

## Colaboração terapêutica: Estudo comparativo dois casos de insucesso terapêutico – Um caso finalizado e de um caso de desistência

Angela Ferreira\* / Eugénia Ribeiro\* / Dulce Pinto\* / Carla Pereira\* / Ana Pinheiro\*

\* Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga

A qualidade da interação terapêutica constitui-se como um importante preditor dos resultados terapêuticos e como crucial na decisão dos clientes para se manterem na terapia.

O presente estudo teve como objetivo descrever e comparar o desenvolvimento da colaboração terapêutica em dois casos clínicos, um finalizado e um de desistência, ambos de insucesso e seguidos em Terapia Narrativa.

Foi utilizado o Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica, que permite distinguir episódios colaborativos, não colaborativos e de ambivalência por referência à Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDPT) dos clientes. A codificação foi realizada independentemente por dois pares de juízas, tendo as discrepâncias sido resolvidas por consenso e mediante posterior auditoria.

Os resultados mostram que no caso de desistência os episódios não colaborativos foram cinco vezes mais frequentes do que no caso finalizado. Em ambos os casos, verificou-se uma tendência crescente do terapeuta para estimular o movimento das clientes ao longo da ZDPT no sentido da inovação. Contudo, se nas últimas sessões do caso finalizado a cliente foi capaz de com o terapeuta, no caso de desistência ocorreu um aumento de episódios não colaborativos entre a díade.

**Palavras-chave:** Colaboração terapêutica, Caso finalizado, Desistência, Insucesso.

O presente estudo teve como objetivo analisar e comparar a qualidade da interação entre terapeuta e cliente ao longo do processo terapêutico de dois casos clínicos, um finalizado e um de desistência, ambos de insucesso e seguidos em Terapia Narrativa.

A investigação em psicoterapia tem suportado de forma consistente a contribuição dos fatores relacionais para o sucesso terapêutico. Entre estes, a aliança terapêutica é atualmente reconhecida como um preditor moderado e robusto dos resultados da psicoterapia (Horvath, 2013). A aliança terapêutica, para além de incluir uma dimensão afetiva entre terapeuta e cliente, o vínculo terapêutico, é também entendida como um fator relacional intrinsecamente associado ao trabalho que ocorre no contexto da terapia, orientado para a mudança do cliente. No sentido de compreender o papel da aliança terapêutica no processo de mudança, Horvath (2006) recomenda que a investigação evolua no sentido de identificar e analisar os microprocessos relacionais (ex., colaboração terapêutica) situados no contexto de práticas terapêuticas específicas. Nesta linha de investigação, incluem-se os estudos focados no conceito de colaboração terapêutica, entendida como um processo interativo e analisada a um nível micro analítico. Embora este conceito de colaboração terapêutica seja definido de diferentes formas, a natureza bidirecional e a contribuição mútua do terapeuta e do cliente é

---

Agradecemos ao Professor Doutor Miguel Gonçalves, Investigador responsável do Projeto Mudança Narrativa em Psicoterapia (PTDC/PSI/72846/2006), a autorização para analisar os dois casos clínicos apresentados neste estudo.

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Eugénia Ribeiro, Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Campus de Gualtar; 4710-057 Braga. E-mail: eugenia@psi.uminho.pt

transversal e enfatizada por vários autores. Horvath e Bedi (2002) definem genericamente a colaboração no contexto terapêutico, subjacente à aliança, como uma sequência de interações em que terapeuta e cliente usam e desenvolvem as contribuições verbais um do outro. Tryon e Winograd (2002) definem colaboração como “o envolvimento mútuo entre cliente e terapeuta contextualizado numa relação de ajuda” (p. 109). Hatcher (1999) define colaboração como uma realização conjunta da díade, que resulta da contribuição mútua e irredutível de ambos os participantes da terapia, o terapeuta e o cliente.

Lepper e Mergenthaler (2007, 2008), partindo de uma análise da conversação sobre interações clinicamente significativas, consideraram a coerência do tópico entre o terapeuta e o cliente como um marcador da colaboração associado a momentos de elevada produtividade terapêutica.

Na mesma linha de investigação, Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath e Stiles (2013) desenvolveram um modelo compreensivo dos processos colaborativos envolvidos no desenvolvimento da aliança e que estão interligados, momento a momento, com micro mudanças em psicoterapia. Este modelo consiste, aliás, na base conceptual do Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT), desenvolvido pelos autores, para analisar a colaboração terapêutica.

### *O modelo de colaboração terapêutica*

Ribeiro e colaboradores (2013) entendem que a colaboração terapêutica, enquanto microprocesso interativo, está intimamente associada às micro mudanças que ocorrem ao longo da psicoterapia. Influenciados pelo conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) de Vygotsky (1978), importado por Leiman e Stiles (2001) para a psicoterapia, estes autores basearam a sua proposta no pressuposto de que os conceitos de colaboração e de mudança têm uma natureza desenvolvimental e estão dinâmica e continuamente articulados. Os autores conceptualizam a colaboração terapêutica como uma “coordenação de ações do terapeuta e do cliente, enquadrada na conversação terapêutica” (Ribeiro, 2009, p. 171) e negociada por referência à ZDP do cliente. A Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDPT) é definida pela distância entre o nível de desenvolvimento atual do cliente e o seu nível de desenvolvimento potencial, ou seja, aquele que poderá ser por ele alcançado em colaboração com o terapeuta (Leiman & Stiles, 2001; Ribeiro et al., 2013). Quando o cliente inicia a terapia, o seu nível de desenvolvimento atual é definido pelos problemas ou dificuldades motivaram o seu pedido de ajuda. Em Terapia Narrativa, este nível atual é definido pela narrativa problemática e dominante, responsável pelas dificuldades de ajustamento do cliente. Subjacente ao pedido de ajuda está a necessidade e vontade de mudar, bem como a expectativa de ser ajudado pelo terapeuta nesse objetivo. Estas mudanças identificadas e/ou negociadas pela díade no início e ao longo da terapia definem o nível de desenvolvimento potencial do cliente. Em Terapia Narrativa, o nível de desenvolvimento potencial é, assim, definido pela emergência e integração de inovação conducente à reconceptualização de uma narrativa alternativa.

De acordo com o modelo que temos vindo a descrever, as ações do terapeuta incluem intervenções de suporte e intervenções de desafio. As primeiras têm o objetivo de compreender o problema ou perspetiva do cliente e proporcionar experiências de segurança. As intervenções de desafio têm como objetivo promover a revisão da perspetiva problemática do cliente, propondo uma perspetiva alternativa e estimulando a ocorrência de novas experiências, que, ainda que possam ser percebidas como arriscadas, podem ser toleradas pelo cliente. Os autores sugerem que estas intervenções do terapeuta devem equilibrar-se entre si e articular-se, momento a momento, com as necessidades do cliente e a sua mudança ao longo do processo terapêutico (Ribeiro et al., 2013).

As ações do cliente incluem respostas de validação, de invalidação ou de ambivalência. Se o trabalho terapêutico ocorre dentro da ZDPT, o cliente valida a intervenção do terapeuta, aceitando o convite para olhar a sua experiência a partir da perspetiva proposta. Por outro lado, se o trabalho terapêutico tem lugar fora da ZDPT, o cliente invalida as intervenções do terapeuta, recusando o

convite para olhar a sua experiência a partir da perspectiva proposta. Neste caso, o cliente pode experimentar risco intolerável quando o terapeuta desafia demasiado (trabalhando além do limite superior da ZDPT), ou desinteresse quando o terapeuta é redundante nas suas intervenções (trabalhando aquém do limite inferior da ZDPT). Por fim, e de acordo com os autores, o trabalho terapêutico pode ainda ocorrer nos limites da ZDPT. Neste caso, o cliente experimenta ambivalência, oscilando entre a validação e a invalidação da perspectiva proposta pelo terapeuta. O modelo de colaboração terapêutico aqui proposto contempla dois tipos distintos de episódios de ambivalência, tendo em conta a forma como o cliente termina a sua resposta. Se o cliente terminar num nível de desenvolvimento posterior ao proposto pelo terapeuta (e.g., o terapeuta suporta o problema, o cliente oscila entre a validação e a invalidação da perspectiva proposta, avançando para a inovação) considera-se a ambivalência com avanço para o risco tolerável. Por outro lado, se o cliente terminar num nível de desenvolvimento anterior ao proposto pelo terapeuta (e.g., o terapeuta desafia, o cliente oscila entre a validação e a invalidação da perspectiva proposta, voltando à perspectiva problemática) considera-se a ambivalência com retorno à segurança (Ribeiro et al., 2013).

Uma pobre qualidade da aliança terapêutica, especialmente na fase inicial da terapia, está associada a uma maior probabilidade de desistência, por parte dos clientes, dos seus processos terapêuticos (e.g., Roos & Werbart, 2013; Sharf, Primavera, & Diener, 2010). Embora a definição de desistência em psicoterapia não seja consensual, resultando em discrepâncias significativas nomeadamente no que diz respeito à avaliação da prevalência do fenómeno (e.g., Benetti & Cunha, 2008; Jung, Serralta, Nunes, & Eizirik, 2013), a maioria das definições adotadas parece centrar-se no não comparecimento do cliente à última sessão agendada, e daí em diante, sem o conhecimento e/ou o acordo do terapeuta (e.g., Jung et al., 2013). Também no presente estudo decidimos considerar o abandono da terapia por iniciativa unilateral do cliente como foco da definição de um caso de desistência em psicoterapia, de modo a não só enfatizar a não negociação entre o cliente e o terapeuta acerca da finalização do processo, mas também o não cumprimento dos objetivos terapêuticos a que inicialmente se propuseram. De acordo com a mais recente meta-análise realizada acerca de casos de desistência em psicoterapia (Swift & Greenberg, 2012), bem como na linha de meta-análises mais clássicas acerca deste mesmo fenómeno (e.g., Baekeland & Lundwall, 1975; Wierzbicky & Pekarik, 1993), este constitui-se, de facto, como merecedor da atenção dos terapeutas e investigadores da área, na medida em que, em média, um em cada cinco clientes abandonam prematuramente os seus processos.

O presente estudo teve como objetivo descrever e comparar o desenvolvimento da colaboração terapêutica ao longo do processo terapêutico de um caso finalizado e de um caso de desistência, ambos de insucesso e seguidos em Terapia Narrativa.

No sentido de prosseguir este objetivo orientamo-nos pelas seguintes questões de investigação:

- 1) Como evolui a colaboração terapêutica, ao longo do caso finalizado e do caso de desistência, ambos de insucesso, seguidos em Terapia Narrativa?
- 2) Quais as intervenções e as respostas mais frequentes ao longo de cada um dos casos?
- 3) Quais os episódios interativos específicos mais frequentes em cada caso?

## **Método**

### *Participantes*

Ambos os casos analisados foram selecionados da base de dados do projeto Mudança Narrativa em Psicoterapia (PTDC/PSI/72846/2006).

*Cliente do caso finalizado:* No momento em que procurou ajuda, Joana (nome fictício), de nacionalidade brasileira, tinha 30 anos e encontrava-se a realizar o seu doutoramento. Longe da família e do marido, de quem esteve temporariamente separada, Joana queixava-se do “medo da solidão”. Em Portugal, mantinha um relacionamento amoroso com Ivo (nome fictício). O medo de ficar sozinha despoletava tristeza, angústia e insegurança na cliente. Joana oscilava entre a tentativa de reconstrução do seu casamento e a manutenção da relação com Ivo. A cliente procurou ajuda para resolver este “conflito amoroso”, que também afetava os seus estudos, tendo igualmente referido dificuldades de concentração e procrastinação nas tarefas. Na altura da admissão, apresentava uma Avaliação Global do Funcionamento (AGF, realizada pelo terapeuta) de 61, o que indicava a presença de sintomatologia ligeira e algumas dificuldades no funcionamento social e ocupacional.

O processo terapêutico decorreu ao longo de 20 sessões. Apesar de Joana ter conseguido alcançar algumas mudanças (e.g., nomeadamente, tornou-se um pouco mais assertiva na relação com os outros, inclusive com o marido e com Ivo), as mesmas revelaram-se parcas, inconsistentes e não significativas, uma vez que a sua principal queixa, o “medo da solidão”, se manteve desde o início do processo até ao momento da sua finalização.

*Cliente do caso de desistência:* Quando procurou ajuda, Marta (nome fictício) tinha 19 anos e frequentava o 2º ano de um curso superior. O seu pedido de ajuda surgiu na sequência do término da sua relação amorosa mais recente. Há alguns meses que Marta mostrava tristeza e choro frequente, vontade de desistir dos estudos e dificuldade em imaginar o seu futuro sem o atual ex-namorado, bem como em fixar objetivos próprios. Para além disso, era frequente a cliente sentir-se incomodada pelo facto de os outros (amigos, família, técnicos de saúde) desvalorizarem o seu problema. Marta sentia culpa pelo final da relação e, segundo a sua perspetiva, a única solução para o seu problema seria a recuperação da relação perdida. A cliente apresentava poucas ou nenhuma expectativas favoráveis em relação à terapia.

Antes de iniciar o processo terapêutico, Marta havia realizado uma tentativa de suicídio, tendo estado internada numa unidade de psiquiatria. Na altura da admissão, encontrava-se em regime ambulatorio e a tomar medicação antidepressiva. Apresentava um AGF de 51, indicando a presença de sintomas moderados e dificuldades igualmente moderadas no funcionamento social e ocupacional.

O processo terapêutico foi interrompido, por sua iniciativa e sem o conhecimento e acordo do terapeuta, após a nona sessão. Apesar de a cliente se ter envolvido, de algum modo, na tentativa de considerar uma solução para o seu problema e de a esperança que demonstrava em recuperar a relação amorosa perdida a ter mantido relativamente funcional, a sua persistência na perspetiva problemática foi clara ao longo de todo o processo.

No início dos seus processos, ambas as clientes preencheram critérios para o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, de acordo com o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). As sessões de ambos os casos foram vídeo-gravadas sob consentimento informado do terapeuta e das clientes. Ambos os casos foram considerados de insucesso.

*Terapeuta e terapia:* O terapeuta responsável por ambos os casos tinha cerca de cinco anos de experiência clínica, tendo recebido formação prévia em Terapia Narrativa e supervisão semanal por parte de um terapeuta sénior durante a condução dos mesmos. A terapia baseou-se num modelo de psicoterapia individual de orientação narrativa, desenvolvido a partir da Terapia Narrativa de Re-autoria de White e Epston (1990). De acordo com o manual elaborado no âmbito do projeto *Narrative Change in Psychotherapy* (PTDC/PSI/72846/2006), as estratégias de intervenção incluíram: (a) desconstrução da auto-narrativa problemática com recurso à externalização, (b) reconstrução da auto-narrativa alternativa com base na identificação de resultados únicos, e (c)

consolidação das mudanças emergentes através de estratégias de validação social e metaforização (ver Lopes, Gonçalves, Machado, Fassnacht, & Sousa, 2013, para uma descrição mais detalhada da terapia implementada).

Estudos recentes sobre a eficácia da terapia narrativa aplicada à depressão major têm demonstrado que em clientes diagnosticados com depressão leve ou moderada e que terminam o processo terapêutico os resultados terapêuticos são promissores e comparáveis aos obtidos com outras abordagens, nomeadamente a terapia cognitivo-comportamental (Lopes, Gonçalves, Machado, Sinai, Bento, & Salgado, 2104). Os resultados destes estudos mostraram que no final do tratamento os clientes seguidos em terapia narrativa apresentam uma diminuição significativa da sintomatologia depressiva, comparável à obtida por clientes seguidos em terapia cognitivo-comportamental e significativamente superior à manifestada por deprimidos em lista de espera, sem tratamento psicoterapêutico. A similaridade na eficácia da terapia narrativa com a terapia cognitivo-comportamental tende a manter-se por um período de pelo menos dois anos (Lopes, Gonçalves, Machado, Frasnacht, & Sousa, 2014).

*Investigadoras:* Os casos clínicos selecionados foram codificados, na sua totalidade e de modo independente, por dois pares de juízas. A primeira e a quarta autoras, alunas do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia, foram responsáveis pela codificação do caso finalizado; a terceira autora, estudante de Doutoramento em Psicologia Aplicada e a quinta autora, Mestre em Psicologia Clínica, foram responsáveis pela codificação do caso de desistência. Todas as juízas receberam treino no SCCT (Ribeiro et al., 2013) sob a supervisão da segunda autora. Neste estudo, a segunda autora foi ainda responsável pela auditoria de 30% das codificações de cada um dos casos.

### *Instrumentos*

*Outcome Questionnaire-45.2:* O *Outcome Questionnaire-45.2 (OQ-45.2;* Lambert & Burlingame, 1996; versão portuguesa adaptada por Machado & Fassnacht, 2014) consiste num instrumento de autorrelato constituído por 45 itens, com evidências de validade, confiança e consistência interna, que visa a avaliação do nível de desconforto subjetivo apresentado pelos clientes, bem como do seu funcionamento interpessoal e do desempenho do seu papel social.

No presente estudo, o *OQ-45.2* foi utilizado para avaliar a presença de sintomatologia clinicamente significativa nas clientes no momento da avaliação e, posteriormente, a cada quatro sessões. Deste modo, permitiu-nos confirmar a ausência de ganhos terapêuticos clinicamente significativos em ambos os casos, desde o início da terapia até ao momento da última avaliação realizada (na última sessão no caso finalizado e na penúltima sessão no caso de desistência), pelo que ambos foram considerados de insucesso. Esta ausência de ganhos terapêuticos significativos foi definida tomando como referência um *Reliable Change Index (RCI)* de 15 pontos e de um *cutoff* de 62 pontos, tal como proposto por Machado e Fassnacht (2014).

*Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica:* O Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT; Ribeiro et al., 2013) foi desenvolvido a partir da conceptualização de colaboração terapêutica apresentada inicialmente, com vista a permitir a identificação e caracterização dos diferentes tipos episódios de interação passíveis de ocorrer entre terapeutas e clientes, por referência à ZDPT dos últimos e em articulação com o seu processo de mudança. A unidade de análise deste sistema consiste no par de falas adjacentes de cada um dos elementos da diáde, contextualizado na sua interação imediatamente anterior e no contexto global da sessão e/ou da terapia.

Tal como descrito anteriormente, as intervenções do terapeuta podem ser classificadas de acordo com duas categorias fundamentais – suporte ou desafio, e as respostas do cliente podem ser de

três tipos – validação, invalidação ou ambivalência (Tabela 1). Do cruzamento entre as várias intervenções do terapeuta e as várias respostas do cliente resultam 18 tipos de episódios interativos possíveis, sendo seis de natureza colaborativa, seis de natureza ambivalente e os restantes seis não colaborativos.

Tabela 1

*Marcadores para a intervenção do terapeuta e resposta do cliente*

Intervenção do terapeuta		Resposta do cliente	
Suporte	Desafio	Validação	Invalidação
Clarificação	Interpretação	Confirma	Expressa confusão
Reflexão	Confrontação	Fornece informação	Foca/persiste na perspetiva habitual
Sumarização	Convida a adotar uma nova perspetiva	Elabora	Defende a sua própria perspetiva e/ou discorda com a intervenção do terapeuta
Demonstração de interesse	Convida a adotar uma nova ação	Reformula a sua própria perspetiva	Auto criticismo e/ou desesperança
Questionamento aberto	Convida a imaginar cenários hipotéticos	Clarificação	Ausência de envolvimento na resposta
Encorajamento mínimo	Muda o nível de análise		Muda de tópico
Especifica informação	Procura evidências de mudança		Desconexão de tópico
	Enfatiza a novidade		<i>Storytelling</i> e/ou foco na reação dos outros
	Debate de crenças		Resposta sarcástica

*Nota.* Adaptado com permissão a partir de *How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system*, de Ribeiro et al. (2013).

O estudo de validação do SCCT mostrou uma boa fidelidade do instrumento, com o *Kappa de Cohen* a variar entre 0,84 e 0,98 para as intervenções do terapeuta e entre 0,91 e 0,95 para as respostas do cliente.

*Procedimento*

*Procedimento de recolha:* Os casos clínicos foram selecionados considerando os seguintes critérios: o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, a abordagem terapêutica – ambos seguidos em Terapia Narrativa, e o resultado clínico de insucesso. De acordo com os procedimentos do projeto de investigação de cuja base de dados seleccionámos os dois casos, os critérios de exclusão incluíam o diagnóstico de perturbações do Eixo II, consumos de substâncias, e o diagnóstico de perturbação psicótica.

*Procedimentos de análise:* Numa primeira fase, as investigadoras receberam treino no SCCT (Ribeiro et al., 2013). Ao longo de seis meses foram codificadas várias sessões e realizadas reuniões quinzenais de treino, sob orientação da segunda autora. Esta fase foi concluída quando as juízas chegaram de forma consistente a um acordo (com base no cálculo do *Kappa de Cohen*) superior a 0,5, por ser considerado aceitável de acordo com Fleiss (1981, citado por Martins & Machado, 2006).

*Procedimento de codificação:* Procedeu-se à transcrição integral das 20 sessões do caso finalizado e das nove sessões do caso de desistência. O processo de codificação envolveu quatro etapas: (1) definição consensual do problema apresentado pelas clientes, assim como da sua potencial inovação; (2) codificação independente e sequencial das sessões de cada caso; (3) identificação e resolução dos desacordos inter-juízas; e, (4) auditoria das codificações.

Com base na leitura prévia à codificação da primeira e segunda sessão do caso finalizado, as investigadoras consideraram os seguintes indicadores do problema: “medo da solidão”, insegurança, tristeza, instabilidade ao nível dos relacionamentos amorosos, dificuldades de concentração e procrastinação das tarefas académicas. Por outro lado, identificaram como indicadores de inovação: manifestações de assertividade e imposição de limites nas relações amorosas, a diminuição “do medo da solidão” e da insegurança, a realização das tarefas académicas dentro dos prazos estipulados, uma maior capacidade de concentração e a diminuição da tristeza. No caso de desistência, as investigadoras consideraram os seguintes indicadores na definição do problema: tristeza e choro frequente, dificuldade em projetar-se no futuro sem o atual ex-namorado, sentimento de culpa pelo término da relação, sentimento de desamparo por achar que os outros desvalorizavam o seu problema, baixa autoestima e desvalorização pessoal, e problemas académicos. Como inovação identificaram: o envolvimento em atividades/tarefas que mantinham a cliente relativamente funcional, a procura de soluções para o seu problema, e a diminuição do sentimento de culpa e da tristeza.

Ambos os pares de juízas codificaram 100% das sessões do respetivo caso de modo independente, tendo os desacordos sido resolvidos com base na metodologia de consenso após a codificação de cada uma das sessões. Além disso, 30% das sessões de cada caso foram ainda submetidas a auditoria por parte da segunda autora.

## **Resultados**

### *Desenvolvimento da colaboração terapêutica ao longo dos processos terapêuticos*

A análise descritiva da colaboração terapêutica em cada um dos casos clínicos baseou-se nos índices percentuais dos episódios colaborativos, dos episódios de ambivalência e dos episódios não colaborativos. A Figura 1 apresenta a evolução destes três índices ao longo do processo de cada caso clínico.

No caso finalizado, observa-se uma predominância de episódios colaborativos ao longo de todo o processo terapêutico. Os episódios não colaborativos foram os menos frequentes, à exceção da 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup> e 20<sup>a</sup> sessões, em que os episódios de ambivalência foram menos frequentes.

No caso de desistência, observamos igualmente uma predominância de episódios colaborativos. Contudo, na 8<sup>a</sup> sessão (pré-desistência), ocorreu um pico de episódios não colaborativos (42,19%). Ao longo deste processo terapêutico observa-se ainda que os episódios não colaborativos, embora menos frequentes que os colaborativos, foram sempre mais frequentes que os de ambivalência e com uma tendência para aumentarem nas sessões pré-desistência.

Estes resultados indicam que, em ambos os casos, as díades trabalharam preferencialmente dentro da ZDPT das clientes. No entanto, no caso de desistência, comparando com o caso finalizado, verificou-se uma maior frequência de interações fora da ZDPT.

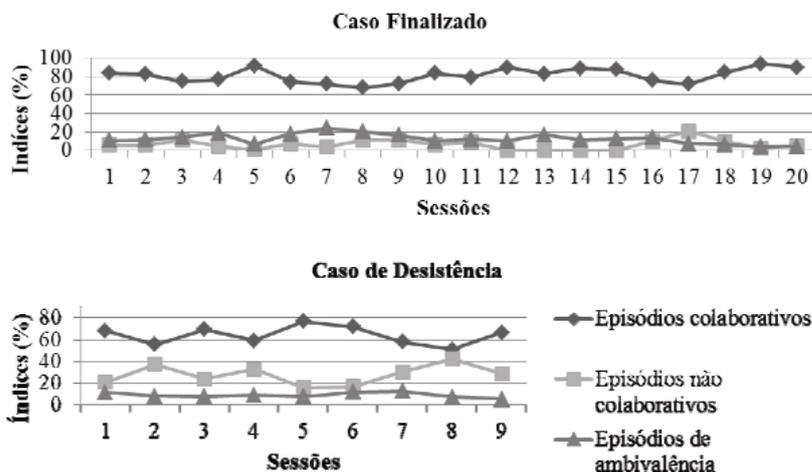


Figura 1. Evolução da colaboração terapêutica ao longo do processo terapêutico do caso finalizado e do caso de desistência

*Episódios interativos específicos por referência à ZDPT*

Considerando o valor médio dos índices de cada um dos 18 episódios interativos, resultantes do cruzamento entre cada tipo de intervenção do terapeuta e cada tipo de resposta das clientes, verificamos que no caso finalizado (Tabela 2), em média, o terapeuta e a cliente interagiram mais frequentemente no nível de desenvolvimento atual (65,15%), tendo sido o episódio interativo mais frequente o de Suporte no Problema-Segurança. Considerando os três tipos de intervenções do terapeuta, observou-se uma maior frequência da intervenção de desafio (44,77%) à qual, em média, a cliente respondeu preferencialmente com segurança ou com risco tolerável.

Tabela 2

*Índices dos episódios interativos no caso finalizado (%)*

	Dr	Resposta da Cliente						
		A, RT	S	RT	A, S	RI		
Intervenção do Terapeuta	SP	0	1,24	28,07	3,54	1,37	0,48	34,7
	SI	0	0,67	12,93	3,72	2,84	0,38	20,54
	Di	0	0,80	24,15	8,77	5,59	5,46	44,77
		Dentro						
	ZDPT	Fora	No limite	Atual	Potencial	No Limite	Fora	
		0	2,71	65,15	16,03	9,8	6,32	

Nota. SP: Suporte no Problema; SI: Suporte na Inovação; Di: Desafio; Dr: Desinteresse; A, RT: Ambivalência com avanço para o Risco Tolerável; S: Segurança; RT: Risco Tolerável; A, S: Ambivalência com retorno à Segurança; RI: Risco intolerável.

Comparativamente ao caso de desistência (Tabela 3) observamos que no caso finalizado, a cliente avançou mais no sentido do seu nível de desenvolvimento potencial (16,03%), quer em resposta aos desafios do terapeuta quer por iniciativa própria após intervenções de suporte por

parte do terapeuta. Enquanto no caso de desistência o episódio mais frequente foi o de Desafio-Segurança, no caso finalizado o episódio mais frequente foi o de Suporte no Problema-Segurança.

Tabela 3

*Índices dos episódios interativos no caso de desistência (%)*

	Resposta da Cliente							
	Dr	A, RT	S	RT	A, S	RI		
Intervenção do Terapeuta	SP	1,59	0,80	21,34	0,88	0,97	1,94	27,72
	SI	0,50	0,51	11,11	0,77	0,83	1,13	14,72
	Di	2,97	1,33	25,68	4,09	4,30	19,25	57,56
	Dentro							
	ZDPT	Fora	No limite	Atual	Potencial	No Limite	Fora	
		5	2,48	58,23	5,68	6,16	22,45	

*Nota.* SP: Suporte no Problema; SI: Suporte na Inovação; Di: Desafio; Dr: Desinteresse; A, RT: Ambivalência com avanço para o Risco Tolerável; S: Segurança; RT: Risco Tolerável; A, S: Ambivalência com retorno à Segurança; RI: Risco intolerável.

## Discussão

Neste estudo estávamos interessadas em analisar a colaboração terapêutica num caso finalizado e num caso de desistência, ambos com resultado de insucesso e seguidos em Terapia Narrativa. Interessava-nos compreender de que modo a colaboração terapêutica está associada à manutenção ou desistência da terapia, mesmo quando os ganhos terapêuticos parecem ser insuficientes para gerar uma mudança clinicamente significativa nos clientes. Analisando e comparando a evolução das clientes ao longo do processo terapêutico, no sentido de abandonarem o seu nível de desenvolvimento atual (e problemático) e avançarem em direção ao seu nível de desenvolvimento potencial, foi possível verificar que no caso de desistência este avanço foi menos frequente (5,68%) do que no caso finalizado (16,03%). De facto, no caso de desistência a emergência de novidade em relação à perspetiva problemática foi parca e corrobora a não evidência de mudança do ponto de vista da sintomatologia da cliente. Já no caso finalizado, embora considerado de insucesso, foram captados pelo SCCT alguns avanços da cliente no sentido do seu nível de desenvolvimento potencial quando o terapeuta e a cliente reconheceram algumas mudanças. Se, por um lado, estes avanços não foram consistentes ao longo do tempo, podemos também supor que este caso precisaria de mais tempo de terapia para que os avanços para a inovação, por parte da cliente, se organizassem numa nova auto-narrativa mais flexível e adaptativa.

Reportando-nos agora à evolução da colaboração terapêutica ao longo de ambos os casos clínicos, os resultados mostram que a maioria das interações entre o terapeuta e as clientes foram de natureza colaborativa, ou seja, ocorreram dentro da sua ZDPT. No entanto, na maioria destas interações, enquanto no caso de desistência o terapeuta se situou à frente do nível desenvolvimental da cliente (e.g., Desafio-Segurança), no caso finalizado o terapeuta situou-se no mesmo nível da cliente (e.g., Suporte no Problema-Segurança). Os episódios não colaborativos foram os menos frequentes, em média, à exceção da 17<sup>a</sup>, 18<sup>a</sup> e 20<sup>a</sup> sessões do caso finalizado e da 8<sup>a</sup> sessão do caso de desistência. Nestas sessões, o terapeuta posicionou-se grande parte do tempo, num nível de desenvolvimento além do das clientes, gerando respostas de invalidação às suas intervenções.

Atendendo aos índices gerais médios de não colaboração terapêutica, é de salientar que, no caso de desistência, os episódios não colaborativos foram cinco vezes mais predominantes do que no caso finalizado (27,45% e 6,32%, respetivamente). Além disso, os resultados mostram que no caso de desistência houve uma tendência crescente, ao longo do processo, para a cliente invalidar as propostas do terapeuta, sinalizando deste modo que a sua intervenção colocava o trabalho da díade fora da sua ZDPT. Pelo contrário, no caso finalizado, as respostas de invalidação por parte da cliente mantiveram uma proporção relativamente constante e inferior quer às respostas de validação, quer às de ambivalência. Uma outra diferença entre os dois casos refere-se às respostas de desinteresse, que parecem ser características do caso de desistência, dado que, não ocorreram no caso finalizado. Este resultado é coerente com os resultados de outros estudos de caso, nos quais a resposta de desinteresse apenas surgiu em casos de desistência, sendo ausente em casos finalizados, seja de insucesso seja de sucesso terapêutico (Azevedo, 2010; Oliveira, 2010). Esta resposta de desinteresse, presente nos casos de desistência, poderá significar falta de responsividade do terapeuta às necessidades dos clientes, insistindo em intervenções que parecem não ter relevância para si, levando a que estes não se sintam compreendidos; ou, poderá indicar um baixo nível de prontidão para mudar e baixas expectativas em relação ao processo por parte dos próprios clientes (Bachelor, Laverdière, Gamache, & Bordeleau, 2007). No caso deste estudo, a cliente desistente foi reencaminhada pelo psiquiatra que se encontrava a seguir o seu caso e manifestou-se, desde o início, incrédula em relação ao processo terapêutico. Nas primeiras sessões, expôs abertamente a dificuldade em comparecer às sessões e falar sobre o problema. No início, o terapeuta respondeu de forma empática, suportou a experiência problemática da cliente e procurou negociar com esta a agenda terapêutica. Contudo, à medida que o processo foi avançando, verificou-se a persistência e aumento das intervenções de desafio e uma diminuição das intervenções de suporte por parte do terapeuta, apesar das frequentes respostas de invalidação da cliente, assim, sinalizando risco intolerável ou desinteresse. A título de exemplo, na sessão pré-desistência, verificámos que o terapeuta persistiu na proposta de uma nova perspectiva – “imaginar o futuro sem o ex-namorado”, e que a cliente invalidou consecutivamente este desafio, sinalizando desinteresse pela proposta insistente do terapeuta.

No caso finalizado, os índices de colaboração foram mais elevados ao longo de todo o processo terapêutico, e a díade parece ter sido capaz de gerir adequadamente eventuais quebras na colaboração terapêutica (e.g., sessão 17). No entanto, a cliente não chegou a avançar de forma consistente ao longo da sua ZDPT, tendo sido o processo terapêutico marcado por oscilações. Vários acontecimentos novos extra terapia parecem ter estado associados aos avanços e recuos na ZDPT por parte da cliente, sugerindo a necessidade de mais tempo de terapia para que os avanços pudessem ser consolidados num percurso de sucesso terapêutico.

Considerando que ambos os casos tiveram um resultado de insucesso, podemos compreender a desistência ou a permanência na terapia tendo em consideração a evolução da qualidade da colaboração. No caso de desistência, supomos que as interações não colaborativas tenham sido importantes não apenas pelo seu aumento ao longo do processo, como também pela sua natureza. Tais interações sinalizaram a experiência recorrente de risco intolerável e de desinteresse, o que nos leva a supor que a terapia poderá ter sido interrompida pela cliente pelo facto de ter sido percebida como demasiado ameaçadora ou exigente, por um lado, ou irrelevante, por outro. Esta interpretação é consistente com os resultados de outros estudos sobre a colaboração terapêutica em casos de desistência, nos quais as respostas de invalidação a intervenções de desafio, especialmente por risco intolerável, aumentavam progressivamente ao longo dos processos e em especial antes da interrupção da terapia (Pinto, Ribeiro, Sousa, Pinheiro, & Freitas, submetido). O desencontro entre as propostas do terapeuta e as respostas da cliente poderá estar associado ao desacordo ao nível dos objetivos e/ou tarefas da terapia, fragilizando a qualidade da aliança terapêutica, o que, em linha com os resultados dos estudos sobre a relação da aliança com a

desistência da psicoterapia (e.g., Roos & Werbart, 2013) também nos ajuda a perceber a desistência da terapia neste caso.

No caso finalizado, apesar de também não se ter verificado uma melhoria sintomática significativa no final do processo terapêutico, a qualidade da colaboração terapêutica ao longo das sessões poderá ajudar a compreender a permanência da cliente em terapia. Por um lado, as interações não colaborativas foram, em média, as menos frequentes quando comparadas com as colaborativas e as ambivalentes. Por outro lado, mesmo quando estas interações ocorreram, a díade parece ter sido capaz de reestabelecer a colaboração de um modo consistente, retomando posições interativas dentro da ZDPT da cliente. O facto de as interações colaborativas incluírem respostas de risco tolerável, quer na sequência das intervenções de desafio quer na sequência das intervenções de suporte por parte do terapeuta, sugere uma maior prontidão e motivação para a mudança por parte desta cliente. Apesar do resultado de insucesso, a maior proporção de experiências de segurança face às outras possíveis poderá ainda ter favorecido a confiança da cliente no terapeuta e na sua capacidade para a ajudar, ao sentir-se compreendida e validada na sua experiência. Esta possibilidade ajuda a compreender que a cliente se sentisse bem e confiante na terapia, permanecendo até à sessão acordada como final, aquando do seu consentimento para a participação no projeto de investigação.

Os resultados deste estudo sugerem que a responsividade dos terapeutas às necessidades dos clientes, momento a momento, atendendo aos sinais de colaboração e de não colaboração nas respostas às suas intervenções, pode facilitar a sua permanência em terapia. Nesse sentido consideramos que o treino e supervisão de terapeutas com foco na interação terapêutica e na imediácia e responsividade da intervenção poderá contribuir para a formação e desenvolvimento de alianças terapêuticas de qualidade favoráveis à continuidade da terapia. A este propósito, o modelo conceptual de colaboração terapêutica e o sistema de codificação proposto por Ribeiro e colaboradores (2013) apresenta-se como uma ferramenta útil, quer em contexto de investigação quer em contexto de prática clínica, fornecendo indicadores de colaboração, não colaboração e ambivalência a que o terapeuta poderá atender e, desse modo, monitorizar a qualidade da aliança momento a momento, ao longo das sessões terapêuticas.

Contudo, tratando-se de um estudo de caso exploratório, este estudo apresenta algumas limitações que implicam algum cuidado na interpretação dos resultados, exigindo a sua contextualização nos casos em análise e impedindo a generalização dessas interpretações. Assim, embora este estudo identifique pistas de investigação ou clínicas interessantes, seria útil replicar e consolidar os resultados obtidos mediante o recurso a amostras mais extensas e mais diversificadas em termos do curso do processo terapêutico, dos resultados terapêuticos, e dos diagnósticos considerados.

## Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Azevedo, H. (2010). *Desenvolvimento da colaboração terapêutica: O estudo de um caso de sucesso de terapia narrativa*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga.
- Bachelor, A., Laverdière, O., Gamache, D., & Bordeleau, V. (2007). Clients' collaboration in therapy: Self-perceptions and relationships with client psychological functioning, interpersonal relations, and motivation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44, 175-192.

- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, *82*, 738-783.
- Benetti, S., & Cunha, T. (2008). Abandono de tratamento psicoterápico: Implicações para a prática clínica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, *60*, 48-59.
- Hatcher, R. (1999). Therapists' views of treatment alliance and collaboration in therapy. *Psychotherapy Research*, *9*, 405-423.
- Horvath, A. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*, 258-263.
- Horvath, A. (2013). You can't step into the same river twice, but you can stub your toes on the same rock: Psychotherapy outcome from a 50-year perspective. *Psychotherapy*, *50*, 25-32. doi: 10.1037/a0030899
- Horvath, A., & Bedi, R. (2002). The alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 37-69). Oxford: University Press.
- Jung, S., Serralta, F., Nunes, M., & Eizirik, C. (2013). Beginning and end of treatment of patients who dropped out of psychoanalytic therapy. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *35*, 181-190.
- Leiman, M., & Stiles, W. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, *11*, 311-330.
- Lepper, G., & Mergenthaler, E. (2007). Therapeutic collaboration: How does it work?. *Psychotherapy Research*, *17*, 576-587.
- Lepper, G., & Mergenthaler, E. (2008). Observing therapeutic interaction in the "Lisa" case. *Psychotherapy Research*, *18*, 634-644.
- Lopes, R., Gonçalves, M. M., Machado, P. P. P., Fassnacht, D. B., & Sousa, I. (2014). Long-term effects of psychotherapy for moderate depression: A comparative study of Narrative therapy with cognitive-behavior therapy. *Journal of Affective Disorders*, *167*, 64-73. doi: 10.1016/j.jad.2014.05.042
- Lopes, R., Gonçalves, M. M., Machado, P. P. P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, *24*, 662-674.
- Machado, P., & Fassnacht, D. (in press). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. doi: 10.1111/papt.12048
- Martin, D., Garske, J., & Davis, M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 438-450.
- Martins, C., & Machado, C. (2006). Observação da interação humana: Considerações metodológicas. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, *11*, 159-176.
- Oliveira, S. (2010). *Desenvolvimento da colaboração terapêutica: O estudo de um caso de sucesso seguido em terapia cognitivo-comportamental*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga.
- Pinto, D., Ribeiro, E., Sousa, I., Pinheiro, A., & Freitas, A. C. (submetido). The therapeutic collaboration in dropout cases of narrative therapy: An exploratory study. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*.
- Ribeiro, E. (2009). A aliança terapêutica reconsiderada: Colaboração terapêutica em zonas de mudança proximal. In E. Ribeiro (Coord.), *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica* (pp. 167-181). Braga: Psiquilíbrios Edições.

- Ribeiro, E., Ribeiro, A., Gonçalves, M., Horvath, A., & Stiles, W. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 294-314. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23, 394-418. doi: 10.1080/10503307.2013.775528
- Sharf, J., Primavera, L., & Diener, M. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 637-645. doi: 10.1037/a0021175
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 547-559. doi: 10.1037/a0028226
- Tryon, G., & Winograd, G. (2002). Goal consensus and collaboration. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 109-123). Oxford: University Press.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in society*. Cambridge: Harvard University Press.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195. doi: 10.1037/0735-7028.24.2.190

The quality of the therapeutic interaction is an important predictor of the therapy gains and critical in the clients' decisions to complete the therapy.

The aim of this study was to describe and compare the development of the therapeutic collaboration in two clinical cases, a completer and a dropout, both unsuccessful and followed in Narrative Therapy. The Therapeutic Collaboration Coding System was used, allowing the identification of collaborative, non-collaborative and ambivalent episodes by reference to the clients' Therapeutic Zone of Proximal Development (TZPD). The codification was independently made by two pairs of judges, and the differences were resolved through consensus and posterior auditing process.

The results show that in the dropout case the non-collaborative episodes were five times higher than in the completer. There was an increasing tendency from the part of the therapist to stimulate the clients' movement through their TZPD towards innovation in both cases. However, in the last sessions of the completer the client was able to collaborate with the therapist; in the dropout case occurred an increase of non-collaborative episodes between the dyad.

**Key words:** Therapeutic collaboration, Completer, Dropout, Unsuccessful.

