse the degree of convergence among participants' perceptions. Results indicate a higher congruence among therapist, client, and observer in the trained therapist dyad, suggesting that TCCS training may enhance therapists' awareness of therapeutic intent and responsiveness to the client's experience. Discrepancies—especially in ambiguous moments—highlight the complexity of therapeutic collaboration and the relevance of TCCS as a training and research tool. These findings are discussed in light of therapist training, emphasising the importance of developing relational responsiveness and engaging with process coding practices to support the co-construction of meaning within the client's evolving TZPD.

Keywords: therapeutic collaboration; Therapeutic Collaboration Coding System (TCCS); process coding training.

Índice

Introdução 8
Aliança e colaboração terapêutica 8
A perspetiva da díade: convergência e responsividade 9
O treino em marcadores processuais 10
Metodologia 11
Participantes 11
Instrumentos 13
Procedimento 14
Resultados 16
Discussão 22
Referências 27

Índice de figuras

Figura 1. Dispersão dos momentos de colaboração terapêutica por tempo de início, por sessão 16

Índice de tabelas

Tabela 1. Momento 16 da díade SCCT: Ilustração da divergência entre a perspetiva do cliente (validação) e a do terapeuta (ambivalência) sobre a resposta do cliente, e da convergência entre a perspetiva do observador e do terapeuta 17

Tabela 2. IIlustração de divergência entre a perspetiva do cliente (ambivalência), a perspetiva do observador (invalidação) e a perspetiva do terapeuta sobre a resposta do cliente (validação), no momento 4 da díade SCCT+ 19

Tabela 3. Ilustração de divergência entre a perspetiva do terapeuta (D) e a perspetiva do observador (SP) no momento 2 da díade SCCT- 19

Tabela 4. Momentos de ambiguidade na categorização da intenção do terapeuta, com presença simultânea de indicadores de SP e D ao longo do discurso da entrevista 20

Tabela 5. Exemplo de divergência entre perspetiva do terapeuta (D) e observador (SP), e entre perspetiva do cliente (Ambivalência) e observador (Validação) no momento 13 (díade SCCT+) 21

Tabela 6. Momentos de ambiguidade na categorização da intenção do terapeuta, com presença simultânea de indicadores de SP e D ao longo do discurso 21

Tabela 7. Grau de concordância entre perspetivas da díade (cliente e terapeuta) e perspetiva do observador nas duas díades analisadas 22

Introdução

Esta dissertação explora momentos de colaboração terapêutica a partir das perspetivas do cliente, terapeuta e observador, comparando dois casos diferenciados pelo nível de treino do terapeuta em codificação de processos relacionais.

Aliança e colaboração terapêutica

A aliança terapêutica (AT) é um dos principais mecanismos de mudança em psicoterapia, especialmente pela sua capacidade preditora da eficácia terapêutica, com com variações modestamente observadas entre estudos (Fluckiger et al., 2018: r = 0,28, k = 295; Horvath & Bedi, 2002: r = 0,21, k = 100; Horvath et al., 2011: r = 0,28, k = 190). A investigação tem demonstrado que os aspetos técnicos da terapia, específicos da orientação teórica, contribuem menos para o êxito terapêutico do que os fatores transversais a todas as formas de psicoterapia (Horvath et al., 2011). Como salientam Horvath e Bedi (2002, p.37), "a relação terapêutica em geral, e a aliança em particular, é a quintessência da base comum partilhada pela maior parte das psicoterapias". Apesar da falta de consenso sobre a definição de AT, a formulação transteórica de Bordin é amplamente reconhecida, distinguindo três componentes interdependentes: (i) vínculo cliente-terapeuta, (ii) consenso sobre os objetivos terapêuticos, e (iii) concordância sobre as tarefas da terapia (Bordin, 1979).

A fase inicial da psicoterapia é crucial para a construção da AT, que tende a consolidar-se nas primeiras cinco sessões (Horvath, 2013; Stiles & Goldsmith, 2010). Esta etapa é fundamental para estabelecer confiança, promover o envolvimento do cliente e facilitar o progresso terapêutico (Flückiger et al., 2013; Hill, 2005), sendo a qualidade da AT um preditor consistente dos resultados (Horvath, 2013; Stiles & Goldsmith, 2010).

Recentemente, a investigação em psicoterapia tem revelado um interesse crescente nos microprocessos que concretizam a AT momento a momento (Elliott, 2010), como a colaboração terapêutica. Horvath e Bedi (2002) entendem a colaboração como uma série de interações entre terapeuta e cliente, onde ambos utilizam e constroem as contribuições verbais um do outro. De forma similar, Ribeiro (2009, p. 171) conceptualiza a colaboração como "uma coordenação de ações do terapeuta e do cliente, enquadrada momento-a-momento na conversação terapêutica", destacando a sua natureza dinâmica, interativa e bidirecional. Inspirando-se no conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDPT; Leiman & Stiles, 2001), Ribeiro (2009) propõe ainda que a colaboração terapêutica envolve um processo desenvolvimental em que cliente e terapeuta co-constroem significados.

Baseando-se nesta última concetualização, Ribeiro e colaboradores (2013) desenvolveram o Modelo de Colaboração Terapêutica (MCT) com vista a analisar a colaboração a um nível

microprocessual, e o seu contributo para o progresso terapêutico. Segundo este modelo, o terapeuta promove a mudança quando intervém dentro dos limites da ZDPT do cliente, para um determinado problema, sendo esta determinada pela diferença entre o nível real de desenvolvimento do cliente (a sua perspetiva problemática) e o seu nível de desenvolvimento potencial que poderá atingir com a ajuda do terapeuta. Assim, o terapeuta deve adequar-se à prontidão do cliente, estimando a localização e a amplitude atual da ZDPT, e ajustando suas intervenções conforme necessário (Ribeiro et al., 2013). Neste estudo, adotou-se esta concetualização de colaboração terapêutica, que é consistente com outras definições do mesmo conceito ao enfatizar o trabalho conjunto da díade em torno dos objetivos de mudança (e.g., Tryon et al., 2019). Embora associada à AT, trata-se de um fator relacional distinto e igualmente reconhecido como um preditor relevante dos resultados (Ribeiro et al., 2013; Flückiger et al., 2018; Tryon et al., 2018).

A perspetiva da díade: convergência e responsividade

Embora a maioria dos estudos até hoje tenha analisado sobretudo a perspetiva do cliente sobre a AT (Zilcha-Mano et al., 2016), tem-se verificado um interesse crescente pela perspetiva do terapeuta, permitindo a investigação do grau de (des)acordo entre as avaliações de ambos os membros da díade (Igra et al., 2020). A este respeito, a evidência empírica mostra uma correlação moderada entre estas avaliações ($r = 0.36$; Tryon et al., 2007), sendo frequente os clientes atribuírem pontuações mais elevadas à AT (Igra et al., 2020; Tryon et al., 2007).

Do ponto de vista clínico, dada a assimetria de papéis, é natural que terapeutas e clientes valorizem aspetos distintos da AT quando a avaliam (Bachelor, 2013; Krause et al., 2011). Ainda assim, existe evidência de que uma maior congruência entre as perspetivas da díade está associada a melhores resultados terapêuticos (Jennissen et al., 2020; Marmorosh e Kivlighan, 2012; Zilcha-Mano et al., 2017), ao passo que desacordos sobre a AT se associam a maior sofrimento sintomático (Rubel et al., 2018), e a potenciais ruturas na AT (Safran et al., 2001). Adicionalmente, tem sido sublinhada a interdependência entre as perceções do terapeuta e do cliente sobre a aliança terapêutica (Kivlighan et al., 2014; Zilcha-Mano et al., 2016), apontando para o seu efeito terapêutico diádico (Zilcha-Mano, 2017).

Estes resultados são clinicamente relevantes pois refletem a necessidade de os terapeutas manterem uma perceção sintonizada da AT com a do cliente, ajustando as suas ações em conformidade (Bachelor, 2013; Nissen-Lie et al., 2021). Um conceito-chave neste âmbito é o de responsividade relacional (Stiles e Horvath, 2017). Estes autores sugerem que um terapeuta que recorrentemente toma decisões apropriadas no momento certo (a designada "responsividade adequada"), tende a promover melhores resultados terapêuticos, sendo esta associação mediada pelo processo da AT. Na mesma linha,

segundo o MCT, os conceitos de responsividade e colaboração terapêutica estão intimamente relacionados: a responsividade é a propriedade inerente da colaboração terapêutica, sendo esta delimitada pela ZDPT de cada cliente. Assim, um terapeuta responsivo é aquele que ajusta as suas intervenções em função das respostas do cliente, no contexto imediato da interação diádica (Ribeiro et al., 2021). Nesta investigação, explorou-se a convergência entre a perspetiva do cliente e do terapeuta sobre momentos de colaboração terapêutica, contribuindo para a compreensão da responsividade a um nível microprocessual.

Se, por um lado, a evidência empírica aponta para a relevância clínica da sintonia entre cliente e terapeuta e da responsividade adequada, por outro, levanta-se a questão de como estas competências podem ser eficazmente medidas e desenvolvidas.

O treino em marcadores processuais

Numa revisão da literatura empírica sobre formação e supervisão em psicoterapia, Hill e Knox (2013) concluíram que há apenas evidências provisórias quanto à eficácia da formação pós-graduação. Recentemente, as mesmas autoras revisitaram a literatura com um foco específico no treino e supervisão de terapeutas juniores, tendo concluído que o treino tem efeitos positivos no aumento da autoeficácia dos terapeutas, embora os efeitos sejam limitados, inconsistentes, e difíceis de dissociar de outros fatores interligados, como maturidade, terapia pessoal e experiência clínica prévia (Knox & Hill, 2021).

Se, como Hill e colegas (2017) indicam, não é possível demonstrar que os terapeutas se tornam mais competentes com a formação e a prática, os modelos atuais de treino precisam de ser repensados à luz da evidência disponível. Assim, em contraste com abordagens tradicionais de treino focadas em modelos teóricos e em competências específicas de tratamento, têm vindo a emergir modelos de formação baseados no desenvolvimento de competências transversais, como o treino focado na aliança terapêutica (Eubanks-Carter et al., 2015), ou o treino da responsividade (e.g., Wu e Levitt, 2022).

No contexto do treino da responsividade, alguns autores propõem, de forma complementar, uma formação clínica informada pela investigação processual, com a integração de práticas que permitem observar e recolher *feedback* do processo terapêutico em tempo real (Boswell et al., 2024; Constantino et al., 2023; Westra & Di Bartolomeo, 2024). Westra e Di Bartolomeu (2024) sugerem que o desenvolvimento da "sensibilidade ao processo" – i.e., a capacidade de reconhecer e ajustar-se a sinais relacionais e comunicacionais subtis durante a sessão – contribui para facilitar a responsividade relacional ao permitir que os terapeutas ajustem as suas ações às variações no contexto da sessão, envolvendo-se no "aqui-e-agora" da relação terapêutica.

Apesar do caráter promissor destas práticas, são ainda escassos os estudos que investigam empiricamente o impacto do treino em competências processuais na prática clínica. Em particular, não existem, até à data, estudos que explorem o potencial formativo do SCCT como ferramenta de treino clínico. Com base no MCT (Ribeiro et al., 2013), o presente estudo procurou explorar momentos de (não)colaboração terapêutica nas perspetivas do cliente, terapeuta e observador, comparando casos conduzidos por terapeutas com diferentes níveis de treino em codificação de processos relacionais, no contexto de investigação. A análise incidiu sobre as quatro primeiras sessões de cada processo terapêutico, etapa crucial para o estabelecimento da AT.

Deste objetivo geral, decorreram as seguintes questões de investigação:

1) Como é que cliente e terapeuta identificam e caracterizam momentos de colaboração terapêutica?
2) Em que medida o terapeuta capta e compreende a experiência do cliente nos momentos de colaboração identificados?
3) Em que medida a perspetiva do observador capta os momentos de colaboração terapêutica identificados pela díade?
4) Como se diferencia a concordância entre perspetiva do observador e perspetiva do terapeuta em função do treino de investigação do terapeuta no SCCT?

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso múltiplo comparativo (Baxter & Jack, 2008) que envolveu a análise detalhada de dois casos clínicos selecionados com base na presença ou ausência de treino do terapeuta no SCCT (Ribeiro et al., 2013). Seguindo uma lógica de "*theory-building*" (Stiles, 2009), procurou-se gerar conhecimento teórico a partir da análise de momentos de (não)colaboração segundo a perspetiva do cliente, terapeuta e observador, sob diferentes condições de treino.

Participantes

Díade cujo terapeuta tinha treino em SCCT (Díade SCCT+)[1]

O cliente procurou apoio psicológico por dificuldades relacionais, com impacto negativo no humor e no quotidiano. Apresentava ruminação intensa, discurso intelectualizado, ambivalência nas relações íntimas e padrões interpessoais submissos, com reduzida assertividade e tendência a priorizar as necessidades dos outros em detrimento das suas. Identificaram-se crenças rígidas sobre relações, pensamento dicotómico, metacognições positivas sobre a preocupação e elevada necessidade de

[1] Este caso clínico foi alvo de análise no âmbito de uma outra investigação de Mestrado.

controlo. A intervenção visou promover o contacto emocional, flexibilizar padrões cognitivos e reforçar a autonomia. Foram trabalhadas a redução do *bypass* cognitivo, o reconhecimento de necessidades emocionais negligenciadas e a tolerância à incerteza. Apesar de não preencher critérios para um diagnóstico, manifestava humor depressivo e ansioso subclínico. Dado o padrão de vinculação dependente, é relevante considerar possíveis comportamentos de desejabilidade social, que poderão ter influenciado discretamente o processo terapêutico e/ou a participação no estudo.

O terapeuta, doutorando em Psicologia, tinha menos de 5 anos de experiência e treino específico no SCCT. A intervenção seguiu uma abordagem cognitivo-comportamental, com sessões e supervisão clínica semanais.

Díade cujo terapeuta não tinha treino em SCCT (Díade SCCT-)

O cliente é um jovem que recorreu a apoio psicológico devido a dificuldades no contexto académico, nomeadamente ansiedade em apresentações orais e na gestão de tarefas. Relatou ainda preocupação com o uso excessivo de videojogos, identificando impacto negativo na vida académica e familiar. Nas sessões iniciais, demonstrou motivação para a mudança e abertura à negociação de objetivos terapêuticos focados na regulação emocional, comunicação assertiva e maior autodomínio sobre o uso de videojogos. Clinicamente, apresentava um diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) (nível 1). Embora este diagnóstico não tenha motivado diretamente o pedido de apoio, poderá ter influenciado a interação terapêutica e a forma como a colaboração foi codificada. O seu discurso, frequentemente tangencial e focado em pormenores, poderá ter sido interpretado como evitamento. Além disso, a compreensão parcialmente comprometida de linguagem figurada pode ter afetado a interpretação de algumas intervenções por parte do terapeuta.

O terapeuta, mestre em Psicologia, possuía menos de 5 anos de experiência clínica. A intervenção seguiu uma abordagem cognitivo-comportamental, com sessões semanais e supervisão clínica regular ao longo do processo.

Juízas e Auditora

A codificação da colaboração terapêutica, de todas as sessões, foi efetuada por elementos do Grupo de Investigação em Relação Terapêutica (GIRT) da Universidade do Minho – uma doutoranda em Psicologia e uma mestranda em Psicologia Clínica e Psicoterapia de Adultos. Todas as juízas receberam, previamente, formação no SCCT (Ribeiro et al., 2013).

A preparação, a elaboração e a análise das entrevistas foram efetuadas por membros do GIRT, estudantes de mestrado em Psicologia Clínica e Psicoterapia de Adultos. Uma investigadora sénior com

experiência em psicoterapia e no SCCT fez a auditora das codificações com o SCCT e das análises das entrevistas.

Instrumentos

Questionário de colaboração terapêutica (QCT)

Este questionário foi desenvolvido especificamente para o presente estudo (Reis, Iglesias Comesaña e Ribeiro, 2024), com o intuito de captar momentos de (não)colaboração terapêutica segundo as perspetivas do cliente e do terapeuta. Inspirado no *Helpful Aspects of Therapy* (Llewelyn, 1988) e ancorado no MCT (Ribeiro et al., 2013), o instrumento inclui perguntas abertas e fechadas, com duas versões paralelas: uma para o cliente e outra para o terapeuta[2]. A versão do cliente inquire sobre momentos em que este *se sentiu mais compreendido(a) pelo terapeuta* (momentos de colaboração) e momentos *em que sentiu mais incompreendido(a)* durante a sessão (momentos de não colaboração), solicitando informações que permitam localizar esses momentos e explorar a sua experiência nesses instantes. Por sua vez, a versão do terapeuta inquire sobre momentos em que este pretendeu *compreender a perspetiva problemática do cliente*, momentos em que procurar *desafiar a perspetiva / experiência problemática*, e momentos em que almejou *compreender as mudanças emergentes do cliente*. Ambas as versões foram administradas digitalmente através da plataforma Qualtrics, após cada sessão.

Entrevista semiestruturada

Para explorar a experiência da díade nos momentos de (não)colaboração terapêutica, utilizou-se uma entrevista semiestruturada baseada na *Brief Structured Recall* (Elliott & Shapiro, 1988), recorrendo à análise de gravações vídeo dos momentos identificados para uma reflexão detalhada. O guião da entrevista foi desenvolvido especificamente para clarificar e explorar esses momentos junto a cada elemento da díade, através de entrevistas individuais realizadas após as quatro primeiras sessões.

Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT)

O SCCT é um instrumento que permite analisar a colaboração entre o terapeuta e o cliente, momento a momento. A unidade de análise deste sistema é o par de falas adjacentes entre terapeuta e cliente, considerando o contexto imediato e o conjunto das interações ao longo da sessão. As intervenções do terapeuta dividem-se em duas categorias: suporte ou desafio. As *intervenções de suporte* referem-se a momentos em que o terapeuta acompanha, valida e explora a perspetiva atual do cliente, podendo centrar-se tanto na experiência problemática (suporte no problema) como nos sinais emergentes de mudança (suporte na inovação). Já as *intervenções de desafio* ocorrem junto ao limite superior da ZDPT

[2] A disponibilização das versões do instrumento (cliente e terapeuta) pode ser solicitada diretamente aos autores.

e consistem na proposta de uma perspetiva alternativa sobre o problema ou experiência do cliente. Podem focar-se na mudança potencial do cliente, incentivando a adoção de novos comportamentos ou significados, ou no processo terapêutico, promovendo insight e a reformulação do sentido atribuído ao problema. As respostas do cliente indicam o grau de segurança ou risco face às intervenções do terapeuta, sinalizando a posição da díade na ZDPT. A *validação* ocorre quando a resposta está alinhada com a proposta do terapeuta, confirmando-a, desenvolvendo-a ou reformulando a perspetiva habitual. Já a *invalidação* surge quando a intervenção do terapeuta não está alinhada com a ZDPT do cliente: ou porque é percebida como excessivamente exigente (risco intolerável), ou como irrelevante (desinteresse). A *ambivalência* interpessoal manifesta-se quando, numa mesma intervenção, o cliente oscila entre validar e invalidar a proposta do terapeuta (Ribeiro et al., 2013).

Procedimento

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade do Minho - Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas (Processo CEICSH 157/2024).

Seleção das díades

As díades terapêuticas analisadas foram selecionadas entre processos iniciados na Consulta de Psicoterapia de Adultos da Associação de Psicologia da Universidade do Minho. Os critérios de inclusão incluíram: terapia cognitivo-comportamental, experiência semelhante dos terapeutas, e presença vs. ausência de treino prévio no SCCT. Excluíram-se casos com diagnóstico de perturbação de personalidade. Considerou-se também a complexidade do procedimento, que envolvia recolha de dados em tempo real, e a viabilidade no âmbito de uma dissertação de mestrado. A análise foi, portanto, limitada às quatro primeiras sessões. Antes do início, obteve-se o consentimento informado de terapeutas e clientes para participação, gravação audiovisual, preenchimento de questionários após cada sessão e condução de entrevistas.

Identificação e exploração dos momentos de colaboração terapêutica

A recolha de dados ocorreu paralelamente à intervenção terapêutica. Após cada sessão, ambos os membros da díade responderam ao QCT para identificar momentos de (não)colaboração terapêutica. As respostas foram analisadas para estimar quando esses momentos ocorreram, sendo depois ajustadas nas entrevistas, nas quais os participantes precisaram o início e o fim de cada momento com o auxílio das gravações. Os momentos foram explorados em profundidade nas entrevistas individuais: primeiro, o cliente analisou os próprios momentos; depois, o terapeuta aprofundou os seus e os do cliente; por fim, o cliente refletiu sobre os momentos selecionados pelo terapeuta, garantindo uma visão cruzada e detalhada. As entrevistas duraram, em média, 90 a 120 minutos por participante.

No total, foram analisados 29 momentos: 8 identificados pelos clientes (4 em cada díade) e 21 pelos terapeutas (11 na díade SCCT- e 9 na díade SCCT+).

Codificação com o SCCT

As oito sessões-alvo foram gravadas em vídeo e transcritas na íntegra. Para cada sessão, o par de juízas definiu inicialmente, em conjunto, a ZDPT para a problemática apresentada pelos clientes. As duas primeiras sessões de cada díade foram codificadas de forma independente pelas juízas, tendo sido atingido um acordo inter-juízes superior a 80%, tanto para as intervenções do terapeuta como para as respostas do cliente. Após o cálculo do acordo, avançou-se para a discussão das discrepâncias a fim de alcançar consenso entre as codificadoras. A codificação pós-consenso foi auditada por uma investigadora sénior. As sessões restantes foram codificadas autonomamente por uma das juízas e igualmente auditadas pela mesma investigadora sénior.

Para os 29 momentos de colaboração terapêutica identificados com o QCT, foram extraídos os pares adjacentes de fala (intervenção do terapeuta e resposta imediata do cliente), codificáveis pelo SCCT. Cada momento incluía um número variável destes pares. Para garantir rigor e consistência, atribuiu-se a cada momento o código correspondente ao tipo de episódio interativo mais frequente. Por exemplo, se predominavam intervenções de suporte, mesmo com algumas de desafio, o código era suporte. Este critério foi aplicado sistematicamente.

Análise das entrevistas

As entrevistas foram transcritas e analisadas por dois investigadores de forma independente, usando uma abordagem temática dedutiva baseada no SCCT (Braun & Clarke, 2006; Ribeiro et al., 2013). O acordo inter-juízes superou 80%, e divergências foram resolvidas por consenso, com auditoria final por uma investigadora sénior.

Seguiu-se uma comparação entre as categorias atribuídas nas entrevistas (cliente e terapeuta) e os códigos atribuídos pelo observador com base no SCCT. Foi criada uma matriz comparativa, onde cada momento foi classificado consoante a categoria atribuída por cada perspetiva. Considerou-se haver acordo quando ambas as perspetivas atribuíram a mesma categoria ao mesmo momento; nos restantes casos, registou-se desacordo. Esta análise permitiu explorar o (des)alinhamento entre as perspetivas subjetiva e observacional, aprofundando a compreensão microprocessual da colaboração terapêutica.

Quando a categorização da perspetiva do terapeuta não obteve consenso entre codificadores, os momentos foram excluídos da análise quantitativa, mas analisados qualitativamente por representarem áreas de ambiguidade relevantes para o desenvolvimento metodológico do SCCT.

Comparação entre díades

Por fim, analisou-se a associação entre o treino em SCCT do terapeuta e o grau de concordância entre perspetivas. Face à reduzida dimensão amostral, aplicaram-se o teste exato de Fisher e o teste do qui-quadrado para avaliar a significância da associação.

Resultados[3]

De forma a responder à questão de investigação: *Como é que cliente e terapeuta identificam e caracterizam momentos de colaboração terapêutica?*, analisaram-se as experiências relatadas por ambos os membros da díade nas entrevistas.

Na díade SCCT-, foram identificados 15 momentos de colaboração terapêutica, 4 dos quais selecionados pelo cliente. Em todos os momentos, as experiências relatadas pelo cliente foram interpretadas como sendo de validação. As intervenções do terapeuta nesses momentos foram categorizadas como suportes no problema (SP) (n=6), desafios (D) (n=4), e suportes na inovação (SI) (n=3). Nos dois momentos restantes, não foi possível categorizar a intervenção do terapeuta.

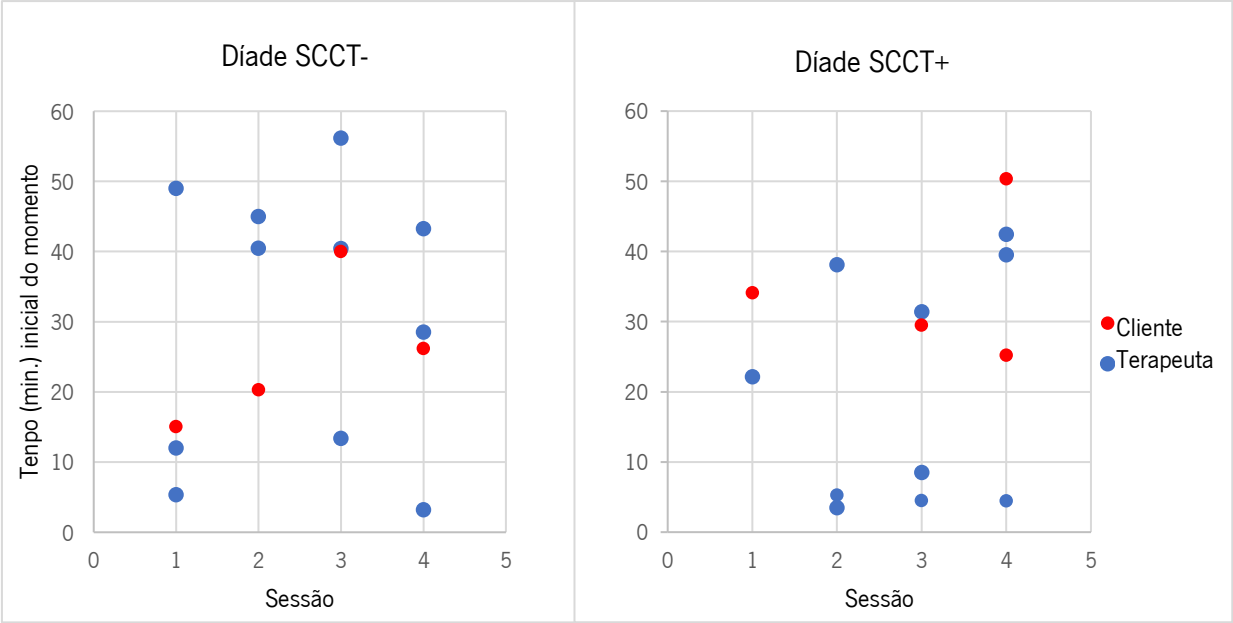
Na díade SCCT+, foram identificados 14 momentos, também com 4 selecionados pelo cliente. Na sua maioria, a experiência do cliente foi categorizada como validação (n=11), havendo ainda um momento de invalidação e dois de ambivalência. As intervenções do terapeuta nesses momentos foram interpretadas como SP (n=5), desafios (D) (n=4) e SI (n=4). No momento restante, não foi possível categorizar a intervenção do terapeuta.

A Figura 1 ilustra a dispersão dos momentos ao longo das quatro sessões, destacando a vermelho os momentos selecionados pelo cliente. Em ambas as díades, não se observa uma tendência clara quanto ao seu posicionamento temporal dentro da sessão. No que respeita à coincidência entre os momentos escolhidos pelo cliente e pelo terapeuta, apenas um momento foi selecionado por ambos, na díade SCCT- (sessão 3, minuto 40). Destaca-se, no entanto, a proximidade temporal entre os momentos identificados por cliente e terapeuta, embora distintos, em duas sessões da díade SCCT- (sessões 1 e 4) e na sessão 1 da díade SCCT+.

Figura 1

Dispersão dos momentos de colaboração terapêutica por tempo de início, por sessão

[3]De notar que, nesta secção, as categorias atribuídas às intervenções do terapeuta e às respostas do cliente foram definidas com base numa análise do discurso das entrevistas.



Relativamente à questão de investigação –*Em que medida o terapeuta capta e compreende a experiência do cliente nos momentos de colaboração identificados?* procedeu-se à análise da convergência entre as perceções do terapeuta sobre a resposta do cliente e as perceções reportadas pelo próprio cliente.

Na Díade SCCT- verificou-se um índice de concordância de 66,67% (10 dos 15 momentos). Os cinco momentos de discordância revelaram dois padrões predominantes: a invalidação atribuída pelo terapeuta enquanto o cliente experienciava validação (momentos 6, 7 e 10), e a ambivalência assinalada pelo terapeuta contraposta à validação reportada pelo cliente (momentos 9 e 16). Por exemplo, no momento 16 (ilustrado na tabela 1), o terapeuta questiona o cliente sobre a prática da apresentação, procurando perceber o nível de preparação e eventuais dificuldades associadas. Enquanto o cliente relatou sentir-se compreendido, o terapeuta interpreta a resposta do cliente como ambivalente, i.e., sem uma posição clara entre evitar assumir que não praticou (potencial invalidação) ou perceber que praticar sozinho não foi suficiente (potencial validação).

Tabela 1

Momento 16 da díade SCCT: Ilustração da divergência entre a perspetiva do cliente (validação) e a do terapeuta (ambivalência) sobre a resposta do cliente, e da convergência entre a perspetiva do observador e do terapeuta

Interação da díade e perspetiva do observador	Perspetiva do cliente	Perspetiva do terapeuta sobre a resposta do cliente

T: *O J. praticou a apresentação antes?* C: *Pratiquei, 2-3 vezes mais ou menos. Claro, não falei assim muito alto, uma coisa mais baixinha, para mim próprio. Só que o meu problema é mesmo a falar para as outras pessoas, em grupos granditos* **[Ambivalência]**	"Senti-me compreendido porque ele estava a tentar perceber se eu tinha feito alguma prática, (...), se foi da melhor maneira ou se podia melhorar. Senti-me compreendido porque o terapeuta demonstrou preocupação em ajudar-me (...)" **[Validação]**	"Lá está, não sei se foi resistência ou ele não perceber que precisava de praticar mais. (...) se isto era ele a fugir à questão e não querer admitir que não praticou o suficiente, ou se foi ele só realmente perceber que praticar sozinho não era suficiente." **[Ambivalência]**

Em contrapartida, na Díade SCCT+ o grau de concordância foi superior, atingindo 85,71% (12 dos 14 momentos). Apenas dois momentos apresentaram avaliações divergentes: a validação identificada pelo terapeuta versus ambivalência percebida pelo cliente no momento 4, e a invalidação atribuída pelo terapeuta em contraste com validação sentida pelo cliente no momento 8.

Para aprofundar a compreensão sobre os momentos de colaboração terapêutica identificados, foi também analisada a correspondência entre a perspetiva de observador (via codificação SCCT) e a dos membros da díade (cliente e terapeuta).

Relativamente à comparação entre a perspetiva de observador e a do cliente, na díade SCCT- verificou-se um grau de concordância de 86,67%, com 13 dos 15 momentos analisados codificados como acordo. Os dois momentos de desacordo (Momentos 3 e 16) evidenciam uma divergência relevante: em ambos, o cliente considerou a sua resposta como validação, enquanto o observador codificou como invalidação (Momento 3) e ambivalência (Momento 16). Ilustrado na tabela 1, o momento 16 representa um momento singular em que o codificador e terapeuta se alinham na interpretação da resposta do cliente como ambivalente, enquanto o cliente valida a intervenção.

Na díade SCCT+, a análise revelou uma elevada concordância entre cliente e observador (85,71%), com 12 dos 14 momentos analisados a refletirem alinhamento entre ambas as perspetivas. As divergências ocorreram em dois momentos, nos quais o cliente classificou a sua resposta como ambivalente, ao passo que o observador codificou como invalidação (momento 4) e como validação (momento 13). O momento 4 (ver tabela 2) exemplifica uma divergência tripartida entre as perspetivas do observador, do cliente e da terapeuta quanto à resposta do cliente. A terapeuta faz uma sequência de desafios para convidar o cliente a explorar cenários alternativos. O cliente classifica a sua resposta como ambivalente, reconhecendo que a intervenção foi um desafio inesperado, mas compreendendo que teve a intenção de o perceber melhor. Do ponto de vista do observador, a resposta é codificada como invalidação, na medida em que o cliente volta à sua perspetiva habitual. Já a terapeuta interpreta a

resposta como validação, sublinhando que, embora o cliente não tenha verbalizado um *insight* claro, não se sentiu retraído nem desregulado com o desafio.

Tabela 2

Illustração de divergência entre a perspetiva do cliente (ambivalência), a perspetiva do observador (invalidação) e a perspetiva do terapeuta sobre a resposta do cliente (validação), no momento 4 da díade SCCT+

Interação da díade e perspetiva do observador	Perspetiva do cliente	Perspetiva do terapeuta sobre a resposta do cliente
T: *E se não estiver preparado? Já estou a desafiar um bocadinho, está bem?* **[D]** C.: *Lá está, não gosto de não estar preparado (...)* **[Invalidação]** T: *O que é que significa não estar preparado?* **[D]** C: *Pra mim significa que eu não antevi aquele cenário em que me encontro. Pronto, há cenários que é impossível antever, mas muitos deles são possíveis de antever.* **[Invalidação]**	"Aqui diria que é outra intervenção para (...) me tentar perceber em contextos diferentes (...) até ela própria diz, foi no sentido de desafiar o raciocínio; não diria fora do contexto, mas foi de repente, é uma pergunta que não estava à espera" **[Ambivalência]**	"Apesar de ele não me dar uma resposta altamente concreta e chegar ao *insight*, não considerei que, ao desafiar, ele não foi capaz de lidar com o desafio. Do ponto de vista de codificação, no fundo, isto é quase uma invalidação mas, enquanto terapeuta do caso, não senti que tenha sido disruptivo ou demasiado exigente para ele". **[Validação]**

Comparando a perspetiva do observador com a perspetiva do terapeuta, a díade SCCT- apresentou um grau de concordância de 53,85%, com 7 dos 13 momentos codificados como acordo. É possível identificar dois padrões predominantes nas discrepâncias entre perspetivas. Por um lado, observa-se uma tendência do terapeuta para codificar as suas intervenções como suporte (tanto no problema, como na inovação), enquanto o observador as interpreta como desafios (momentos 1, 2, 9 e 16). Por outro lado, há tendência para o terapeuta identificar as suas intervenções como SI, sendo estas, no entanto, codificadas pelo observador como SP (momentos 8 e 13). Na tabela 3, ilustra-se o momento 2 em que o terapeuta propõe uma reflexão sobre a motivação para a mudança, sobre a importância da família em contraste com o jogo. Enquanto o observador classifica a intervenção como um D, por considerar que o terapeuta está a convidar o cliente a explorar um cenário hipotético, o terapeuta entende a intervenção como SP, uma vez que considera estar a ajudar o cliente a clarificar motivações implícitas na sua narrativa.

Tabela 3

Ilustração de divergência entre a perspetiva do terapeuta (D) e a perspetiva do observador (SP) no momento 2 da díade SCCT-

Interação da díade e perspetiva do observador	Perspetiva do terapeuta
T: (...) *Se calhar faz-nos sentido aqui também dedicarmos esta sessão, (...) à discussão da motivação para mudar. Pensarmos aqui porquê, (...) porque é que passar tempo com a família neste momento é mais importante do que jogar?* **[D]** C: *(...) Eu quando era muito mais novo, tinha uma Consola lá em casa, a PS1 na altura, só que eu jogar na consola, não jogava muito. Eu era passar mais tempo com a família, por ex., jogar às cartas, ou passar o tempo a falar, ou a fazer os trabalhos de casa, era esse tipo de coisas (..)* **[Validação]**	"Perceber o que é que quer mudar e o porquê, as suas motivações para mudança. Perceber porque queria deixar de jogar, o que é que há de problemático neste jogo". **[SP]**

Além dos desacordos identificados entre a perspetiva do terapeuta e a codificação atribuída pelo observador, registaram-se também dois momentos (3 e 6) em que não foi possível classificar de forma inequívoca a intenção do terapeuta com base no seu discurso da entrevista (ver tabela 4). Nestes episódios, o conteúdo do discurso apresentava simultaneamente elementos indicativos de uma postura de SP e de D, o que tornou a codificação ambígua e de fiabilidade reduzida.

Tabela 4

Momentos de ambiguidade na categorização da intenção do terapeuta, com presença simultânea de indicadores de SP e D ao longo do discurso da entrevista

Momento 3	"É questionar a motivação em primeiro lugar, não só compreender **[SP]**, mas também duvidar da motivação que me está a dizer **[D]**. Lá está, compreender no sentido de se estiver a omitir alguma coisa, e eu quero questionar, eu quero ir a fundo **[SP]**. Duvidar do que me está a dizer até agora **[D]** e ao mesmo tempo compreender, não é? **[SP]** (...) Não foi super desafiante, acho que vai no sentido ainda de compreender a motivação do cliente **[SP]** (...) Eu tinha em mente que eu estava a desafiar esta motivação com uma suspeita **[D]** (...).
Momento 6	"Questionamento inicial, também duvidar **[D]**, tentar compreender melhor a motivação de porque jogar tem sido mau, que consequências negativas estão associadas a jogar, que é o objetivo principal **[SP]**".

Na díade SCCT+, a comparação entre a perspetiva do terapeuta e a codificação do observador revelou um grau de concordância de 84,62% (11 em 13 momentos de acordo). Nos dois momentos de desacordo (momentos 8 e 13), o terapeuta identificou as suas intervenções como D, enquanto o observador as interpretou como SP.

O momento 13 destaca-se por representar uma dupla discrepância: por um lado, entre a intenção do terapeuta e a codificação do observador, e, por outro, entre a perspetiva do cliente e essa

mesma codificação. Embora o terapeuta tenha procurado estimular o *insight* através de uma intervenção desafiante, esta foi interpretada pelo observador como mais centrada no suporte. Simultaneamente, o cliente revelou ambivalência na forma como experienciou a intervenção — expressando surpresa e hesitação — ainda que a sua resposta tenha incluído elementos que foram codificados como validação pelo observador. Este momento revela, assim, a complexidade e subjetividade envolvidas na interpretação das intervenções terapêuticas.

Tabela 5

Exemplo de divergência entre perspetiva do terapeuta (D) e observador (SP), e entre perspetiva do cliente (Ambivalência) e observador (Validação) no momento 13 (díade SCCT+)

Interação da díade e perspetiva do observador	Perspetiva do terapeuta	Perspetiva do cliente
T: *Sente que isso também não faz sentido noutras áreas da sua vida, ou é exclusivo às relações?* **[SP]** C: *((silêncio)) Não sei ((silêncio)). Sim, acho que, de uma forma geral, se eu não estou habituado a estar num certo patamar, não faz sentido (...).* **[Validação]**	Aqui, no fundo, era com que ele compreendesse que a mesma exigência que ele tem para as suas relações, e idealizações que ele tem, tentar perceber se isto acontecia também no self, nas exigências que ele tem. No fundo, eu queria era promover insight em relação ao perfecionismo e a necessidade de provar". **[D]**	"Foi uma intervenção que eu não estava à espera, por isso, é que fiquei tanto tempo calado, não estava a perceber como é que eu podia relacionar aquele assunto às outras questões da minha vida, mas pronto, agora ouvindo a resposta, acho que tentei". [**Ambivalência**]

Para além dos momentos de desacordo entre a perspetiva do terapeuta e a codificação do observador, identificou-se também um episódio em que não foi possível atribuir com fiabilidade uma categoria à intenção do terapeuta, com base na análise do conteúdo da entrevista. A intervenção revelou indicadores mistos de SP e de D, como ilustrado na tabela 6.

Tabela 6

Momentos de ambiguidade na categorização da intenção do terapeuta, com presença simultânea de indicadores de SP e D ao longo do discurso

Momento 7	"Aqui era um bocadinho o tentar explorar novamente **[SP]**, e tentar fazer com que ele percebesse **[D]** que este pensamento constante, esta ruminação e esta preparação estão ligadas à sensação de controlo que ele acredita ter sobre as situações".

Por fim, a análise comparativa entre a díade SCCT- e a díade SCCT+ permite observar diferenças aparentes nos níveis de concordância entre perspetivas, como evidente na tabela seguinte.

Tabela 7

Grau de concordância entre perspetivas da díade (cliente e terapeuta) e perspetiva do observador nas duas díades analisadas

	Díade SCCT-	Díade SCCT+
Acordo perspetiva terapeuta vs. perspetiva do observador	53,85%	83,33%
Acordo perspetiva do terapeuta sobre resposta do cliente vs. perspetiva do cliente	66,67%	85,71%

No que respeita à concordância entre a perspetiva do terapeuta e a do observador, a díade SCCT+ apresenta um grau mais elevado de acordo (83,33%) do que a díade SCCT- (53,85%). Embora expressiva em termos percentuais e sugerindo uma associação entre treino em SCCT e clareza na comunicação da intenção do terapeuta, esta diferença não foi estatisticamente significativa (teste exato de Fisher, $p = 0.089$). Ainda assim, o valor de *p* aproxima-se do limiar convencional ($p < 0,05$), podendo indicar uma tendência relevante a explorar com amostras maiores.

De forma semelhante, quanto à concordância entre a perspetiva do terapeuta sobre a resposta do cliente e a perspetiva do próprio cliente, a díade SCCT+ registou um nível mais elevado (85,71%) face à SCCT- (66,67%), sugerindo uma possível associação entre treino e maior compreensão da experiência do cliente. Também aqui a diferença não foi estatisticamente significativa ($p = 0.390$).

Discussão

Este é um dos primeiros estudos a integrar sistematicamente as perspetivas do cliente, do terapeuta e do observador externo na análise de momentos de (não)colaboração terapêutica, contribuindo para o avanço da investigação microprocessual em psicoterapia.

Quanto à perspetiva do cliente, a maioria dos momentos selecionados foi categorizada como episódios de validação, indicando que se situaram dentro dos limites da ZDPT. Na díade SCCT-, o cliente não identificou quaisquer momentos de invalidação, sugerindo que o terapeuta conseguiu, nesses momentos, equilibrar adequadamente o nível de desafio e de suporte, criando condições para o cliente experienciar segurança e envolvimento emocional (Ribeiro et al., 2013). Assim, na perspetiva do cliente, o terapeuta conseguiu ser responsivo nesses momentos (Stiles & Hovath, 2017). Já na díade SCCT+, o cliente categorizou três momentos como estando no limite (ambivalência) ou fora (invalidação) da sua ZDPT, sinalizando potenciais limitações na responsividade do terapeuta.

Do ponto de vista do terapeuta, nos momentos de colaboração terapêutica identificados, as intervenções distribuíram-se entre SP, D e SI, com uma ligeira predominância de SP, especialmente na

díade SCCT-. A presença consistente de intervenções de D, mesmo nas sessões iniciais, pode refletir as características centrais da terapia cognitivo-comportamental, que privilegia uma colaboração ativa no alinhamento de objetivos e ativação do cliente para a mudança desde o início do tratamento (Okamoto et al., 2019).

Cruzando a perspetiva do terapeuta sobre a resposta do cliente com a do próprio cliente, os resultados revelam diferenças na capacidade do terapeuta para captar a experiência subjetiva do cliente, nos momentos identificados. À luz do modelo TCCS (Ribeiro et al., 2021), a responsividade terapêutica refere-se à capacidade do terapeuta para ajustar as suas intervenções de forma contínua, sensível e situada ao momento e à ZDPT do cliente. As discrepâncias observadas entre as perceções do terapeuta e do cliente sugerem possíveis falhas neste processo de sintonização e adaptação, comprometendo a colaboração terapêutica e o avanço dentro da ZDPT, nesse momento. Na díade SCCT-, o menor nível de concordância (66,67%) revela um padrão em que o terapeuta interpretou a resposta do cliente como sinal de invalidação ou ambivalência, enquanto o cliente relatou ter sentido validação, o que pode refletir uma leitura mais cautelosa do terapeuta ou alguma dificuldade em captar a experiência relacional do cliente, contrastando com a vivência interna do cliente de aparente conforto com a sua proposta. Esta discrepância poderá dever-se a disparidades no acesso experiencial entre cliente e terapeuta (Elliott & Shapiro, 1992), uma vez que o cliente vive o momento a partir da sua experiência interna, enquanto o terapeuta apenas pode inferi-la com base em sinais observáveis. Por outro lado, podemos colocar a hipótese de que traços compatíveis com PEA (presentes na díade SCCT-), como dificuldades na expressão emocional, influenciam a perceção do terapeuta sobre a experiência do cliente. Estudos revelam que respostas que se afastam dos padrões convencionais de comunicação (e.g., discurso tangencial ou ausência de sinais emocionais explícitos) são frequentemente mal interpretadas como resistência, evasão ou incongruência, sobretudo quando os terapeutas não têm experiência com perfis neurodivergentes (Cummins et al., 2020; Riches et al, 2023). Assim, as discrepâncias observadas poderão refletir não apenas uma diferença de perspetivas, mas barreiras na comunicação experiencial, reforçando a importância de uma leitura clínica sensível às características individuais do cliente na análise da colaboração terapêutica. Em contraste, na díade SCCT+, houve uma concordância maior entre perspetivas (85,71%), o que sugere um maior nível de responsividade por parte do terapeuta, nos momentos identificados.

Avançando para a discussão dos resultados sobre o (des)alinhamento entre a perspetiva do observador e a da díade, importa salientar que, embora o SCCT preveja um protocolo de treino rigoroso para minimizar erros de codificação, a complexidade das interações terapêuticas torna expectáveis

algumas discrepâncias entre as perceções subjetivas do terapeuta e as interpretações externas, admitindo-se uma margem de erro. A elevada concordância entre a perspetiva do observador e a do cliente em ambas as díades (86,67% na díade SCCT- e 85,71% na díade SCCT+) sugere que o SCCT parece captar bem a experiência dos clientes, especialmente quando se tratam de respostas de validação ou ambivalência. Esta constatação está em linha com a evidência que suporta que a perceção do cliente é uma fonte válida para compreender o processo terapêutico (Elliott, 2010) e um marcador crítico do sucesso terapêutico (Bohart & Wade, 2013). Reforça, ainda, o valor de métodos de codificação como o SCCT na captação de experiências subjetivas, mesmo ao nível microprocessual.

Na análise das divergências destas duas perspetivas, por díade, emergiram padrões distintos. Na díade SCCT-, observou-se uma tendência do cliente para codificar como validação momentos que o observador codificou como ambivalência ou mesmo invalidação. Esta discrepância pode refletir dificuldades do observador em interpretar a experiência comunicada, face às características do diagnóstico do cliente (supramencionadas). Já na díade SCCT+, destaca-se uma divergência tripartida (momento 4), em que o cliente classificou a sua resposta como ambivalente, enquanto a terapeuta a interpretou como validação e o observador como invalidação. Esta tripla divergência ilustra a pluralidade de significados atribuídos à mesma interação e, provavelmente, a sua complexidade ao nível dos canais de comunicação interpessoal e experiencial envolvidos (verbal e não verbal). Sugere, ainda, que num contexto terapêutico mais ambíguo ou exigente, as interpretações são moldadas por diferentes critérios: a experiência subjetiva do cliente, o olhar técnico do observador e o conhecimento técnico e relacional da terapeuta. Em conjunto, estes padrões reforçam a relevância de uma análise responsiva e uma atenção multifocal para captar as nuances do processo colaborativo.

Relativamente ao (des)alinhamento entre perspetiva do observador e a do terapeuta, os resultados revelam diferenças entre as díades analisadas. Na díade SCCT-, o grau de concordância foi de apenas 53,85%, evidenciando uma discrepância considerável entre a intenção subjetiva do terapeuta e a codificação externa da sua intervenção. As divergências nesta díade seguiram um padrão recorrente: em vários momentos, o terapeuta descreveu a sua intenção como SP, enquanto o observador a codificou como D. Esta divergência pode refletir limitações tanto na capacidade do terapeuta para formular ou reconhecer claramente o propósito das suas intervenções, como na capacidade do observador para captar a complexidade e tonalidade da intervenção clínica.

Adicionalmente, em dois momentos desta díade não foi possível categorizar com fiabilidade a intenção do terapeuta com base no seu discurso retrospetivo. O terapeuta revelou ambivalência ao descrever a sua ação, com alternância explícita entre intenções de compreender, validar (SP) e

simultaneamente questionar ou desconstruir o discurso do cliente (D). Esta dificuldade na categorização pode, por um lado, refletir limitações na auto-monitorização do terapeuta ou uma intencionalidade não totalmente consciente, ou por outro, uma intenção clínica híbrida, em que o terapeuta tenta manter uma base de segurança relacional enquanto introduz elementos de confronto construtivo (por exemplo, desafiar para compreender). Esta articulação é descrita por Stiles et al. (1996) no contexto da prática psicodinâmico-interpessoal, onde o terapeuta procura simultaneamente facilitar a experiência emocional do cliente e enfrentar bloqueios relacionais ou cognitivos através de intervenções de validação e desafio.

Já a díade SCCT+ apresentou um grau de concordância de 84,62%, sugerindo uma maior consistência entre intenção relatada e interpretação observacional. As discrepâncias foram menos frequentes e menos complexas, constituindo apenas 2 momentos em que o terapeuta considerou que estava a desafiar, e o observador codificou a sua intenção com SP. Isto poderá indicar que, embora o terapeuta tivesse a intenção de confrontar ou promover *insight,* o tom, a forma ou a sequência da intervenção foi suficientemente contida para ser percecionada como SP. O momento 13 revela um caso particularmente rico de dupla divergência — entre terapeuta e observador, e entre cliente e observador. Enquanto o terapeuta descreveu a intenção de promover *insight* através de uma intervenção de D, o observador codificou-a como SP. Já o cliente reagiu com ambivalência, expressando surpresa e hesitação, enquanto o observador interpretou essa resposta como validação. Este momento ilustra a margem de erro inerente ao SCCT (supramencionada), i. e., o observador não conseguiu captar todas as nuances e significados que surgem no momento.

Um dos objetivos centrais deste estudo consistiu em comparar a convergência entre a perspetiva do terapeuta e a do observador em função do treino de investigação do terapeuta no SCCT. Os resultados sugerem que o treino em SCCT pode favorecer maior sensibilidade processual, refletida num grau superior de concordância na díade SCCT+ (83,33%) face à díade SCCT- (53,85%). De igual modo, a concordância entre a interpretação do terapeuta sobre a resposta do cliente e a perspetiva do próprio cliente foi superior na díade SCCT+ (85,71%) do que na díade SCCT- (66,67%). Os resultados sugerem que o treino no SCCT poderá contribuir para uma maior clareza e consciência da intenção terapêutica, bem como sensibilidade à experiência do cliente, ao nível microanalítico. Assim sendo, esta investigação reforça a importância de investir na formação dos terapeutas em competências microprocessuais, centradas na observação, monitorização e interpretação do processo terapêutico em tempo real. Em consonância com propostas recentes na literatura (Westra & Di Bartolomeo, 2024; Boswell et al., 2024), destaca-se a relevância de treinos focados na responsividade relacional, na leitura dos marcadores de processo e na capacidade de ajustar intervenções às oscilações da ZDPT. Embora os dados não

permitam afirmar com robustez estatística que o treino em SCCT melhora a prática clínica, os resultados apontam nesse sentido e sugerem que a formação baseada em codificação observacional poderá ser uma via promissora para o desenvolvimento da sensibilidade clínica e da expertise terapêutica, tal como preconizado por Ribeiro & Pinto (*in press*).

Um dos contributos relevantes desta investigação prende-se com a análise dos momentos de difícil categorização, i.e., momentos em que não foi possível codificar com fiabilidade a intenção do terapeuta. Longe de constituírem "erros" ou limitações metodológicas, estes momentos podem ser compreendidos, à luz de uma abordagem *theory-building* (Stiles, 2009), como zonas férteis para a expansão do modelo teórico e metodológico do SCCT. A ambiguidade percebida nesses episódios — contendo elementos simultâneos de suporte e desafio — aponta para a complexidade da interação terapêutica real, que pode não ser totalmente captada pelas categorias existentes do SCCT. A sua análise em futuras investigações poderá informar o refinamento das (sub)categorias existentes ou a introdução de novas dimensões (e.g., ambiguidade intencional). Tais desenvolvimentos poderão contribuir para uma maior sensibilidade do SCCT à complexidade relacional da psicoterapia, favorecendo a sua utilização tanto em contextos de investigação como de supervisão e formação clínica.

A principal limitação do estudo refere-se à reduzida dimensão amostral, inerente ao seu *design* qualitativo e exploratório, o que impede a generalização dos resultados a outros casos clínicos. Contudo, segundo a lógica de *theory-building*, tal não compromete a validade do estudo, que visa sobretudo gerar conhecimento aprofundado sobre a colaboração terapêutica em contexto naturalístico. Por outro lado, a diversidade diagnóstica dos clientes, apesar de enriquecer os dados, dificultou a análise isolada de fatores específicos associados à colaboração terapêutica. Futuramente, recomenda-se replicar o estudo com múltiplos casos para validar os resultados.Também se destacam limitações metodológicas, especialmente na localização precisa dos momentos de colaboração indicados nos questionários, já que as entrevistas foram feitas só após a quarta sessão, exigindo memória retrospetiva dos participantes. Para futuros estudos, recomenda-se realizar as entrevistas logo após cada sessão.Acresce ainda a limitação de a análise incidir apenas sobre as quatro primeiras sessões terapêuticas. Para investigações futuras, seria recomendável alargar a amostra de casos clínicos e incluir diferentes fases da intervenção, de forma a captar com maior nuance a colaboração terapêutica segundo estas três perspetivas.

Referências

Bachelor, A. (2013). Clients' and therapists' views of the therapeutic alliance: Similarities, differences and relationship to therapy outcome. *Clinical psychology & psychotherapy*, *20*(2), 118-135. https://doi.org/10.1002/cpp.792

Baxter, P., & Jack, S. (2008). Qualitative case study methodology: Study design and implementation for novice researchers. *The qualitative report, 13*(4), 544-559.

Bohart, A. C., & Wade, A. G. (2013). The client in psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 219 –257). Wiley.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16*(3), 252-260. https://doi.org/10.1037/h0085885

Boswell, J. F., Constantino, M. J., Gaines, A. N., & Smith, A. E. (2024). Responding to key process markers as a focus of psychotherapy training and practice. *Clinical Psychology in Europe, 6*, 1-13. https://doi.org/10.32872/cpe.11967

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Constantino, M. J., Coyne, A. E., Boswell, J. F., Goldfried, M. R., & Castonguay, L. G. (2023). Training on context-responsive psychotherapy integration: An evidence-informed framework. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Becoming better psychotherapists: Advancing training and supervision* (pp. 85–105). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000364-005

Cummins, C., Pellicano, E., & Crane, L. (2020). Autistic adults' views of their communication skills and needs. *International journal of language & communication disorders*, *55*(5), 678-689. https://doi.org/10.1111/1460-6984.12552

Elliott, R. (2010). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy Research, 20*(2), 123-135. https://doi.org/10.1080/10503300903470743

Elliott, R., & Shapiro, D. A. (1988). Brief structured recall: A more efficient method for studying significant therapy events. *British Journal of Medical Psychology, 61*(2), 141-153. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1988.tb02773.x

Eubanks-Carter, C., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2015). Alliance-focused training. *Psychotherapy, 52*(2), 169–173. https://doi.org/10.1037/a0037596

Flückiger, C., Grosse Holtforth, M., Znoj, H. J., Caspar, F., & Wampold, B. E. (2013). Is the relation between early post-session reports and treatment outcome an epiphenomenon of intake distress and early response? A multi-predictor analysis in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *23*(1), 1-13. https://doi.org/10.1080/10503307.2012.693773

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy, 55*(4), 316–340. https://doi.org/10.1037/pst0000172

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

Hill, C. E. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(4), 431–442. https://doi.org/10.1037/0033-3204. 42.4.431

Hill, C. E., & Knox, S. (2013). Training and supervision in psychotherapy: Evidence for effective practice. In M. J. Lambert (Ed.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 775-811). John Wiley.

Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan Jr, D. M., & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist, 45*(1), 7- 53. https://doi.org/10.1177/0011000016641192

Horvath, A. O. (2013). You Can' t Step Into the Same River Twice, but You Can Stub Your Toes on the Same Rock: Psychotherapy Outcome From a 50-Year Perspective. *Psychotherapy, 50*(1), 25–32. https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0030899

Horvath, A. O., & Bedi, R. (2002). The alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). Oxford University Press.

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

Igra L, Lavidor M, Atzil Slonim D, Arnon-Ribenfeld N, de Jong S, Hasson-Ohayon I (2020). A meta-analysis of client-therapist perspectives on the therapeutic alliance: Examining the moderating role of type of measurement and diagnosis. *European Psychiatry, 63*(1), e67, 1–7 https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.67

Jennissen, S., Nikendei, C., Ehrenthal, J. C., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2020). Influence of patient and therapist agreement and disagreement about their alliance on symptom severity over the course of treatment: A response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *67*(3), 326. https://doi.org/10.1037/cou0000398

Kivlighan, D. M., Jr., Marmarosh, C. L., & Hilsenroth, M. J. (2014). Client and therapist therapeutic alliance, session evaluation, and client reliable change: A moderated actor-partner interdependence model. *Journal of Counseling Psychology, 61*, 15–23. http://dx.doi.org/10.1037/a0034939

Knox, S., & Hill, C. E. (2021). Training and supervision in psychotherapy: What we know and what we need to know. In M. Barkham, W. Lutz, & L. G. Castonguay (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (50th anniversary ed, pp. 327–349). Wiley.

Krause, M., Altimir, C., & Horvath, A. (2011). Deconstructing the therapeutic alliance: Reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clinical and Health*, *22*(3), 267-283. https://doi.org/10.5093/cl2011v22n3a7

Leiman, M., & Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy research, 11*(3), 311-330. https://doi.org/10.1080/713663986

Lipkin, S. (1954). Clients' feelings and attitudes in relation to the outcome of client-centered therapy. *Psychological Monographs: General and Applied, 68*(1), 1–30. https://doi.org/10.1037/h0093661

Llewelyn S. P. (1988). Psychological therapy as viewed by clients and therapists. *The British journal of clinical psychology*, *27*(3), 223–237. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1988.tb00779.x

Marmarosh, C. L., & Kivlighan Jr, D. M. (2012). Relationships among client and counselor agreement about the working alliance, session evaluations, and change in client symptoms using response surface analysis. *Journal of Counseling Psychology*, *59*(3), 352. https://doi.org/10.1037/a0028907

Nissen-Lie, H. A., Solbakken, O. A., Falkenström, F., Wampold, B. E., Holmqvist, R., Ekeblad, A., & Monsen, J. T. (2021). Does it make a difference to be more "on the same page"? Investigating the role of alliance convergence for outcomes in two different samples. *Psychotherapy Research*,*31*(5), 573-588. https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1823030

Okamoto, A., Dattilio, F. M., Dobson, K. S., & Kazantzis, N. (2019). The therapeutic relationship in cognitive–behavioral therapy: Essential features and common challenges. *Practice Innovations, 4*(2), 112–123. https://doi.org/10.1037/pri0000088

Ribeiro, E. (2009). Aliança terapêutica: Quando o encontro se torna terapêutico [Therapeutic alliance: When the encounter becomes therapeutic]. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (pp. 13–41). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Ribeiro, E. (2019). Aliança terapêutica: conceito, modelos e avaliação. In Eugénia Ribeiro (Coord.), *Aliança Terapêutica: Da teoria à prática clínica* (2ªed., pp. 11-22). Braga: Psiquilíbrios Edições.

Ribeiro, E., Gonçalves, M. M., & Pinto, D. (2021). Responsiveness and therapeutic collaboration in narrative therapy. In J. C. Watson & H. Wiseman (Eds.), *The responsive psychotherapist: Attuning to clients in the moment* (pp. 195–217). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000240-010

Ribeiro, E., & Pinto, D. (in press). Therapeutic Collaboration Coding System: From research to clinical training.

Ribeiro, E., Pinto, D., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Ferreira, A., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2019). *Therapeutic Collaboration Coding System (SCCT): Manual revised*. Unpublished manuscript, School of Psychology, University of Minho, Braga, Portugal.

Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 86*(3), 294-314. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x

Riches, S., Hammond, N., Bianco, M., Fialho, C., & Acland, J. (2023). Adapting cognitive behaviour therapy for adults with autism: a lived experience-led consultation with specialist psychological therapists. *The Cognitive Behaviour Therapist, 16,* e13. https://doi.org/10.1017/S1754470X23000053

Rubel, J. A., Bar-Kalifa, E., Atzil-Slonim, D., Schmidt, S., & Lutz, W. (2018). Congruence of therapeutic bond perceptions and its relation to treatment outcome: Within- and between-dyad effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 86*(4), 341–353. https://doi.org/10.1037/ccp0000280

Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 406–412. https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.406

Stiles, W. B. (2009). Logical operations in theory-building case studies. *Pragmatic case studies in psychotherapy*, *5*(3), 9-22. https://doi.org/10.14713/pcsp.v5i3.973

Stiles, W. B., & Goldsmith, J. Z. (2010). Alliance over time. In J. C. Muran & J. P. Barber (Eds), *The therapeutic alliance: An evidence-based guide to practice* (pp.44-62). Guilford.

Stiles, W. B., & Horvath, A. O. (2017). Appropriate responsiveness as a contribution to therapist effects. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 71–84). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000034-005

Stiles, W. B., Startup, M., Hardy, G. E., Barkham, M., Reynolds, S., Rees, A., & Shapiro, D. A. (1996). Therapist session intentions in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology, 43*(4), 402–414. https://doi.org/10.1037/0022-0167.43.4.402

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

Timulak, L., & Keogh, D. (2017). The client's perspective on (experiences of) psychotherapy: A practice friendly review. *Journal of Clinical Psychology, 73*(11), 1556-1567. https://doi.org/10.1002/jclp.22532

Tryon, G. S., Blackwell, S. C., & Hammel, E. F. (2007). A metaanalytic examination of client-therapist perspectives of the working alliance. Psychotherapy Research, 17(6), 629–642. https://doi.org/10.1080/10503300701320611

Tryon, G. S., Birch, S. E., & Verkuilen, J. (2018). Meta-analyses of the relation of goal consensus and collaboration to psychotherapy outcome. *Psychotherapy, 55*(4), 372–383. https://doi.org/10.1037/pst0000170

Tryon, G. S., Birch, S. E., & Verkuilen, J. (2019). Goal consensus and collaboration. In J. C. Norcross & M. J. Lambert (Eds.). *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (3rd ed., Vol. 1, pp. 167–204). Oxford University Press.

Westra, H. A., & Di Bartolomeo, A. A. (2024). Developing expertise in psychotherapy: The case for process coding as clinical training. *American Psychologist, 79*(2), 163. https://doi.org/10.1037/amp0001139

Wu, M. B., & Levitt, H. M. (2022). How to become a responsive therapist: A study of experiences of developing therapists. *Psychotherapy Research, 32*(6), 763-777. https://doi.org/10.1080/10503307.2021.2009929

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

Zilcha-Mano, S., Muran, J. C., Hungr, C., Eubanks, C. F., Safran, J. D., & Winston, A. (2016). The relationship between alliance and outcome: Analysis of a two-person perspective on alliance and session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(6), 484–496. https://doi.org/10.1037/ccp0000058

Zilcha-Mano, S., Snyder, J., & Silberschatz, G. (2017). The effect of congruence in patient and therapist alliance on patient's symptomatic levels. *Psychotherapy Research, 27*(3), 371–380. https://doi.org/10.1080/10503307.2015.1126682