



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Joana Silveira Fernandes Leite

**Colaboração terapêutica em
acontecimentos identificados pelo
cliente como sendo significativos
para a sua mudança numa abordagem
construtivista**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Joana Silveira Fernandes Leite

**Colaboração terapêutica em
acontecimentos identificados pelo
cliente como sendo significativos
para a sua mudança numa abordagem
construtivista**

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

Trabalho realizado sob a orientação da
Doutora Professora Eugénia Ribeiro

Junho de 2012

DECLARAÇÃO

Nome: Joana Silveira Fernandes Leite

Endereço Eletrónico: joanasilveiraa@gmail.com

Título da Tese de Mestrado: Colaboração terapêutica em acontecimentos identificados pelo cliente como sendo significativos para a sua mudança numa abordagem construtivista

Orientador(es): Doutora Professora Eugénia Ribeiro

Ano de conclusão: 2012

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia, na Área de Especialização em Psicologia Clínica

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

Universidade do Minho, 15 de Junho de 2012.

Assinatura: _____

Agradecimentos

Todos os trabalhos têm um princípio, todos os estudos uma razão de ser... Numa folha em branco, palavra a palavra, como uma construção, desenha-se o projeto, nasce a investigação.

A todos os que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desta dissertação, os meus sinceros agradecimentos.

À Professora Eugénia, agradeço especialmente pela disponibilidade, dedicação e conhecimentos transmitidos ao longo da realização deste estudo.

À minha mãe, pelo amor, conselhos e apoio constante, nas alturas em que as incertezas dominavam... Obrigada, Mãe!

Ao meu encorajador círculo de amigos, pela amizade, carinho e preocupação demonstrada.

Às Mestres Susana Oliveira e Helena Azevedo agradeço pela disponibilidade que sempre demonstraram e pelos preciosos conselhos que transmitiram.

Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade do Minho
Área de Especialização de Psicologia Clínica
Colaboração terapêutica em acontecimentos identificados pelo cliente como sendo
significativos para a sua mudança numa abordagem construtivista
Joana Silveira Fernandes Leite
Professora Doutora Eugénia Ribeiro

RESUMO

A presente dissertação enquadra-se numa perspetiva de investigação compreensiva, e tendo como referência o trabalho desenvolvido por E. Ribeiro, A. P. Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles (2012).

Este estudo constitui uma oportunidade de compreender a complexidade que caracteriza o processo de colaboração terapêutica e o processo de mudança.

Tendo por base a abordagem construtivista pessoal, propomo-nos compreender como é que a colaboração terapêutica entre o terapeuta e o cliente se desenvolve ao longo do processo terapêutico de dois casos clínicos, um de sucesso e outro de insucesso terapêutico. Pretende-se, igualmente caracterizar a colaboração nos acontecimentos significativos identificados pelos clientes dos dois casos clínicos.

A dissertação organiza-se em duas partes essenciais. Na primeira parte foi elaborado o enquadramento teórico da dimensão de colaboração terapêutica, relacionando-a com a abordagem terapêutica construtivista. Nesta parte fizemos ainda uma incursão pelo paradigma dos acontecimentos significativos como promotores de mudança terapêutica. A segunda parte apresenta o estudo empírico realizado, onde são expressas de forma clara e sucinta as questões de investigação, os procedimentos metodológicos, a apresentação e a discussão dos resultados obtidos, refletindo-se também acerca das limitações da investigação.

Palavras-chave: colaboração terapêutica; abordagem construtivista; acontecimentos significativos.

Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade do Minho

Área de Especialização de Psicologia Clínica

Therapeutic collaboration in events identified by the client as being significant for its
change in a constructive approach

Joana Silveira Fernandes Leite

Professora Doutora Eugénia Ribeiro

Abstract

This dissertation falls under a perspective of comprehensive investigation, and considering the work developed by E. Ribeiro, A. P. Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles (2012).

This study constitutes an opportunity to understand the complexity that characterizes the process of therapeutic collaboration and the process of change.

Based on a personal constructivist approach, we propose ourselves to understand how therapeutic collaboration between therapist and client develops along the therapeutic process of two clinical cases, one successful and one unsuccessful case. It is intended also to characterize the collaboration on significant events identified by the clients of the two clinical cases.

This dissertation is organized in two parts. In the first part was prepared the theoretical contextualization of the therapeutic collaboration dimension, relating to the constructivist approach. In this part we did an incursion into the paradigm of significant events as promoters of therapeutic change. The second part presents the empirical study, in which are expressed clearly and briefly the research questions, methodological procedures, presentation and discussion of results, reflecting also on the limitations of the investigation.

Key-words: therapeutic collaboration; constructive approach; significant change events.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
A. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. Colaboração terapêutica enquanto micro-processo de mudança	10
2. A colaboração terapêutica e a abordagem construtivista	14
3. Acontecimentos significativos e a mudança em terapia	17
B. MÉTODO	
1. Questões de investigação	19
2. Participantes	20
2.1. Clientes	20
2.2. Terapeuta.....	21
2.3. Juízes	21
3. Instrumentos	22
4. Procedimento.....	24
C. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	
1. Colaboração terapêutica no caso de sucesso	26
2. Colaboração terapêutica no caso de insucesso	29
3. Análise comparativa dos episódios em função da ZDPT	32
4. Colaboração terapêutica nos acontecimentos significativos	34
4.1. No caso de sucesso	34
4.2. No caso de insucesso	36
D. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	38
E. LIMITAÇÕES.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

ÍNDICE DE FIGURA, TABELAS E GRÁFICOS

Figura 1: Desenvolvimento da colaboração terapêutica ao longo da Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDPT)

Tabela 1: Marcadores da Intervenção do Terapeuta no *Therapeutic Collaboration Coding System*

Tabela 2: Marcadores da Resposta do Cliente no *Therapeutic Collaboration Coding System*

Tabela 3: Episódios possíveis no *Therapeutic Collaboration Coding System*

Tabela 4: Episódios interativos no caso de sucesso e de insucesso

Tabela 5: Episódios interativos no caso de sucesso e de insucesso

Gráfico 1: Intervenções da Terapeuta ao longo do caso de sucesso

Gráfico 2: Respostas da Cliente ao longo do caso de sucesso

Gráfico 3: Níveis de interação ao longo do caso de sucesso

Gráfico 4: Intervenções da Terapeuta ao longo do caso de insucesso

Gráfico 5: Respostas da Cliente ao longo do caso de insucesso

Gráfico 6: Níveis de interação ao longo do caso de insucesso

INTRODUÇÃO

Na teoria dos construtos pessoais, Kelly (1995) considera o ser humano uma entidade em permanente movimento, antecipando e construindo as suas experiências, e neste contexto tem a oportunidade de criar ou reconstruir o conhecimento sobre si e sobre os outros. De acordo com este autor, a psicoterapia é entendida como um processo de reconstrução dos significados com que o cliente dá sentido à sua experiência e ao mundo. Esta atitude de aproximação aos processos de construção do cliente, que a teoria dos construtos pessoais propõe, valoriza assim, a necessidade de o terapeuta atender às teorias do cliente, incluindo a teoria sobre a sua própria mudança na terapia.

Ao longo deste processo a relação estabelecida entre terapeuta e cliente deve apresentar um carácter colaborativo, assumindo quer o terapeuta como o cliente, um papel ativo para a mudança terapêutica (Botella & Feixas, 1998). A dimensão da colaboração terapêutica apresenta-se, atualmente, como um construto cada vez mais valorizado em diferentes abordagens terapêuticas, nomeadamente na abordagem construtivista. Neste contexto, a colaboração é entendida como um elemento-chave para que terapeuta e cliente sejam co-participantes na formação de significados, almejando que o cliente construa um sentido do *self* no mundo como mais útil e saudável (Hoyt, 1998).

No sentido de compreender a interação entre terapeuta e cliente a um nível micro-analítico, no contexto da conversação terapêutica E. Ribeiro (2009) tem procurado perceber como é que a colaboração entre o cliente e o terapeuta pode promover mudança e quais os processos envolvidos na formação e desenvolvimento deste micro-processo da aliança. A autora conceptualiza a colaboração terapêutica como uma *“coordenação de ações do terapeuta e do cliente, enquadrada momento a momento na conversação terapêutica”* (p. 171), e que evolui ao longo de um contínuo dinâmico, definido por E. Ribeiro, A. P. Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles (2012) como Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica. Para estudar o desenvolvimento da colaboração terapêutica foi construído o *Therapeutic Collaboration Coding System - TCCS* (E. Ribeiro et al., 2012).

Dado que o cliente é uma fonte de informações privilegiada acerca da forma como é experienciada a psicoterapia, o estudo de mudança deve considerar a perspetiva do cliente (Elliott & James, 1989). O paradigma dos acontecimentos significativos enquadra a linha de investigação centrada na perspetiva do cliente sobre os momentos úteis/importantes para o seu processo de mudança.

A presente investigação teve como principal objetivo compreender como é que a colaboração terapêutica entre o terapeuta e o cliente se desenvolve ao longo do processo terapêutico de dois casos clínicos: um de sucesso e outro de insucesso. Pretendeu-se, igualmente caracterizar a colaboração nos acontecimentos significativos identificados pelos clientes dos dois casos clínicos.

Na primeira parte desta dissertação, será elaborado o enquadramento teórico da dimensão de colaboração terapêutica, relacionando-a com a abordagem terapêutica construtivista. Nesta parte faremos ainda uma incursão pelo paradigma dos acontecimentos significativos como promotores de mudança terapêutica. A segunda parte apresenta o estudo empírico realizado, onde se procura expor de forma clara e sucinta as questões de investigação, os procedimentos metodológicos, a apresentação e a discussão dos resultados obtidos, refletindo-se também acerca das limitações da investigação.

A compreensão dos processos de mudança em psicoterapia fica enriquecida quando considera o ponto de vista do cliente. O presente estudo procura assim, compreender a relação entre a colaboração terapêutica, conciliando a perspetiva do observador e a perspetiva do cliente.

A. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Colaboração terapêutica enquanto micro-processo de mudança

A colaboração terapêutica encontra-se associada ao conceito de aliança, sendo um construto frequentemente usado por diferentes abordagens terapêuticas para descrever a qualidade da interação entre terapeuta e cliente na terapia. Esta dimensão tem sido referida na literatura desde as primeiras definições acerca da aliança terapêutica, sendo considerada consistentemente como um importante componente para o sucesso terapêutico (Bachelor, Laverdière, Gamache & Bordeleau, 2007).

O conceito da colaboração é perspectivado de forma diferente pelos vários modelos teóricos, em que por um lado funciona como um mediador da criação e desenvolvimento de um vínculo terapêutico, e que por outro lado é essencial para uma participação ativa do cliente e do terapeuta na determinação dos objetivos e tarefas para o processo terapêutico. Verifica-se igualmente que esta dimensão colaborativa é conceptualizada como da responsabilidade do terapeuta, em que deve estar atento às variações *“na motivação ou abertura do cliente, uma disponibilidade para aceitar o seu ritmo e compreender a sua experiência”* (Ribeiro, 2009, p. 170). Essa responsabilidade é conferida também ao cliente, tendo de ser influente e participativo ao longo do processo psicoterapêutico.

A relação entre terapeuta e cliente, segundo Horvath (1994) deve ser considerada como uma forma de colaboração ativa, cujo desenvolvimento está diretamente ligado aquilo a que se propõem atingir na terapia. Na mesma linha de pensamento, Hatcher (2010, citado por Barber & Muran, 2010) considera que quando duas pessoas trabalham em conjunto com a finalidade de concretizar determinados objetivos, isso requer colaboração da parte de ambos. A colaboração depende, assim da contribuição de ambos os intervenientes, ou seja, do terapeuta e do cliente.

A importância de um trabalho colaborativo em terapia é corroborada por Orlinsky e Howard (1967, citados por Tryon e Winograd, 2001), considerando que quando os clientes demonstram o desejo de uma *“estreita colaboração”* (p. 386) com o terapeuta, as sessões de terapia são avaliadas mais positivamente, tanto pelo cliente como pelo terapeuta. Quando os clientes assumem esta postura com os seus terapeutas sentem-se melhor com o próprio tratamento, o que se pode traduzir em melhores resultados no fim do processo terapêutico. Este facto vem de encontro aos resultados de um estudo conduzido por Hatcher, em que o autor verificou que entre os componentes que constituem a aliança terapêutica, o fator colaboração e confiança

apresentavam uma maior correlação com os resultados terapêuticos (Hatcher, 1999, citado por Corbella & Botella, 2003).

A relação construída em terapia assenta, assim, num desenvolvimento da colaboração entre terapeuta e cliente. Para isso, é fundamental que, ao longo da terapia, se consiga construir um clima emocional, de forma a criar um vínculo caloroso de confiança e estabelecer uma aliança colaborativa (Greenberg, 2007, citado por Gilbert & Leahy, 2007). Para um envolvimento colaborativo eficaz são necessárias características como a compreensão e a escuta empática da parte do terapeuta, e espera-se que o cliente demonstre motivação, preparação para a mudança, cooperação, envolvimento e cumprimento dos trabalhos de casa (Tyron e Winograd, 2002). É importante que os clientes sejam tanto quanto possível participativos e colaborativos no processo da sua mudança, e que sejam um dos agentes essenciais da sua própria autonomia e mudança.

Antes de recorrerem à terapia, os clientes esforçam-se para entender a natureza da sua experiência e a sua presença em terapia revela a dificuldade que eles tiveram ao longo desse processo. Deste modo, frequentemente quando os clientes iniciam a terapia não se sentem capazes de criar alternativas ou de experienciar o mundo de uma forma diferente da que lhes é familiar. O processo de terapia vai permitir, assim que o cliente tenha a oportunidade de considerar e desenvolver novas experiências, experiências, estas que se espera que sejam mais funcionais e satisfatórias.

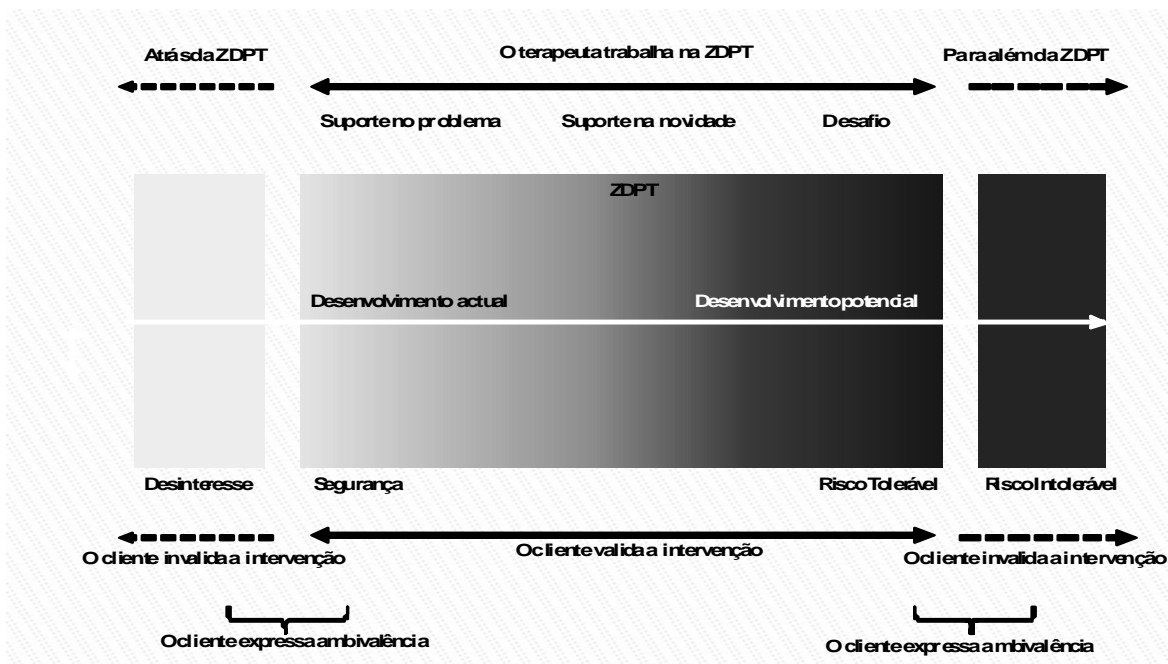
Nesse processo de mudança e de aquisição de novas experiências e competências, a colaboração com o terapeuta torna-se uma dimensão relevante. Ribeiro (2009) propõe que a colaboração seja entendida *“como uma coordenação de ações do terapeuta e do cliente, enquadrada momento a momento na conversação terapêutica”* (p.171). No decorrer deste processo terapêutico, o terapeuta deverá coordenar as suas intervenções com as respostas do cliente procurando ser responsivo às necessidades do cliente e ao seu nível de prontidão para efetuar um movimento no sentido da mudança perspectivada como desejável. Nesse sentido, pode suportar o cliente, compreendendo-o, ajudando-o a que se sinta seguro, aceite e compreenda a sua experiência mal-adaptativa. Mas, no sentido de promover a mudança do cliente, o terapeuta pode desafiar o seu quadro de referência habitual e disfuncional, recorrendo a várias estratégias terapêuticas, que permitam rever a perspectiva habitual do cliente e impulsionar a ocorrência de mudança (E. Ribeiro, A. P. Ribeiro, Gonçalves, Horvarth & Stiles, 2012).

Na perspectiva de E. Ribeiro e colaboradores (2012), as intervenções do terapeuta em psicoterapia incluem tanto ações de suporte como de desafio, devendo

estas ser equilibradas em função da evolução do cliente ao longo do processo. Desta forma, o terapeuta deve procurar trabalhar na zona terapêutica de desenvolvimento proximal do cliente, ou seja, considerando o nível desenvolvimental e de mudança potencial do cliente. A intervenção do terapeuta deverá permitir que o cliente se sinta seguro e confortável, mas que também vivencie experiências de novidade. Na perspectiva de Gonçalves, Matos e Santos (2009) esta experiência de novidade face à experiência problemática com que o cliente inicia a terapia, designada pelos autores como “momentos de inovação”, constitui um processo central de mudança em terapia.

E. Ribeiro, e colaboradores (2012) propuseram um modelo de colaboração que procura articular a colaboração entre terapeuta e cliente com a mudança em terapia, ao nível dos micro-processos psicoterapêuticos. Os autores entendem a mudança terapêutica como uma forma de desenvolvimento e nesse sentido, adotaram a proposta de Leiman e Stiles (2001) de adaptar o conceito de “Zona de Desenvolvimento Proximal” de Vygotsky ao processo terapêutico. Os autores sugerem que para fomentar mudança nos clientes é necessário que os terapeutas trabalhem na denominada “Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica” (ZDPT), definindo-a como o espaço entre o nível atual de desenvolvimento do cliente e um nível de desenvolvimento potencial que pode ser conseguido em colaboração com o terapeuta (Figura 1).

Figura 1: Desenvolvimento da colaboração terapêutica ao longo da Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDPT)



Fonte: Retirado e traduzido de E. Ribeiro, A. P. Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles (2012), com autorização dos autores.

Ao longo do processo terapêutico o terapeuta procura usar estratégias que ajudem o cliente a mover-se do seu nível atual de desenvolvimento em direção ao seu nível potencial de desenvolvimento. Isto vai exigir que o terapeuta faça sucessivos ajustes, seguindo o princípio “*push where it moves*” (p. 11), no sentido de perceber quando deve suportar ou desafiar o cliente (E. Ribeiro et al., 2012).

As intervenções do terapeuta podem ser eficazes se o terapeuta respeitar a zona de desenvolvimento ou de mudança do cliente, no entanto, se o terapeuta insistir em conduzir o cliente para além dessa zona sem que este o acompanhe, as suas intervenções tornam-se ineficazes, podendo levar ao retrocesso na terapia (Gabalda & Stlies, 2009).

As intervenções de suporte podem centrar-se nas áreas problemáticas do cliente, ou em mudanças que ocorreram dentro ou fora da sessão. Perante estas intervenções o cliente sente que a sua experiência é validada pelo terapeuta, experimentando um sentimento de segurança. Assim, o cliente tende a validar a intervenção do terapeuta, respondendo dentro da ZDPT (E. Ribeiro, et al., 2012).

No que diz respeito às intervenções de desafio, estas podem promover experiências de risco tolerável, na medida em que procuram que o cliente se mova da sua zona atual de desenvolvimento para o seu nível potencial de desenvolvimento. O cliente invalida a intervenção do terapeuta se a experienciar como demasiado arriscada, ou seja, indo para além da sua zona de conforto. A invalidação pode ainda ocorrer se o terapeuta insistir em trabalhar abaixo do limite da ZDPT, nesse caso o cliente poderá experienciar alguma forma de desinteresse. As respostas de ambivalência do cliente (com movimento para o risco tolerável ou com movimento para a segurança) sugerem que o terapeuta trabalha no limite da ZDPT do cliente (E. Ribeiro et al., 2012).

Segundo Ribeiro, (2009, p. 176) será neste ambiente de interação e de conversação terapêutica que o equilíbrio “*entre experiências de segurança e experiências de novidade, se vai desenvolvendo, e é aí que a colaboração terapêutica ganha forma*”.

Os estudos realizados em torno deste modelo da colaboração têm revelado um padrão distinto em casos de sucesso e de insucesso terapêutico. Nomeadamente num estudo com casos seguidos em terapia cognitivo comportamental (A. P. Ribeiro, E. Ribeiro, Oliveira, Azevedo, Pires, Gonçalves, & Sousa, 2011), nos casos de sucesso, o terapeuta tende a desafiar desde o início e ao longo de todo o processo terapêutico, havendo uma diminuição das intervenções de suporte no problema e aumentando as ações de suporte na inovação.

Enquanto que no caso de insucesso as ações de desafio por parte do terapeuta vão aumentando progressivamente no decurso da terapia, em que o suporte no problema desce, e o suporte na inovação é escasso. Independentemente da intervenção do terapeuta a resposta mais provável do cliente, tanto no caso de sucesso como no de insucesso terapêutico tende a ser a que indica segurança, embora no caso de insucesso essa tendência seja mais elevada. A experiência de risco tolerável tende a ser mais elevada no caso de sucesso, sugerindo que o cliente avança mais na ZDPT. Face a uma intervenção de desafio, o risco intolerável surge como mais frequente no caso de insucesso.

Também é possível verificar a evolução da colaboração num caso de *dropout* seguido em terapia narrativa (Pinto, E. Ribeiro, A. P. Ribeiro, Azevedo, Gonçalves & Sousa, 2011). Os resultados revelam que o terapeuta tende a desafiar o cliente independentemente da resposta prévia deste. A resposta do cliente é a mesma independentemente da intervenção do terapeuta, e mantém-se o padrão, maior probabilidade de responder com segurança. O cliente tende a trabalhar no mesmo nível ou atrás do terapeuta, o que indica que quase nunca elabora acerca da perspetiva proposta pelo terapeuta.

Em suma, no decurso da terapia, a dimensão de colaboração terapêutica vai-se estabelecendo entre terapeuta e cliente, em que as ações do terapeuta vão sendo suplementadas pelas ações do cliente momento a momento na conversação terapêutica. Este sentido de colaboração e de participação em terapia pode contribuir para uma sensação de segurança que, segundo Horvath e Luborsky (1993) é essencial para o desenvolvimento de confiança entre terapeuta e cliente e profundo compromisso com o processo terapêutico. Seja qual for a intervenção do terapeuta, esta só se torna terapêutica se o cliente a perceber como estando em sintonia com a sua própria experiência, se tal não acontecer o cliente tenderá a invalidar a ação do terapeuta. Segundo E. Ribeiro (2009), este equilíbrio entre a validação e a invalidação de significados influencia o processo de mudança.

2. A colaboração terapêutica e a abordagem construtivista

Os modelos terapêuticos enquadrados no paradigma do construtivismo partilham a ideia de que o indivíduo desempenha um papel ativo na produção de conhecimento e da sua própria experiência e procuram entender a forma como cada um se constrói a si próprio, aos seus problemas e ao mundo. Segundo Hoyt (1998), o

construtivismo assume que as construções de significado que as pessoas sucessivamente vão fazendo do mundo vão influenciar as suas ações.

De acordo com este paradigma o mundo está em constante mudança, tendo de ser ativamente construído e interpretado a fim de ser compreendido; o conhecimento é visto como um processo de construção e reconstrução de significados pessoais e sociais; o ser humano é concebido como proativo e orientado para o futuro; existe uma relação dialética entre o indivíduo e o contexto social; e existe uma apreciação em relação à utilidade pragmática e preditiva do conhecimento (Botella, 1994).

George Kelly (1955) está entre os primeiros pensadores construtivistas na psicologia e um pioneiro nas terapias construtivistas. A teoria de Kelly, conhecida como teoria dos construtos pessoais, diz respeito a teorias pessoais, em que os seres humanos são percebidos “*como agentes proactivos e construtores de significado*” (Fernandes, Senra e Feixas, 2009, p. 8).

Kelly usa a metáfora do cientista pessoal para explicar que os seres humanos procuram continuamente testar as suas construções de significado. Na perspetiva deste autor cada ser humano elabora teorias pessoais acerca de si e da realidade, procurando no decurso das experiências validar essas teorias. Estas vão sendo construídas com base em experiências prévias, no sentido de compreender, prever e controlar o seu comportamento, e antecipar experiências futuras. As hipóteses pessoais colocadas são suscetíveis de validação quando predizem o decurso dos acontecimentos, implementando uma continuidade ao conhecimento que o sujeito tem de si e do mundo que o rodeia.

A teoria kellyana considera a possibilidade de gerar novas construções de significado alternativas para um determinado acontecimento, considerando cada teoria pessoal como provisória. Ao enfatizar a criação de alternativas, Kelly (1969) classificou o seu princípio epistemológico de *alternativismo* construtivo, revelando que “*a realidade está sujeita a muitas construções alternativas, em que algumas podem ser mais frutíferas do que outras*” (Feixas, 1995, p. 309). Desta forma, é sempre possível reconstruir o nosso sistema de significação.

Fernandes (2001) refere ainda que “*por um lado, os significados novos e alternativos são modelados pela permeabilidade e flexibilidade do próprio sistema de construtos pessoais e, por outro lado, eles devem apresentar-se como úteis para poderem ser considerados como reconstruções viáveis*” (p. 78).

Na medida em que, o sistema de construção de uma pessoa é evolutivo, Kelly considera que cada experiência vivida pode levar-nos a consolidar, rever ou abandonar algumas hipóteses pessoais. Nesse sentido propõe processos de

mudança, a que chamou de ciclos de mudança. Destes o mais relevante é o ciclo da experiência.

De acordo com Fernandes, Senra e Feixas (2009) as cinco fases do ciclo da experiência definem-se da seguinte forma:

- Antecipação: a pessoa formula hipóteses pessoais acerca da sua experiência;
- Implicação: a pessoa apresenta uma postura de *“exploração e de abertura a novas experiências, ponderando as implicações do desafio que coloca a si própria e das diferentes possibilidades de o confrontar”* (p. 12);
- Encontro: mediante a experiência ou um novo acontecimento, a pessoa concretiza as suas hipóteses em ações, confrontando-as com a realidade;
- Validação/Invalidação: nesta fase decorre a confirmação ou desconfirmação das hipóteses pessoais e também *“a possibilidade de uma maior especificação das hipóteses anteriormente antecipadas”* (p. 12);
- Revisão construtiva: revisão do *“subsistema de construtos envolvidos na construção da experiência”* (p. 12).

Segundo Franselha e Dalton (1990, citado por Fernandes, Senra e Feixas 2009, p. 13) *“cada ciclo da experiência promove sempre algum grau de mudança, seja consolidando o sistema de significações seja exigindo a sua reconstrução (...)”*. A própria terapia pode ser encarada como uma experiência em que o cliente atribui significado aos acontecimentos a partir do seu sistema de significação. A hipótese de mudar em terapia é colocada pelo cliente quando sozinho não está capaz de construir alternativas para o acontecimento que invalida a sua hipótese pessoal. A terapia surge assim, como um contexto alternativo e que pode possibilitar a ajuda e a mudança necessária. O cliente antecipa assim, que é possível mudar este ciclo de invalidações pessoais.

Tal como no modelo da colaboração, referido no tópico anterior, o modelo do ciclo da experiência realça a validação e invalidação das construções de significado do cliente. No ciclo da experiência, a validação corresponde à experiência de confirmar as teorias pessoais ou sistemas de significação que guiam a ação de cada um. Enquanto que, a invalidação ocorre quando há uma *“desconfirmação das antecipações ou significados pessoais e corresponde à experiência de emoções negativas”* (Ribeiro, 2009, p. 173).

Nesta abordagem, o terapeuta é encarado como um colaborador no processo de construção e reconstrução de significados e da história de vida do cliente (Lax, 1992) e desse modo podemos considerar que é também um co-construtor e colaborador dos ciclos de experiência do cliente vividos no contexto da terapia.

Neste contexto, o terapeuta intervém de modo a favorecer a validação ou invalidação das teorias pessoais do cliente, favorecendo a construção / reconstrução do seu sistema de significação e dessa forma, como sugere Botella (2001) ocorram mudanças na construção da experiência dos clientes através do diálogo colaborativo. No mesmo sentido, segundo Neimeyer (1995) a psicoterapia pode ser entendida como uma forma de colaboração na construção e reconstrução de significados, no âmbito de uma relação temporária.

Na mesma linha de pensamento, Anderson e Goolishian (1992, citados por Hoyt, 1998) consideram que terapeuta e cliente tornam-se “*parceiros de conversação*” (p. 51), explorando e desenvolvendo mutuamente novas narrativas. Esta reciprocidade proporciona, de uma forma espontânea, um questionamento colaborativo e uma relação onde terapeuta e cliente se articulam, colaboram e constroem. Assim, terapeuta e cliente são percebidos como co-participantes na formação de significado, procurando co-construir um sentido do *self* e do mundo como mais útil e saudável (Hoyt, 1998).

Também Mahoney (1991, citado por Neimeyer, 1995) assinala a “*importância do comportamento ativo de exploração por parte do indivíduo em mudança*” (p. 117), e enfatiza o facto de não poder haver uma verdadeira aprendizagem sem que ocorra novidade, isto é, sem a presença de um desafio ou a elaboração daquilo que se tornou familiar. Facilitar a transição de uma base segura (fornecida pela psicoterapia) em direção à autonomia, segundo Neimeyer (1995) constitui uma poderosa oportunidade de sublinhar a natureza da mudança do cliente e o seu processo subjacente.

3. Acontecimentos significativos e a mudança em terapia

A análise de acontecimentos significativos em psicoterapia é, segundo Robert Elliott (1989) um processo difícil, mas um trabalho emocionante. Elliott foi o grande impulsionador em torno da investigação dos acontecimentos significativos e da importância que estes eventos têm no processo de mudança dos clientes. O autor refere mesmo: “*Quem está numa melhor posição para informar sobre o seu processo de mudança do que os próprios clientes?*” (Elliott, 2010, p. 127).

Os acontecimentos significativos consistem em frações das sessões terapêuticas, em que os clientes experienciam um grau significativo de ajuda ou de mudança (Elliott & Shapiro, 1988, 1992). Segundo estes autores os “*eventos significativos são como janelas no processo de mudança em psicoterapia*” (p. 164), constituindo-se como uma parte da terapia, experienciada pelo cliente como útil ou

importante. Cada acontecimento significativo pode ser avaliado em relação ao impacto que tem no cliente, no processo terapêutico, e no resultado ou êxito da terapia (Timulak, 2005).

Na década de 80, Elliott e Shapiro (1988) identificavam acontecimentos significativos em sessões terapêuticas, procurando obter informações (momento a momento) dos clientes e dos terapeutas quando experienciavam esses acontecimentos. A investigação de acontecimentos significativos foca-se assim, em pequenos segmentos do processo psicoterapêutico, a fim de analisar processos de mudança e a contribuição do terapeuta para esses processos.

Desta forma, o estudo com base neste paradigma tem mostrado que experiências os clientes consideram como úteis ou significativas, bem como que processos estão presentes nesses eventos (Timulak, 2005). Esta exploração em torno destes acontecimentos tem-se orientado no sentido de facilitar a compreensão teórica de processos eficazes em psicoterapia (Frank, 1974; Goldfried, 1982), e a produção de conhecimento aplicado para orientar as ações dos terapeutas (Elliot, 1983; Orlinsky & Howard, 1978).

Diferentes tipos de acontecimentos significativos têm sido relatados em vários estudos. E segundo Timulak (2010), o tipo de acontecimento identificado está tipicamente associado com o impacto que este teve no cliente numa determinada sessão. O autor mencionado enumera alguns tipos de acontecimentos que têm surgido na investigação. Esses acontecimentos estão relacionados com: mudança de comportamento; resolução de problemas; tomada de consciência; *empowerment*; experienciar momentos de emoção na terapia; envolvimento; e “entendimento” de sentimentos por parte do cliente.

Vários estudos (e.g., Elliott, 1985; Timulak & Lietaer, 2001) têm demonstrado que os acontecimentos significativos se relacionam com as mudanças dos clientes ocorridas na sessão e que potencialmente contribuem para o êxito da terapia. Na investigação sobre estes acontecimentos, verifica-se que existem alguns padrões de mudança nos clientes (Cummings & Hallberg, 1995; Cummings et al., 1994), mas pouco se sabe se num caso de sucesso ou de insucesso terapêutico as mudanças e a resolução dos problemas centrais dos clientes são visíveis nos acontecimentos significativos. O estudo de Timulak, Belicova e Miler (2010) revela que há uma clara evidência de que os assuntos centrais que o cliente experienciou como problemáticos se encontravam focados nos acontecimentos significativos.

O paradigma dos acontecimentos significativos pode ser uma importante estratégia direcionada para melhor compreender como a mudança ocorre em terapia (Elliott, 2010). E para entender este processo de mudança é essencial que terapeuta e

cliente colaborem na análise desses acontecimentos. Atendendo à perspectiva do cliente torna-se possível que este articule e contextualize elementos de mudança que parecem ser importantes na sua experiência (Levitt, Butler & Travis, 2006).

A investigação em torno dos acontecimentos significativos representa assim, um benefício na medida em que tem em consideração a perspectiva do cliente e a perspectiva do terapeuta. Desta forma, será possível aceder *“a diferentes informações que nos permitem compreender melhor o que se processa ao longo da terapia”* (Morrow-Bradley & Elliott, 1986, citados por Jesus, 2008, p.24).

A dimensão da colaboração terapêutica apresenta-se, assim, como um elemento-chave na abordagem construtivista, permitindo que terapeuta e cliente sejam co-participantes na formação de significados pessoais. O presente estudo tendo como referência a conceptualização de colaboração terapêutica desenvolvida por E. Ribeiro e colaboradores (2012) pretende numa primeira fase compreender o desenvolvimento da colaboração terapêutica entre o terapeuta e o cliente ao longo do processo de dois casos clínicos, um de sucesso terapêutico e um de insucesso terapêutico, seguidos em terapia construtivista. Numa segunda fase, esta investigação procura conhecer elementos do processo terapêutico que na perspectiva dos clientes podem influenciar a sua mudança, tendo por base a identificação na terapia de acontecimentos significativos.

B. MÉTODO

1. Questões de investigação

Inserida numa abordagem teórica de natureza construtivista, a presente investigação centra-se na perspectiva do cliente e do observador, de forma a compreender a complexidade que caracteriza o processo de colaboração terapêutica e o processo de mudança.

Assim, será possível explorar a colaboração terapêutica no decurso de dois casos clínicos, e a um nível mais micro caracterizar essa colaboração nos acontecimentos identificados pelos clientes nas sessões.

A análise do que os clientes consideram como útil na terapia pretende contribuir para a compreensão dos processos responsáveis por mudanças produtoras de evolução na psicoterapia.

Deste modo, esta investigação procura responder às seguintes questões:

- a) De que forma a colaboração terapêutica evolui ao longo de um caso de sucesso e de um caso de insucesso terapêutico seguido em terapia construtivista?
- b) Como se caracteriza a colaboração terapêutica nos acontecimentos identificados pelos clientes como importantes para a sua mudança?

2. Participantes

2.1. Clientes

Neste estudo participaram dois clientes, ambos do sexo feminino. Estes casos foram selecionados de uma base de dados recolhida no âmbito de uma investigação prévia, realizada por Senra (2010) com casos seguidos em terapia construtivista centrada em dilemas implicativos. As clientes foram acompanhadas no Serviço de Psicologia da Escola de Psicologia da Universidade do Minho.

Marta¹ (caso de sucesso terapêutico), no momento em que teve acompanhamento psicoterapêutico tinha 20 anos, era estudante universitária, trabalhava em *part-time* e vivia com a mãe e com os irmãos. A cliente no pedido da consulta referiu sentir-se deprimida devido à entrada na universidade e ao início de um relacionamento amoroso, e que as dificuldades em ambos os campos a fizeram desenvolver um “*forte pessimismo*”. Marta, para além das dificuldades ao nível da preparação para os exames da universidade e no seu relacionamento amoroso, sentia-se “*sem valor por se sentir fraca*” e sem vontade de socializar, o que era contrastante relativamente ao que acontecia antes, pois sempre foi uma pessoa sociável. Foi-lhe atribuído o diagnóstico de Perturbação de Adaptação, com sintomas depressivos.

Após a exploração da problemática trazida pela cliente foi possível identificar um dilema implicativo relacionado com o problema de Marta. Este dilema envolvia a relação entre dois construtos pessoais: pessimista/otimista e hipócrita/sincera. Assim, a cliente pretendia deixar de ser pessimista e tornar-se mais otimista, mas essa mudança era antecipada como implicando ser sincera e deixar de ser hipócrita.

Ana¹ (caso de insucesso terapêutico) tinha 25 anos quando recebeu acompanhamento psicoterapêutico e encontrava-se num estado depressivo há quatro

¹ Os nomes das clientes, bem como outros dados que pudessem facilitar a sua identificação foram alterados, no sentido de garantir a confidencialidade.

anos, tendo recebido anteriormente acompanhamento psiquiátrico. A cliente estava desempregada e vivia com o namorado, a irmã e o cunhado. Ana era uma pessoa pessimista e nervosa, e encontrava-se numa fase em que o facto de ter muito tempo livre estava a agravar o seu estado. Além disso, o ambiente em casa da cliente (devido à passividade da irmã e cunhado em relação às tarefas domésticas e aos conflitos frequentes), os problemas no seu relacionamento amoroso, e os ataques de pânico que a cliente tinha, constituíam uma preocupação para a Ana. Foi-lhe atribuído o diagnóstico de Perturbação de Ansiedade Generalizada.

Relativamente ao dilema implicativo que surgiu neste caso, ele relacionava-se com os construtos: pessimista/otimista e desabafar/ser reservada, sendo que o objetivo passaria por ser mais otimista, mas essa mudança era antecipada como ameaçando uma mudança no outro construto, ou seja, ser mais reservada, o que desagradava à cliente

Nos dois casos é possível identificar alguns aspetos em comum, nomeadamente a sintomatologia depressiva, os problemas ao nível do relacionamento amoroso e a presença de sentimentos como o pessimismo, a tristeza e a desmotivação.

2.2. Terapeuta

Os dois casos clínicos descritos neste estudo foram seguidos pela mesma terapeuta, tendo sido usada ao longo dos dois processos terapêuticos a Terapia Construtivista. A terapeuta tinha 25 anos, era estudante de Doutoramento de Psicologia Clínica, com três anos de experiência clínica prévia.

A terapeuta recebeu treino orientado por um manual de intervenção centrado em dilemas implicativos, desenvolvido a partir dos princípios da teoria construtivista pessoal.

2.3. Juízes

As sessões dos dois casos clínicos foram codificadas relativamente aos momentos de colaboração terapêutica por duas juízes, a investigadora e a orientadora da presente investigação e autora do *Therapeutic Collaboration Coding System* (E. Ribeiro et al., 2012). A investigadora recebeu treino no *Therapeutic Collaboration Coding System* que decorreu ao longo de aproximadamente 5 meses, envolvendo a codificação de várias sessões de treino, bem como reuniões quinzenais.

3. Instrumentos

Helpful Aspects of Therapy (HAT; Llewelyn, 1988; versão portuguesa adaptada de Sales, Gonçalves, Silva, Duarte, Sousa, Fernandes, Sousa, & Elliott, 2007). Com o intuito de fazer o levantamento dos acontecimentos significativos identificados pelas clientes dos dois casos clínicos foi utilizado o *Helpful Aspects of Therapy*. Este instrumento consiste num questionário em que o cliente no final de cada sessão descreve os acontecimentos que este percebe como sendo úteis para o seu processo de mudança. Em cada sessão o cliente pode identificar mais do que um acontecimento, explicando a razão pela qual escolheu cada um deles. O cliente refere ainda em que medida determinado acontecimento foi significativo, numa escala que varia entre 1 – “nada importante” a 5 – “extremamente importante”.

Therapeutic Collaboration Coding System (TCCS; Ribeiro, A.P. Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles, 2012). Foi utilizado o *Therapeutic Collaboration Coding System* para a codificação da colaboração terapêutica. Este sistema utiliza como unidade de análise cada par de falas adjacentes do cliente e do terapeuta, sendo esta sempre enquadrada no contexto da interação anterior do terapeuta e do cliente e no contexto mais geral da sessão (E. Ribeiro et al., 2012). Segundo o manual do TCCS, é necessário que os juízes recebam treino neste sistema de codificação. Antes de se iniciar o processo de codificação, o juiz deve fazer uma leitura de todas as sessões com o objetivo de poder caracterizar as áreas problemáticas apresentadas pelo cliente. Relativamente à intervenção do terapeuta, a codificação inclui suporte no problema, suporte na inovação² ou desafio (Tabela 1).

Tabela 1: Marcadores da Intervenção do Terapeuta no *Therapeutic Collaboration Coding System*

Intervenção do Terapeuta	
Suporte no problema / Suporte na inovação	Desafio
Reflexão Confirmação Sumarização Mostra interesse/atenção Questionamento aberto Encorajamento mínimo Específica Informação	Interpretação Confronto Procurar evidência de mudança Convidar a adotar uma nova perspetiva Convidar a pôr m prática uma ação diferente Convidar a imaginar cenários hipotéticos Convidar a mudar o nível de análise Dar visibilidade Debater as crenças do cliente

Fonte: Retirado e traduzido de E. Ribeiro, A. P. Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles (2012), com autorização dos autores.

² E. Ribeiro e colaboradores (2012) importaram o termo “inovação” do trabalho de Gonçalves e colaboradores (2009), pelo facto de definirem a experiência de novidade ou de mudança como uma exceção à narrativa problemática apresentada pelo cliente, tal como o fazem os autores de referência.

De forma a distinguir as intervenções de suporte e de desafio, o juiz deve verificar na intervenção do terapeuta se este incluiu ou sugere algum aspeto novo ao discurso do cliente, nomeadamente um novo tema, ou uma nova perspetiva dentro do mesmo tema. Quanto à resposta do cliente, esta pode variar entre validação, invalidação e ambivalência (Tabela 2).

Tabela 2: Marcadores da Resposta do Cliente no *Therapeutic Collaboration Coding System*

Resposta do Cliente		
Validação	Invalidação	Ambivalência
Confirma Fornece informação Elabora Reformula as suas próprias ideias Clarificação	Expressa confusão Foco/persistência na crença mal-adaptativa dominante Defesa do próprio e/ou desacordo com a intervenção do terapeuta Processo de negação Auto-criticismo e/ou desânimo Falta de envolvimento na resposta Saltar de tópico Desconexão tópico/foco <i>Storytelling</i> e/ou foco na reação de outros Resposta Sarcástica	Aceitação da intervenção do terapeuta seguida de retorno ao problema

Fonte: Retirado e traduzido de E. Ribeiro, A. P. Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles (2012), com autorização dos autores.

O próximo passo corresponde à divisão de cada sessão em vários episódios colaborativos (intervenção do terapeuta seguida de um marcador de validação), não colaborativos (intervenção do terapeuta seguida de um marcador de invalidação) ou de ambivalência (intervenção do terapeuta seguida de um marcador de ambivalência). O cliente ao validar a intervenção do terapeuta vai refletir na sua resposta, uma experiência de segurança ou de risco tolerável. A resposta de desinteresse ou de risco intolerável surge se o cliente invalidar a intervenção do terapeuta. Por fim, na resposta de ambivalência o cliente aceita a perspetiva proposta pelo terapeuta, para logo de seguida apresentar uma perspetiva oposta, podendo mover-se em direção ao risco tolerável ou em direção à segurança. Estes marcadores permitirão identificar a natureza colaborativa de cada interação da díade (Tabela 3).

Através do cruzamento dos marcadores das intervenções do terapeuta com os marcadores da resposta do cliente, é possível identificar 18 tipos de episódios interativos que se distribuem por 7 níveis diferentes por referência à Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica.

Tabela 3: Episódios possíveis no *Therapeutic Collaboration Coding System*

		Resposta do cliente					
		Desinteresse	Ambivalência – Risco tolerável	Segurança	Risco tolerável	Ambivalência – Retorno ao problema	Risco intolerável
Intervenção do Terapeuta	Suporte no problema	SP-D	SP-A, MRT	SP-S	SP-RT	SP-A, MS	SP-RI
	Suporte na inovação	SI-D	SI-A, MRT	SI-S	SI-RT	SI-A, MS	SI-RI
	Desafio	D-D	D-A, MRT	D-S	D-RT	D-A, MS	D-RI

Fonte: Retirado e traduzido de E. Ribeiro, A. P. Ribeiro, Gonçalves, Horvath, & Stiles (2012), com autorização dos autores.

4. Procedimento

Esta investigação está inserida num estudo mais macro, centrado no processo de mudança do cliente e efetuado no contexto de uma intervenção em dilemas implicativos.

Inicialmente, a investigadora realizou o treino no sistema de observação, *Therapeutic Collaboration Coding System* (E. Ribeiro et al., 2012), que decorreu ao longo de aproximadamente 5 meses, envolvendo a codificação de várias sessões de treino, bem como reuniões quinzenais. O treino foi concluído quando os juízes chegaram a um acordo inter-juízes superior a 0.75. De seguida, os casos para esta investigação foram selecionados a partir de uma investigação anteriormente realizada por Senra (2010), centrada na resolução de dilemas implicativos. Foram considerados alguns critérios nomeadamente a abordagem terapêutica do processo (Terapia Construtivista), a avaliação de sucesso e de insucesso terapêutico obtida com base nos valores do *Outcome Questionnaire - OQ-45.2* (Lambert, Hansen et al., 1996; versão portuguesa adaptada por Machado & Klein, 2006) – a cliente do caso de sucesso apresentava um *score* total de 98 na primeira sessão e 50 na última; a cliente do caso de insucesso apresentava um *score* total de 75 na primeira sessão e 74 na última. Foi igualmente usado como critério de seleção o facto de existir nos seus processos o instrumento *Helpful Aspects of Therapy* (HAT).

De seguida procedeu-se à transcrição integral das 10 sessões pertencentes ao caso de sucesso e das 15 sessões que constituem o caso de insucesso. Após a definição consensual dos problemas apresentados pelas clientes dos dois casos

clínicos, realizou-se a codificação sequencial de 8 sessões para o caso de sucesso e de 13 sessões para o caso de insucesso, através do *Therapeutic Collaboration Coding System* (E. Ribeiro et al., 2012), e em que foram identificados os episódios de colaboração, não colaboração e ambivalência. As duas primeiras sessões de cada caso não foram utilizadas para efeitos de codificação e de análise tendo em conta que essas sessões se baseiam na construção da grelha de reportório (de forma a chegar aos dilemas implicativos que vão ser trabalhados na terapia) e na análise aprofundada sobre a história desenvolvimental das clientes, não estando diretamente relacionado com o problema que levou as clientes a procurarem ajuda.

A codificação dos dois casos clínicos foi realizada por dois juízes independentes e o recurso a um auditor. No caso de sucesso, o juiz principal codificou 100% das sessões, as quais foram sujeitas à auditoria. Enquanto que, no caso de insucesso os juízes codificaram de modo independente 30% das sessões, sendo que o juiz principal codificou 100% das mesmas. Os desacordos existentes nas codificações foram discutidos e resolvidos através da metodologia de consenso. Os restantes 70% das sessões foram sujeitos à auditoria.

Com o recurso ao *software* estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Sciences* – versão 20.0) foi realizado o cálculo de acordo inter-juízes para as intervenções do terapeuta e para as respostas da cliente em cada sessão do caso de insucesso, utilizando-se o *Kappa de Cohen*. No caso de insucesso, para as intervenções do terapeuta o valor obtido foi de .82 e para as respostas da cliente .73.

Posteriormente, através do instrumento *Helpful Aspects of Therapy* foram selecionados os acontecimentos que as clientes tinham considerado como significativos na terapia. Essa recolha obedeceu aos seguintes critérios: grau de importância do acontecimento de 4 ou 5, numa escala de 1 a 5 e a duração de cada acontecimento no máximo de 20 minutos. No caso de sucesso, de um total de 17 acontecimentos foram selecionados 13; e no caso de insucesso num total de 18, selecionaram-se 5 acontecimentos, seguindo os parâmetros acima referidos.

C. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A apresentação e análise dos resultados será abordada de modo descritivo e compreensivo. Assim, num primeiro momento, serão apresentados os dados relativos à caracterização da colaboração terapêutica no caso de sucesso e de insucesso, tendo como referência o modelo da colaboração, bem como o *Therapeutic*

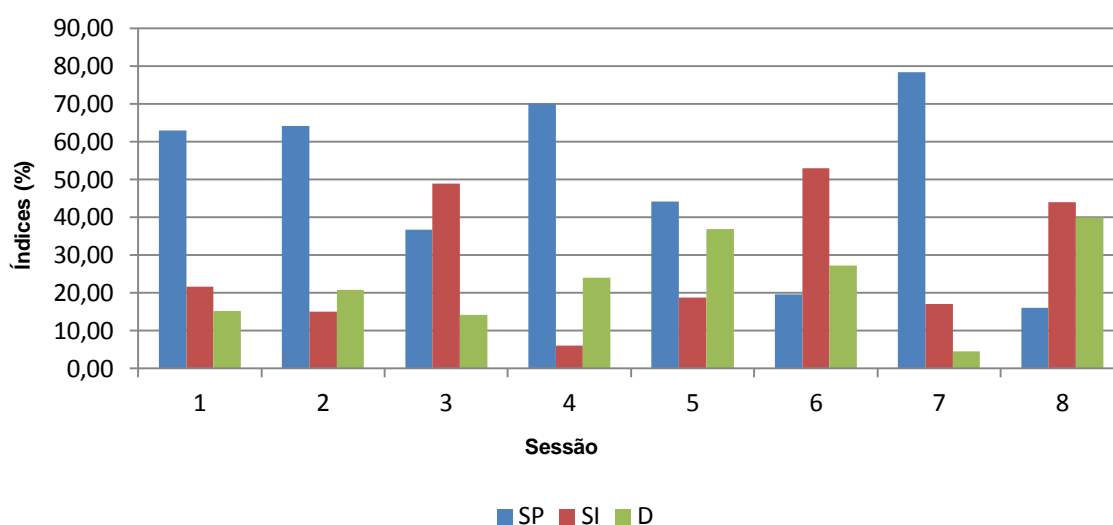
Collaboration Coding System (E. Ribeiro et al., 2012). Por fim, será analisada a colaboração terapêutica relativamente aos acontecimentos que cada cliente identificou como sendo importantes para o seu processo de mudança.

1. Colaboração terapêutica no caso de sucesso

De acordo com os objetivos estabelecidos, procurou-se perceber de que forma a colaboração terapêutica evolui ao longo do caso clínico de sucesso, em termos do tipo de intervenção do terapeuta mais frequente neste caso, o tipo de resposta do cliente que mais se evidenciou ao longo do caso, quais os episódios interativos que surgiram mais frequentemente e por fim, de que forma terapeuta e cliente se movimentaram na Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica ao longo deste processo.

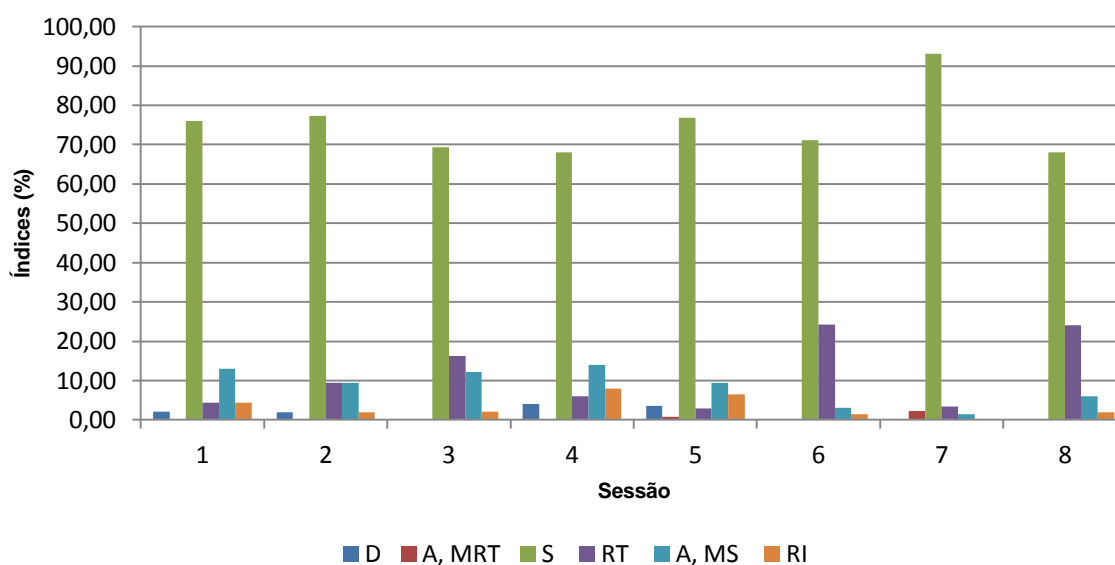
Relativamente à intervenção da terapeuta verifica-se que nas sessões iniciais, até à 4ª sessão e 7ª sessão, o suporte no problema (SP) foi o marcador que surge mais frequentemente, ou seja, a terapeuta manteve-se focado ao longo de todo o processo em suportar a perspetiva trazida pela cliente. O suporte na inovação (SI) apresenta um padrão variável no decurso deste caso, sendo o marcador mais elevado nas sessões 3, 6 e 8. Quanto à intervenção de desafio (D), esta vai sendo mais frequente à medida que se caminha para o final do processo terapêutico, porém em nenhuma sessão surge como o marcador mais elevado (Gráfico 1).

Gráfico 1: Intervenções da Terapeuta ao longo do caso de sucesso



Através do gráfico 2, e no que diz respeito às respostas da cliente destaca-se ao longo de todo o caso, e com percentagens elevadas, a resposta de segurança (S). Verifica-se, igualmente que o risco tolerável (RT) corresponde ao segundo tipo de resposta mais frequente fornecida pela cliente, e que vai aumentando ao longo do processo terapêutico. Este marcador atinge níveis mais elevados na 3ª, 6ª e 8ª sessão, onde inicialmente se tinha verificado uma maior percentagem de ações focadas na inovação por parte do terapeuta. Os resultados revelam ainda que nas sessões iniciais a cliente responde com ambivalência em direção à segurança (A, MS), mas este marcador vai diminuindo à medida que o processo terapêutico avança. O que parece indicar que, de algum modo, houve uma movimentação de uma das partes para que esta ambivalência fosse sendo resolvida. A resposta de risco intolerável (RI) é muito pouco frequente, apresentando os valores mais elevados a meio da terapia, na 4ª e 5ª sessão (Gráfico 2).

Gráfico 2: Respostas da Cliente ao longo do caso de sucesso

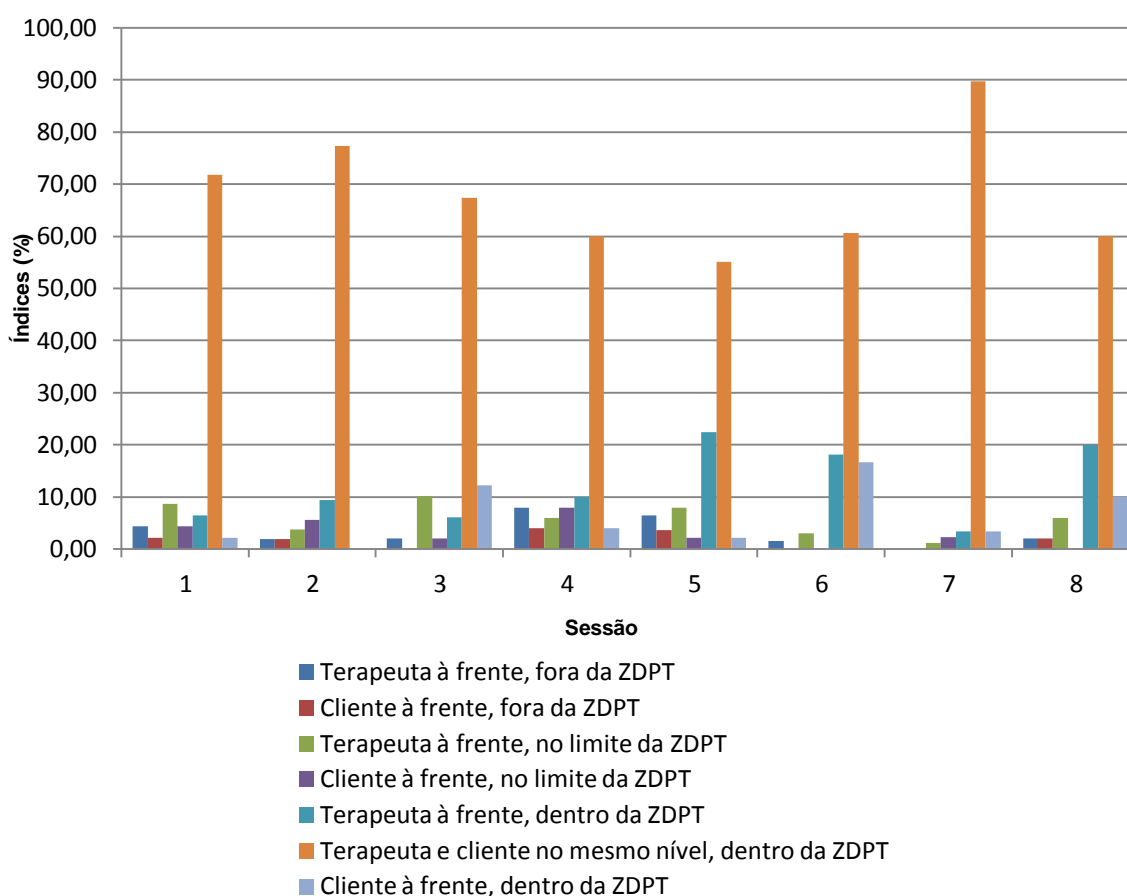


Após a análise das intervenções da terapeuta e as respostas da cliente é possível verificar quais os episódios interativos que surgiram mais frequentemente neste caso. Dos 18 episódios possíveis no *Therapeutic Collaboration Coding System* serão relatados de modo sequencial os 5 episódios interativos que emergiram mais vezes ao longo deste caso. Eles correspondem a episódios colaborativos, nomeadamente suporte no problema – segurança, sendo o episódio com uma maior frequência – 42%; de seguida surge o suporte na inovação – segurança, apresentando uma percentagem de 21%; a seguir com 12% surge o episódio desafio – segurança; e o desafio – risco tolerável, com 5%; e por fim o episódio suporte na inovação – risco

tolerável, com uma frequência de 4%. O que significa que na maior parte das sessões a cliente e a terapeuta encontram-se na zona de colaboração terapêutica.

Desta forma torna-se possível concluir, de que forma cliente e terapeuta se movimentaram ao longo da Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica, isto é, como é que a cliente e a terapeuta ajustam as suas interações ao longo do processo terapêutico (Gráfico 3).

Gráfico 3: Níveis de interação ao longo do caso de sucesso



No decorrer do processo terapêutico é possível constatar que ambos se mantêm maioritariamente no mesmo nível de desenvolvimento, dentro da ZDPT. Assim, ao longo deste caso clínico a cliente trabalhou no nível desenvolvimental proposto pela terapeuta, experienciando segurança, o que por seu lado poderá significar que o terapeuta percebeu qual o nível de desenvolvimental da cliente e ajustou a sua intervenção. Note-se que a partir da sessão 5, terapeuta também se situa à frente do nível desenvolvimental da cliente, mas dentro da ZDPT. Terapeuta arrisca e procura puxar pela cliente para o seu nível de desenvolvimento potencial,

mas sem sair da zona de colaboração. Nas sessões 3, 6 e 8, verifica-se que a cliente também se coloca à frente do nível da terapeuta, dentro da ZDPT, experienciando risco tolerável. O que pode significar que a cliente impulsionada pela intervenção da terapeuta para avançar um pouco mais, mantendo-se na zona de colaboração. Neste caso é a cliente que arrisca em direção ao seu nível de desenvolvimento potencial, enquanto que a terapeuta se mantém perto do nível atual de desenvolvimento.

Deste modo é visível que terapeuta e cliente trabalharam numa base colaborativa, em que a terapeuta, dentro da ZDPT, diversifica as suas intervenções entre suporte no problema, suporte na inovação e desafio. Ao longo do processo terapêutico, maioritariamente, a cliente valida as intervenções da terapeuta, aceitando olhar para a sua experiência seguindo um novo ponto de vista, uma nova perspetiva proposta pela terapeuta.

2. Colaboração terapêutica no caso de insucesso

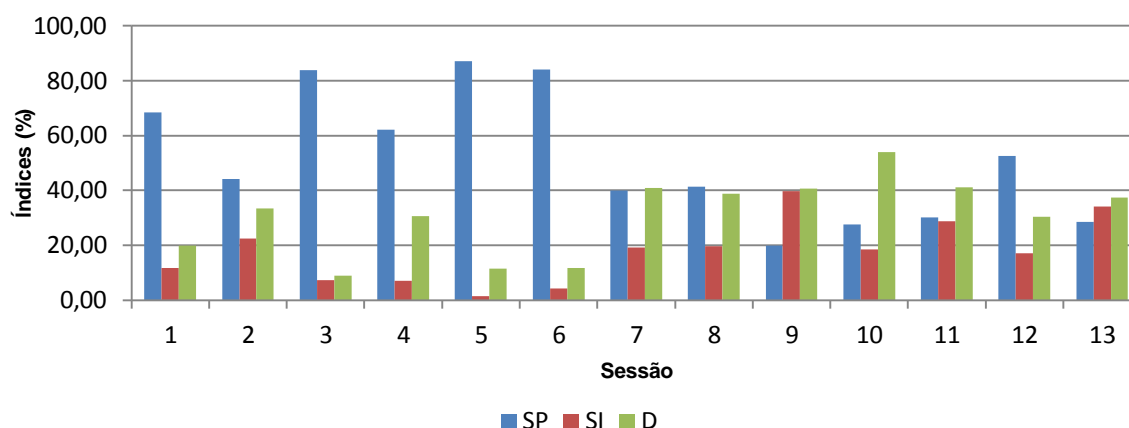
Procurou-se também perceber como é que a colaboração terapêutica evolui ao longo de um caso clínico de insucesso terapêutico, descrevendo-a ao nível das intervenções da terapeuta que surgem mais frequentemente ao longo do caso, o padrão de resposta da cliente, os episódios interativos que se evidenciaram mais no decurso da terapia, e por último perceber como a díade se moveu pela Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica.

No caso de insucesso, para as intervenções do terapeuta verifica-se um padrão diferente relativamente ao caso de sucesso (Gráfico 4). Até à sessão 6, o suporte no problema surge marcadamente elevado comparativamente com os outros tipos de intervenção.

A partir da sessão 7 as intervenções de suporte no problema, suporte na inovação e desafio equilibram-se e mantêm-se assim até ao final do processo. Ou seja, as intervenções de suporte na inovação e desafio aumentam a partir dessa fase da terapia e o suporte no problema diminui relativamente às sessões iniciais do caso.

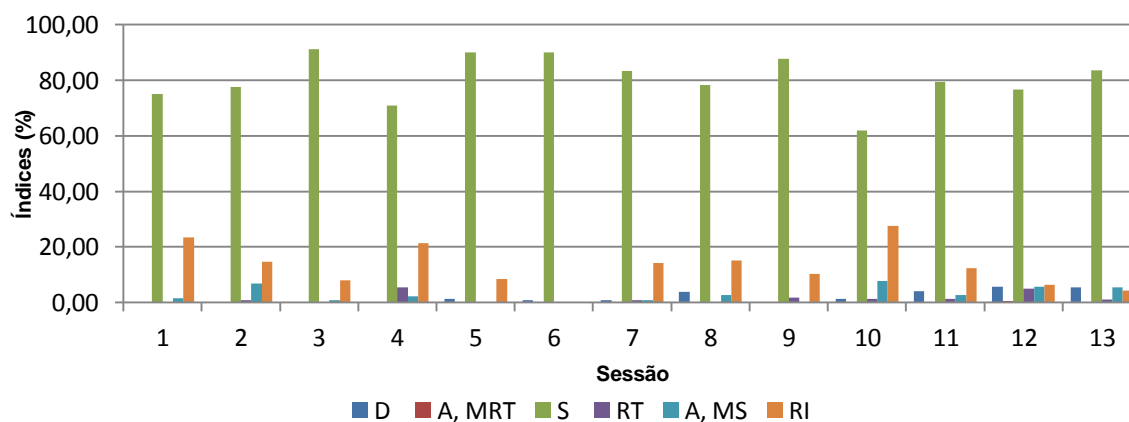
Nas sessões 7, 9, 10, 11 e 13 verifica-se que a intervenção de desafio é a mais frequente de todas as outras intervenções. A partir do meio da terapia, a terapeuta procurou ir além do quadro de referência da cliente, encorajando-a a rever a sua perspetiva. Ou seja, a terapeuta suportou a experiência problemática da cliente principalmente no início do processo terapêutico, para depois passar a desafiar e atrair a cliente para o seu nível potencial de desenvolvimento.

Gráfico 4: Intervenções da Terapeuta ao longo do caso de insucesso



Tal como aconteceu no caso de sucesso, a resposta mais frequente no caso de insucesso corresponde à segurança, mantendo um padrão uniforme ao longo das 13 sessões. Apesar de ter sido variável no decurso deste caso, também se pode verificar que o risco intolerável (RI) surge como o segundo tipo de resposta mais frequente. O que significa que a colaboração entre a díade não foi estabelecida em alguns momentos da terapia, na medida em que a cliente invalidou as intervenções da terapeuta, gerando uma experiência de ameaça ou ansiedade para a cliente. Este marcador apenas surge de forma muito reduzida ou quase nula na sessão 6. O que contrasta com o que acontece no caso de sucesso, em que logo a seguir à resposta de segurança surge o risco tolerável. O marcador de ambivalência, com movimento para o risco tolerável é praticamente nulo, como se pode verificar através do Gráfico 5. Assim, as respostas da cliente na terapia variaram essencialmente, em torno da segurança e do risco intolerável.

Gráfico 5: Respostas da Cliente ao longo do caso de insucesso

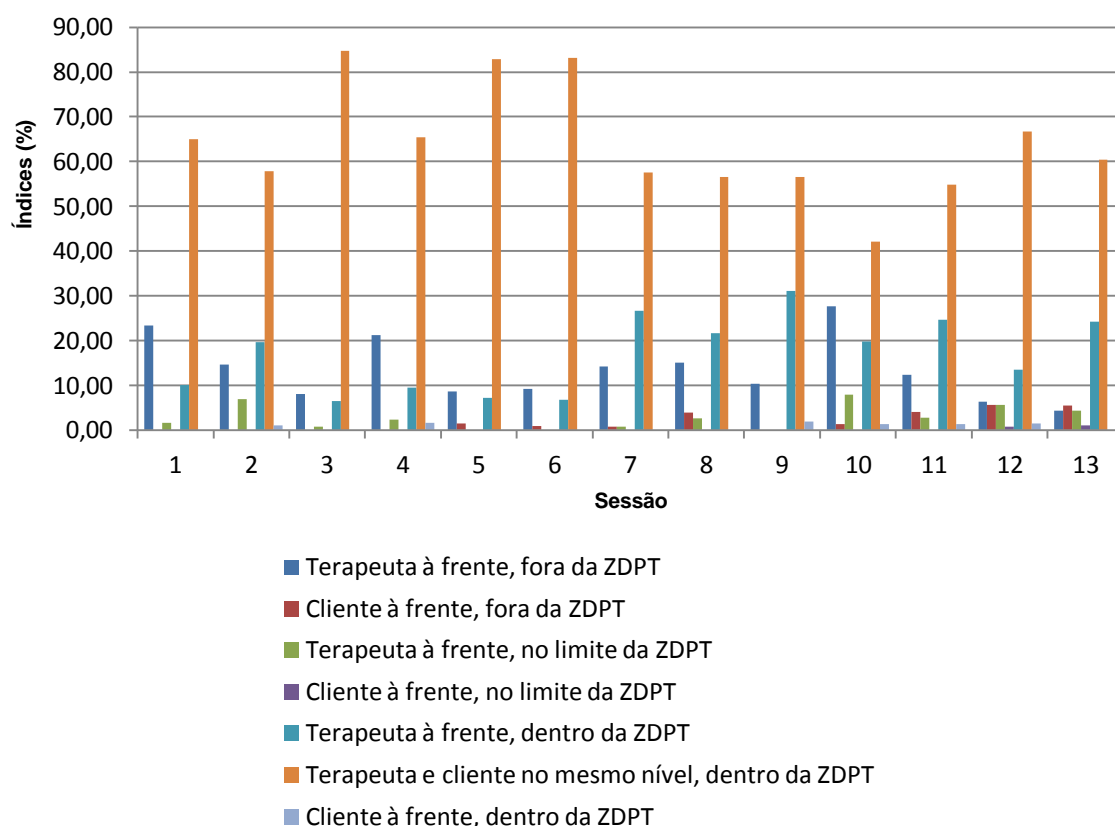


Dos 18 episódios possíveis no *Therapeutic Collaboration Coding System* serão relatados de modo sequencial os 5 episódios interativos que emergiram mais frequentemente ao longo deste caso. Eles dizem respeito ao suporte no problema – segurança, que corresponde ao episódio que surge mais frequentemente – 47%; com uma percentagem de 17% surge em segundo o episódio desafio – segurança; e de seguida suporte na inovação – segurança, com uma frequência de 16%. Até aqui o padrão revela-se semelhante ao caso de sucesso, apesar de o valor das frequências ser diferente entre os dois casos, e nesses episódios.

Surge ainda, o episódio desafio – risco intolerável, com uma percentagem de 10% e o suporte no problema – risco intolerável, com 3%. O que indica que a cliente parece não conseguir suportar o risco colocado pela terapeuta quando desafia o seu quadro de referência, bem como quando a terapeuta apenas suporta a perspectiva da cliente. Terapeuta e cliente tanto conseguiram trabalhar na zona de colaboração terapêutica, como tal não foi possível em alguns momentos da terapia.

Relativamente à movimentação da díade na Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica, os resultados estão expressos no Gráfico 6.

Gráfico 6: Níveis de interação ao longo do caso de insucesso



Como se pode observar, verifica-se que, maioritariamente e ao longo de todo o processo, terapeuta e cliente se mantêm no mesmo nível desenvolvimental, dentro da ZDPT, tal como acontece no caso de sucesso. A terapeuta coloca-se à frente do nível desenvolvimental da cliente, dentro da ZDPT à medida que se avança na terapia, aumentando a partir da sessão 7. Ou seja, à medida que vai desafiando e puxando mais a cliente para um nível de desenvolvimento potencial.

Surge igualmente, como o terceiro nível de interação mais frequente neste caso, a terapeuta à frente, fora da ZDPT, atingindo os valores mais elevados nas sessões 1, 4 e 10. Este facto pode indicar que a terapeuta puxou demasiado pela cliente, promovendo uma experiência de risco intolerável.

3. Análise comparativa dos episódios em função da ZDPT

Na tabela 4 encontram-se registadas as percentagens totais de cada episódio interativo nos dois casos clínicos, fornecendo informações sobre a intervenção da terapeuta, resposta das clientes e a que níveis trabalharam mais com referência à Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica. O objetivo passa por comparar os dois casos e verificar se existe algum padrão que os distinga. Ao nível da intervenção do terapeuta pode-se constatar que a intervenção de suporte no problema e desafio surge mais frequentemente no caso de insucesso, apesar de no caso de sucesso esses valores também serem elevados. O suporte na inovação apresenta uma percentagem maior no caso de sucesso, o que significa que o terapeuta terá sido sensível e responsivo à emergência e manifestação de experiências de inovação / mudança da cliente ao longo da terapia. Quanto à resposta do cliente o desinteresse, a segurança e o risco intolerável surge mais associado ao caso de insucesso. Porém, em relação ao caso de sucesso a diferença entre as percentagens da resposta de desinteresse e de segurança não são muito discrepantes. Essa diferença é mais notória na resposta de risco intolerável, mostrando que no caso de insucesso a cliente invalidou mais vezes a perspetiva oferecida pela terapeuta, o que aconteceu após um desafio ou um suporte no problema.

A resposta de risco tolerável e a ambivalência com movimento para a segurança surgiram mais frequentemente no caso de sucesso. Isto significa que a cliente teve momentos na terapia, em que validou a intervenção da terapeuta, elaborando de modo diferente sobre o seu problema, mas imediatamente a seguir invalida-a, voltando à sua perspetiva habitual. No marcador de risco tolerável também é evidente a diferença expressiva dos valores entre o caso de sucesso e o caso de

insucesso. A cliente do caso de sucesso aceita e valida mais vezes o ponto de vista que a terapeuta fornece na terapia, aproximando-se do nível proposto pela terapeuta. Assim, a cliente elabora a partir de uma nova perspectiva oferecida pelo terapeuta e reformula a sua própria perspectiva, avançando para a zona de colaboração.

Tabela 4: Episódios interativos no caso de sucesso e de insucesso

		Resposta do cliente						
		Desinteresse	Ambivalência – Movimento para o Risco Tolerável	Segurança	Risco tolerável	Ambivalência – Movimento para a segurança	Risco intolerável	Total
Intervenção do terapeuta	Suporte no problema	Atrás da ZDPT 0,83% 0,47%	No limite inferior da ZDPT 0,37% 0,05%	Dentro da ZDPT 42,00% 47,32%	Dentro da ZDPT 2,57% 0,41%	No limite superior da ZDPT 2,69% 0,08%	Para além da ZDPT 0,60% 3,18%	49,06% 51,51%
	Suporte na inovação	Atrás da ZDPT 0,00% 0,00%	No limite inferior da ZDPT 0,00% 0,00%	Dentro da ZDPT 20,73% 15,96%	Dentro da ZDPT 3,77% 0,25%	No limite superior da ZDPT 3,31% 0,99%	Para além da ZDPT 0,00% 0,46%	27,81% 17,66%
	Desafio	Atrás da ZDPT 0,88% 1,35%	No limite inferior da ZDPT 0,00% 0,00%	Dentro da ZDPT 12,02% 17,00%	Dentro da ZDPT 5,00% 0,72%	No limite superior da ZDPT 2,54% 1,77%	Para além da ZDPT 2,69% 9,87%	23,13% 30,71%
Total		1,71% 1,82%	0,37% 0,05%	74,75% 80,28%	11,34% 1,38%	8,54% 2,84%	3,29% 13,51%	

% - Caso de sucesso.

% - Caso de insucesso.

4. Colaboração terapêutica nos acontecimentos significativos

A perspectiva do cliente constitui uma via privilegiada de compreensão da sua experiência e mudança em terapia, sendo o cliente considerado a pessoa mais indicada para nos fornecer informações acerca do significado e da relevância das experiências e acontecimentos da psicoterapia (Sherwood, 2001). Nesse sentido, um dos objetivos centrais da presente investigação consistiu em caracterizar a colaboração terapêutica em momentos que os clientes identificam na terapia como sendo significativos para o seu processo de mudança. De seguida, será caracterizada a colaboração terapêutica nesses acontecimentos.

4.1. No caso de sucesso

No caso de sucesso seguindo os critérios descritos no procedimento foram identificados 13 acontecimentos significativos, havendo em todas sessões pelo menos um acontecimento, exceto na sessão 2, como se pode verificar através da análise da Tabela 5. Seguidamente, esses acontecimentos serão descritos em termos dos episódios interativos mais frequentes, a movimentação da díade nesses acontecimentos e o tipo de episódio que inicia e termina cada acontecimento significativo.

O episódio interativo que surge mais frequentemente é o suporte no problema – segurança (nas sessões 1, 3, 4, 5 e 7), o que corresponde ao episódio que surgiu mais ao longo de todo o caso. Significa que a cliente privilegia os momentos em que sente segurança na terapia e, em que a terapeuta suporta e elabora acerca do quadro de referência da cliente. O segundo episódio interativo mais frequente corresponde ao suporte na inovação – segurança, aqui a cliente está uma vez mais a atribuir importância aos momentos em que a terapeuta explora a mudança emergente trazida pela cliente ou proporcionada na terapia. Terapeuta e cliente trabalham assim, dentro da Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica e privilegiadamente no nível corrente do cliente, quer quando este elabora sobre o problema, quer quando elabora sobre a inovação face ao problema.

Os acontecimentos significativos escolhidos pela cliente parecem apresentar uma tendência, em termos do tipo de episódio interativo que inicia e termina cada acontecimento. Estes começam sempre por intervenções de suporte, exceto no acontecimento 1 da sessão 8, e acabam sempre ao nível da inovação, seja em resposta a um desafio ou quando a terapeuta suporta na inovação, por parte da terapeuta. A terapeuta está assim, à frente do cliente, puxando para o seu nível

potencial de desenvolvimento, ou no mesmo nível quando o cliente já está neste nível potencial.

Tabela 5: Episódios interativos no caso de sucesso e de insucesso

	Sessão 1	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7	Sessão 8
Acontecimento 1	SP-S		SP-S	SP-S	SP-S	SP-S	SP-S	SP-S
	SP-RI		SP-RT	SP-RT	SP-A,MS	SP-RT		SI-S
	SI-S		SP-A,MS	SP-A,MS	SP-RI			
	SI-A,MS		SI-S	D-S	SI-S	SI-S		D-RT
	D-D	-	SI-RT	D-RI				
	D-S		D-S		SI-A,MS			
					D-D			
					D-S			
	D-A,MS				D-A,MS			
	D-RI				D-RI			
Acontecimento 2			SP-S	SP-D	SP-S		SP-S	SI-S
			SI-S	SP-S	SP-A,MS		D-S	SI-RT
			SI-A,MS	D-A,MS	SI-S		D-A,MS	SI-A,MS
	-	-	D-RT		SI-RT	-		D-S
			D-A,MS		SI-A,MS			D-RT
			D-RI		D-D			
					D-S			
					D-A,MS			
					D-RI			
Acontecimento 3	-	-	-	-	-	-	-	SI-S
								D-S

Bolt – Episódio mais frequente em cada acontecimento significativo

 – Episódio interativo que inicia o acontecimento significativo

 – Episódio interativo em que termina o acontecimento significativo


4.2. No caso de insucesso


No caso de insucesso foram identificados 5 acontecimentos significativos, um número bem mais reduzido comparativamente com o caso de sucesso. Estes acontecimentos surgem na sessão 3, 7, 10 e 13, e apenas na sessão 3 a cliente identifica mais do que um acontecimento, como se pode observar através da tabela 6.

Tabela 6: Episódios interativos no caso de sucesso e de insucesso

		Sessão												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Acontecimento 1		-	-	SP-S	-	-	-	SP-S	-	-	SI-S	-	-	SP-S
			SP-RI				D-S			D-D			SI-S	
Acontecimento 2		-	-	SP-S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
			SP-RI											
			D-RI											
							D-RI			D-S			D-S	
										D-RI				

Bolt – Episódio mais frequente em cada acontecimento significativo

 – Episódio interativo que inicia o acontecimento significativo

 – Episódio interativo em que termina o acontecimento significativo

O episódio interativo que surge mais vezes, tal como no caso de sucesso, é o suporte no problema – segurança (nos dois acontecimentos da sessão 3 e na 7ª sessão), sendo também o episódio que mais frequentemente aparece no decurso das 13 sessões que constituem o caso. Terapeuta e cliente, em 4 dos acontecimentos escolhidos pela cliente, trabalham no mesmo nível desenvolvimental, dentro da Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica. Porém, num desses acontecimentos a terapeuta intervém à frente do nível desenvolvimental da cliente, fora da ZDPT, o que sugere que a terapeuta forneceu uma determinada perspetiva à cliente, sendo que esta invalidou-a, experienciando risco intolerável.

Também neste caso surge um padrão ao nível do tipo de episódio interativo em que começa e termina cada acontecimento significativo. Dos 5 acontecimentos identificados pela cliente, 4 começam e terminam com o mesmo tipo de troca

terapêutica, exceto num acontecimento, em que começa fora da ZDPT e acaba dentro da zona de segurança da cliente (sessão 7).

É possível constatar, ainda que parece importante para a cliente os momentos em que a terapeuta começa por desafiar/estimular para o seu nível de desenvolvimento potencial. O desafio que se manteve elevado ao longo do caso (principalmente a partir do meio da terapia) aparece como a intervenção mais frequente no início dos acontecimentos escolhidos pela cliente, a partir da 7^a sessão, que é também a sessão a partir da qual a intervenção de desafio se mantém elevada na globalidade do caso.

D. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A investigação em torno do processo terapêutico tem investido em estudos focados nas experiências dos seus participantes e em acontecimentos significativos (Fernandes & Gonçalves, 2001).

Considerando a teoria de mudança do cliente que atribui à perspectiva do cliente um papel primordial (Duncan & Miller, 2001), a presente investigação teve como intuito relacionar a caracterização da colaboração terapêutica enquanto micro processo de mudança, analisada na perspectiva do observador, com a percepção da experiência de mudança, na perspectiva do cliente.

Nesse sentido, um dos nossos principais propósitos passou pela compreensão da evolução da colaboração ao longo do processo terapêutico de dois casos clínicos, um caso de sucesso e um caso de insucesso terapêutico. Pretendeu-se, igualmente relacionar a dimensão de colaboração com os acontecimentos terapêuticos que as duas clientes consideraram importantes para a sua mudança, ao longo da terapia. Apesar de a literatura neste domínio ser escassa procurar-se-á discutir e interpretar os resultados, referindo as semelhanças e diferenças encontradas na literatura existente.

A presença de uma colaboração terapêutica na interação entre terapeuta e cliente tem surgido como uma das dimensões comuns nos resultados de vários estudos (Angus & Rennie, 1988; Elliott & Shapiro, 1992, citados por Fernandes & Gonçalves, 2001).

Os resultados desta investigação ilustram, que na generalidade os índices de colaboração no caso de sucesso permaneceram elevados, sendo congruente com o progresso terapêutico em casos de sucesso, de acordo com diversos autores (Tryon & Winograd, 2002; Hatcher & Barends, 1996, citados por Hatcher, 1999).

Ao longo deste caso clínico, a terapeuta focou-se principalmente em suportar o cliente, quer este elaborasse o problema, quer elaborasse a mudança emergente. Estas conclusões de algum modo contrariam resultados referidos na literatura, de que para além de se verificar um grande número de intervenções de compreensão, nos casos de sucesso verifica-se também mais ações de desafio por parte do terapeuta, ao contrário do que acontece em casos de insucesso (Kivlighan & Schmitz, 1992; Tryon & Winograd, 2002).

Em alguns momentos da terapia a cliente mostrou-se ambivalente, havendo um desencontro da díade em termos colaborativos; a terapeuta trabalhou perto do nível de desenvolvimento potencial da cliente, enquanto que esta voltou ao seu nível atual de desenvolvimento, sentido de voltar a experienciar segurança. Stiles (1999), no âmbito da teoria da assimilação, sugere que, perante momentos em que a cliente expressa vozes ambivalentes, o terapeuta deve optar por uma das vozes, uma vez que

acompanhar as duas pode provocar confusão no cliente. Assim, se optar por centrar a sua intervenção numa das vertentes expostas, poderá facilitar a exploração da mesma.

Apesar de no caso de insucesso trabalharem maioritariamente numa zona colaborativa, está presente em todo o processo terapêutico momentos na terapia, em que essa colaboração foi quebrada. Terapeuta e cliente, nesses momentos trabalharam em níveis desenvolvimentais distintos, sendo que a terapeuta interveio à frente do nível da cliente. As intervenções da terapeuta focam-se, a partir do meio do processo, em promover o nível de desenvolvimento potencial da cliente, porém esta mantém-se na sua experiência problemática e focada na sua perspetiva, trabalhando no seu nível atual de desenvolvimento.

Assim, no que concerne à análise dos movimentos da díade ao longo da Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica, concluímos que os episódios interativos mais frequentes ao longo do processo terapêutico, nos dois casos clínicos (suporte no problema-segurança, suporte na inovação-segurança e desafio-segurança) correspondem a interações colaborativas, isto é, o terapeuta e a cliente estão ao mesmo nível ou pelo menos próximos dentro da ZDPT.

No entanto, constatamos que no caso de insucesso a cliente, em algumas circunstâncias não esteve capaz de trabalhar na zona de colaboração com a terapeuta, não aceitando as suas ações, tanto ao nível do suporte no problema como ao nível do desafio (episódios de suporte no problema-risco intolerável e desafio-risco intolerável). Isto pode indicar que mesmo quando a terapeuta suportava a experiência problemática da cliente, esta não se sentia capaz de elaborar acerca desse conteúdo ou adotar a perspetiva proposta pela terapeuta.

Neste caso de insucesso, o foco ou elaboração do problema era em si mesmo ameaçador gerando experiência de risco intolerável. Esta ideia sugere-nos por exemplo, que uma das razões para esta dificuldade poderia ser o nível de prontidão da cliente para mudar, ou seja a cliente estaria menos disponível para a terapia e para admitir ou confrontar o seu problema, dada a natureza dilemática da sua mudança. Esta ideia é coerente com a conclusão adiantada por Senra (2010) sobre o facto de a cliente apresentar alguma resistência à mudança, atribuindo os seus problemas a causas externas e não os considerando como “os seus problemas” (p. 164).

A literatura indica que clientes com uma história extensa ao nível da duração e aceitação dos sintomas como fazendo já parte de si próprias, como é o caso desta cliente, podem adotar a ansiedade como o seu modo de viver (Fransella, 1972, citado por Senra, 2010), ajudando a justificar esta invalidação da compreensão e elaboração sobre o problema, bem como o desafio para a sua mudança.

No que diz respeito aos acontecimentos significativos deparamo-nos com uma discrepância no número de acontecimentos identificados pelas clientes nos dois casos clínicos, 13 acontecimentos no caso de sucesso e 5 no caso de insucesso. No caso de sucesso, a cliente consegue reconhecer um maior número de momentos em que a terapia foi significativa para a sua mudança.

Os resultados sugerem que a cliente tende a valorizar a experiência de segurança proporcionada pela terapeuta; esses acontecimentos evoluem em termos da movimentação da díade na ZDPT, terminando ao nível da inovação. No caso de insucesso, a cliente também privilegia o sentimento de segurança que é facultada pela terapia. Mas, a intervenção de desafio, por parte da terapeuta surge como um marcador significativo para a cliente, uma vez que em 3 dos 5 acontecimentos, estes começam por uma ação de desafio.

Em suma, a abordagem metodológica utilizada, nomeadamente a análise das interações entre o cliente e o terapeuta no contexto da conversação terapêutica e dos acontecimentos de mudança sinalizados pelo cliente, revelou ser um elemento importante porque permitiu aprofundar o conhecimento relativamente ao desenvolvimento da colaboração nestes casos. Pode-se concluir que perante os resultados encontrados, quando terapeuta e cliente trabalham na zona de colaboração bem como a identificação de acontecimentos significativos parecem ser importantes para a mudança terapêutica. Pelo contrário, os momentos de não colaboração parecem ser menos favoráveis a este processo.

O processo terapêutico pode ganhar, se o terapeuta estiver atento ao que o cliente considera útil na terapia, ou mesmo se o questionar no final de cada sessão, sobre o que é que considerou importante, sobre o que leva da sessão terapêutica que o pode ajudar.

Apesar de a investigação ter evoluído em torno da perspetiva do cliente relativamente ao processo terapêutico, especificamente focada nos acontecimentos úteis/significativos para a sua mudança, a literatura ainda é escassa relativamente à tentativa de relacionar a evolução da colaboração terapêutica com a mudança em terapia, em particular à análise efetuada a um nível micro, como é o caso deste estudo. Se por um lado este facto dificulta a discussão dos nossos resultados, por outro, constitui o abrir de uma pista de trabalhos futuros nesta área.

E. LIMITAÇÕES

No que diz respeito às limitações do estudo, salientamos o número reduzido de casos estudados, o que nos leva a tomar os nossos resultados como exploratórios e com necessidade de uma maior consolidação, não nos permitindo generalizar. Seria importante consolidar os resultados encontrados em estudos posteriores de amostra mais extensa, incluindo casos de sucesso e de insucesso seguidos em abordagens terapêuticas diferentes, e com diagnósticos distintos, relativamente aos casos aqui descritos. Outra limitação refere-se ao facto de não ter sido usado neste estudo o *Helpful Aspects of Therapy* relativo à versão do terapeuta, podendo ser analisado em estudos posteriores, de modo a complementar os resultados obtidos nesta investigação.

Por fim, o facto de os codificadores terem conhecimento prévio acerca do resultado terapêutico do caso clínico estudado (sucesso/insucesso) poderia ter enviesado o processo de codificação, porém este problema parece ser atenuado pelo elevado acordo inter-juízes.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFICAS:

1. Bachelor, A., Laverdière, O., Gamache, D. & Bordeleau, V. (2007). Clients' collaboration in therapy: selfperceptions and relationships with client psychological functioning, interpersonal relations, and motivation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44 (2), 175-192.
2. Botella, L. (1994). Constructivism and narrative psychology. FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull. Barcelona. Documento on-line: www.recerca.blanquerna.edu/constructivisme.
3. Botella, L. (2001). Diálogo, relaciones y cambio: Una aproximación discursiva a la psicoterapia constructivista. FPCEE Blanquerna, Universitat Ramon Llull. Barcelona. Documento on-line: www.recerca.blanquerna.edu/constructivisme.
4. Corbella, S. & Botella, L. (2003). La alianza terapêutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de Psicología* 19 (2), 205-221.
5. Duncan, B. L. & Miller, D. (2001). The client's theory of change: Consulting the cliente in the integrative process. The Institute for the Study of Therapeutic Change. Chicago IL. Documento on-line: www.talkingcure.com. Retirado em 23.03.12.
6. Elliot, R. (1989). Comprehensive Process Analysis: Understanding the Change Process in Significant Therapy Events. In M. J. Packer & R. B. Addison (Eds.), *Entering the Circle: Hermeneutic Investigation in Psychology* (pp. 165-184). State University of New York Press.
7. Elliot, R. (2010). Psychotherapy Change Process Research: Realizing the Promise. *Psychotherapy Research* 20 (2), 123-135.
8. Elliot, R. & Shapiro, D. A. (1992). Client and Therapist as Analysts of Significant Events. In S. G. Toukmanian & D. L. Rennie (Eds.), *Psychotherapy Process Recall: Paradigmatic and Narrative Approaches* (pp. 163-186). Sage Publications.
9. Feixas, G. (1995). Personal Constructs in Systemic Practice. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy* (pp. 305-337). Washington, DC: American Psychological Association.

10. Fernandes, E. M. (2001). Grelha de Repertório. In E. Fernandes, & L. Almeida (Orgs), *Métodos e técnicas de avaliação: contributos para a prática e investigação psicológicas* (pp. 77-108). Minho, Portugal: Universidade do Minho, Centro de Estudos em Educação e Psicologia.
11. Fernandes, E. & Gonçalves, O. (2001). *Encontro de narrativas terapêuticas: Estudo das memórias do terapeuta ativadas durante o processo de recordação do cliente*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 1, 53-72.
12. Fernandes, E., Senra, J., & Feixas, G. (2009). *Psicoterapia Construtivista: Um modelo centrado em dilemas*. Braga, Portugal: Psiquilíbrios Edições
13. Gabalda, C., & Stiles, W. B. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, 27, 199-212.
14. Gilbert, P. & Leahy, R. (2007). Introduction and overview: Basic issues in the therapeutic relationship. In P. Gilbert & R. Leahy (Eds.), *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies* (pp. 3-23). London and New York: Routledge.
15. Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of “innovative moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 267-294.
16. 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.
17. Hatcher, R. (1999). Therapists' Views of Treatment Alliance and Collaboration in Therapy. *Psychotherapy Research*, 9(4), 405-423.
18. Hatcher, R. L. (2010). Alliance Theory and Measurement. In J. P. Barber & J. C. Muran (Eds.), *The Therapeutic Alliance, An Evidence-Based Guide to Practice* (pp. 7-28). New York: The Guilford Press.

19. Horvath, A. O. (1994). Empirical Validation of Bordin's Pantheoretical Model of the Alliance: The Working Alliance Inventory Perspective. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The Working Alliance: Theory, Research and Practice* (pp. 109-128). New York: Wiley.
20. Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 561-573.
21. Hoyt, M. F. & Gergen, K. J. (1998). *The handbook of constructive therapies: innovative approaches from leading practitioners*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
22. Jesus, A. (2008). *Psicoterapia construtivista e experiência subjectiva dos clientes de acontecimentos de mudança*. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.
23. Kelly, G. (1955). *The Psychology of Personal Constructs* (2vol.). New York: Routledge.
24. Kivlighan, Jr D. M., & Schmitz, P. J. (1992). Counselor technical activity in cases with improving working alliances and continuing-poor working alliances. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 32-38.
25. Lax, W. D. (1992). Posmodern thinking in a clinical practice. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.); *Therapy as social construction* (pp. 69-85). Thousand Oaks, California: Sage.
26. 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, 311-330.
27. Levitt, H. M., Butler, M., & Travis, H. (2006). What clients find helpful in psychotherapy: Principles for facilitating change. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 314-324.

28. Mahoney, M. J. (1995). The Psychological Demands of Being a Constructive Psychotherapist. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy* (pp. 385-399). Washington, DC: American Psychological Association.
29. Neimeyer, G. J. (1995). The Challenge of Change. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in Psychotherapy* (pp. 111-126). Washington, DC: American Psychological Association.
30. Neimeyer, R. A. (1995). An Appraisal of Constructivist Psychotherapies. In M. Mahoney (Eds.), *Cognitive and Constructive Psychotherapies* (pp. 163-180). American Psychological Association.
31. 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.
32. Ribeiro, E. (2009). *Aliança Terapêutica: da teoria à prática clínica*. Psiquilíbrios Edições.
33. Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Oliveira, Azevedo, Pires, Gonçalves, & Sousa (2011). Therapeutic Collaboration in CBT: Comparison of a good and poor outcome case. In *Society for Psychotherapy Research 42nd International Meeting*, Bern, 29 Junho-2 Julho, 2011.
34. Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. (2012). *How Collaboration in Therapy Becomes Therapeutic: The Therapeutic Collaboration Coding System*. *Psychotherapy Research* (Submetido).
35. Senra, J. (2010). Personal Reconstruction Processes in Personal Construct Therapy for Implicative Dilemmas. Braga: Universidade do Minho, Escola de Psicologia.
36. Sherwood, T. (2001). Client experience in psychotherapy: What heals and what harms? *Indo-Pacific Journal of Phenomenology*, 1, 1-16.

37. Stiles, W. B. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 1-21.
38. Timulak, L. (2005). *Research in Psychotherapy and Counselling*. Sage Publications.
39. Timulak, L., Belicova, A., & Miler, M. (2010). Client identified significant events in a successful therapy case: The link between the significant events and outcome. *Counselling Psychology Quarterly*, 23:4, 371-386
40. Tryon, G. S. & Winograd, G. (2001). Goal Consensus and Collaboration. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 38 (4), 385-389.
41. Tryon, G. S., & Winograd, G. (2002). Goal Consensus and Collaboration. In J. D. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 109-123). New York: Oxford University Press.