



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Catarina Isabel Galhardo Brandão da
Rocha Fernandes

**O desenvolvimento da colaboração
terapêutica num caso de sucesso seguido
em Terapia Centrada no Cliente**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Catarina Isabel Galhardo Brandão da
Rocha Fernandes

**O desenvolvimento da colaboração
terapêutica num caso de sucesso seguido
em Terapia Centrada no Cliente**

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

Trabalho realizado sob a orientação da
Professora Doutora Eugénia Maria Ribeiro Pereira

Outubro de 2012

Nome: Catarina Isabel Galhardo Brandão da Rocha Fernandes

Endereço Eletrónico: catarinagalh@hotmail.com

Número do Cartão de Cidadão: 13636689

Título da Dissertação: O desenvolvimento da colaboração terapêutica num caso de sucesso seguido em Terapia Centrada no Cliente

Orientador: Professora Doutora Eugénia Ribeiro

Ano de Conclusão: 2012

Área de Especialização do Mestrado: Psicologia Clínica

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

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação não seria possível sem a presença de algumas pessoas. Assim, não seria justo se não evocasse e agradecesse às mesmas. Gostaria de agradecer especialmente,

À Professora Eugénia Ribeiro pela orientação desta dissertação, por todo o trabalho de auditoria, por toda a disponibilidade dispensada ao longo de todo o ano, pelo espírito crítico com que sempre olhou para o meu trabalho permitindo enriquecer o mesmo, por toda a simpatia e motivação. Sem ela este trabalho não seria possível.

À Dulce por toda a ajuda que me deu sempre que eu precisei, pelo trabalho que dispensou comigo, pela vontade de trabalhar que a caracteriza e que me motivou para a realização deste trabalho.

À Beatriz pelo trabalho dispensado na codificação de 30% das minhas sessões e por toda a ajuda dispensada.

À Marta pela preciosa ajuda que me deu na revisão desta tese.

Aos colaboradores do grupo de investigação pelo espírito crítico que demonstraram face ao meu trabalho e pela ajuda que deram no enriquecimento do mesmo.

Aos meus pais por sempre estarem do meu lado em todas as decisões da minha vida, quer pessoais quer profissionais, que me permitem perseguir sempre os meus sonhos e ser a mulher que sou hoje. Sem eles nada disto seria possível.

Aos meus avós por serem um exemplo de coragem e de vida que estão e estarão sempre do meu lado.

Ao Duarte pela amizade e por ser um exemplo de persistência na perseguição dos nossos sonhos.

Ao Filipe pelo amor, pela amizade, por estar sempre ao meu lado e pela paciência quando eu não estava tão disponível.

A todos os meus amigos pela amizade, pela ajuda ao longo de toda a minha vida e principalmente aos que estiveram ao meu lado ao longo do meu percurso académico. De realçar a Irene e a Sónia que foram dois elementos muito importantes para a minha vida e para a realização do meu percurso académico.

Muito Obrigada a todos.

RESUMO

O desenvolvimento da colaboração terapêutica num caso de sucesso seguido em Terapia Centrada no Cliente

A colaboração terapêutica desenvolvida ao longo do processo terapêutico entre cliente e terapeuta, enquanto dimensão nuclear da aliança terapêutica, tem sido apontada como uma das principais contribuições para a mudança terapêutica. Tendo em consideração a importância da colaboração terapêutica, E. Ribeiro, A. P. Ribeiro, Gonçalves, Horvath e Stiles (2012) desenvolveram o *Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT)*, com o intuito de analisar a colaboração terapêutica a um nível microanalítico. O *SCCT* baseia-se num modelo desenvolvimental da colaboração terapêutica, em que as intervenções do terapeuta e as respostas do cliente são consideradas de acordo com uma Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDPT), definida como a distância entre o nível atual e o nível potencial do desenvolvimento do cliente, e na qual a mudança do cliente parece ocorrer.

O principal objetivo deste trabalho foi explorar os processos interativos subjacentes ao desenvolvimento da colaboração terapêutica num caso de sucesso seguido em Terapia Centrada no Cliente. A díade participante neste estudo de caso foi constituída por uma terapeuta treinada em Terapia Centrada no Cliente e uma cliente com depressão. O *SCCT* foi usado com o intuito de caracterizar os processos interativos subjacentes à colaboração terapêutica desenvolvida ao longo do processo terapêutico deste caso.

Os resultados indicam que ao longo do processo terapêutico, a díade trabalhou quase sempre dentro da ZDPT, i.e. grande parte do tempo terapeuta e cliente interagiram de forma colaborativa. Além disso, a terapeuta privilegiou as intervenções de suporte no problema da cliente, intervenções estas que a cliente tendia a validar, indicando uma experiência de segurança. Nos escassos momentos em que a cliente invalidou a intervenção do terapeuta, manifestando uma experiência de risco intolerável, a colaboração terapêutica foi restabelecida por um movimento de recuo da terapeuta com vista ao reencontro com a cliente dentro da ZDPT, iniciando a restauração da colaboração terapêutica. De salientar que as intervenções da terapeuta mais frequentes foram de suporte, permitindo elaborar a ideia de equilíbrio entre intervenções de suporte e de desafio para a mudança, um dos pressupostos centrais do modelo subjacente ao *SCCT*.

Nesta dissertação, os resultados são discutidos no contexto deste caso clínico e da literatura teórica e empírica, discutindo-se também as implicações do resultados para o desenvolvimento da relação entre colaboração e mudança em Terapia Centrada no Cliente.

Palavras-chave: Colaboração terapêutica, Terapia Centrada no Cliente, caso de sucesso, estudo de caso

ABSTRACT

The development of therapeutic collaboration in a good outcome case Client Centered Therapy

Therapeutic collaboration developed through the therapeutic process between client and therapist, while nuclear dimension of the therapeutic alliance, has been identified as one of the main contributions to therapeutic change. Given the importance of therapeutic collaboration, E. Ribeiro, A. P. Ribeiro, Gonçalves, Horvath and Stiles (2012) developed the *Therapeutic Collaboration Coding System (TCCS)*, in order to analyze the therapeutic collaboration at a microanalytic level. The *TCCS* is based on a developmental model of therapeutic collaboration, which considers the coordination of the therapist interventions and the clients' responses according to a Therapeutic Zone of Proximal Development (TZPD), defined by the distance between a actual level and the potential level of the client development, and where the client's change should to occur.

The main goal of this study was to explore the interactive processes underlying the development of a therapeutic collaborative in a good outcome case Client Centered Therapy. The dyad participant in this case study included a therapist trained in Client Centered Therapy and a depressive client.. The *TCCS* was used in order to characterize the interactive processes underlying the therapeutic collaboration developed throughout the therapeutic process in this case.

The results indicate that throughout the therapeutic process, the dyad worked mostly within the TZPD, i.e. most of the time therapist and client interacted in a collaborative mode. Furthermore, the therapist interventions were mostly focused on supporting the client's problem, usually the client validated these interventions, indicating a safety experience. In the few moments when the client invalidated the therapist's interventions, expressing an experience of intolerable risk, the therapist moved backward to a more safety zone of the client's TZPD, initiating the restoring of the therapeutic collaboration. Since the supporting problem was the most frequent therapist intervention, this result allows to elaborating the idea of balance between supporting and challenging therapist's interventions, one of the main assumptions of the model underlying the *TCCS*.

In this dissertation, the results are discussed in the context of this case study and theoretical and empirical literature, discussing also the implications of the results for the development of the relationship between collaboration and change in Client Centered Therapy.

Keywords: Therapeutic collaboration, Client Centered Therapy, good outcome case, case study

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	8
A. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	10
1. Colaboração terapêutica	10
2. Terapia Centrada no Cliente.....	13
B. ESTUDO EMPÍRICO.....	19
1. Método	19
1.1. Questões de investigação.....	19
1.2. Participantes	20
1.3. Instrumentos	21
1.4. Procedimento.....	24
C. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	27
D. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	38
E. LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS E ILUSTRAÇÕES CLÍNICAS

Figura 1: A ZDPT como um contínuo desenvolvimental.....	11
Figura 2: Grelha com o episódio atrator da 5ª sessão identificado.....	34
Quadro 1: Marcadores identificativos do tipo de intervenção do terapeuta e do tipo de resposta do cliente.....	22
Quadro 2: Episódios interativos possíveis e sua localização na ZDPT.....	24
Gráfico 1: Evolução da frequência de intervenções da terapeuta.....	28
Gráfico 2: Evolução da frequência de respostas da cliente.....	29
Gráfico 3: Evolução da frequência dos níveis de interação na ZDPT.....	30
Gráfico 4: Episódios subsequentes ao episódio “Desafio - Risco Intolerável”.....	35
Gráfico 5: Frequência de intervenções da terapeuta que antecedem respostas de inovação da cliente.....	36
Gráfico 6: Frequência de intervenções da terapeuta após respostas de inovação da cliente.....	37
Ilustração clínica 1: Terapeuta e cliente no nível da segurança, dentro da ZDPT.....	31
Ilustração clínica 2: Cliente à frente da terapeuta, dentro da ZDPT.....	31
Ilustração clínica 3: Terapeuta à frente da cliente, para além da ZDPT.....	32
Ilustração clínica 4: Terapeuta à frente da cliente, limite superior da ZDPT.....	33

INTRODUÇÃO

O objetivo deste trabalho consiste na explorar momento a momento da colaboração terapêutica na interação terapeuta - cliente. Deste modo, o objetivo do presente trabalho consiste em caracterizar a colaboração terapêutica, segundo o modelo de E. Ribeiro, A. P. Ribeiro, Gonçalves, Horvath e Stiles (2012), num caso de sucesso seguido em Terapia Centrada no Cliente.

A aliança terapêutica tem sido alvo de interesse na investigação da área da psicoterapia uma vez a força da aliança é o melhor resultado e preditor do sucesso terapêutico (Horvath & Bedi, 2002). Em geral, a aliança terapêutica é vista essencialmente como a qualidade da interação desenvolvida entre terapeuta e cliente ao longo do processo terapêutico. Quanto ao conceito de aliança terapêutica, existem diferentes definições no entanto, a dimensão colaborativa da relação entre terapeuta e cliente é transversal a todos os conceitos de aliança terapêutica. No entanto, esta dimensão colaborativa da aliança apresenta contornos diferentes consoante a abordagem terapêutica que atribui graus diferentes de responsabilidade ao terapeuta e ao cliente.

Tendo em consideração a importância da colaboração terapêutica para o sucesso terapêutico Ribeiro e colaboradores (2012) procuraram perceber como é que a colaboração em terapia se torna terapêutica. Neste sentido, Ribeiro e colaboradores (2012) desenvolveram o *Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT)* no sentido de analisar a colaboração terapêutica, momento a momento, ao longo da conversação terapêutica. Esta análise é realizada através da codificação das intervenções do terapeuta e das respostas do cliente que nos permitem o estabelecimento de episódios. Os episódios permitem perceber em que medida é que a colaboração terapêutica, enquanto microprocesso da aliança terapêutica, se vai formando e desenvolvendo ao longo do processo terapêutico e em que medida é que contribui para o sucesso, insucesso ou *dropout* do processo terapêutico.

O *SCCT* (Ribeiro et al., 2012) foi elaborado tendo em consideração a análise da colaboração terapêutica em dois casos de sucesso (um seguido em Terapia Narrativa e outro em Terapia Cognitivo - Comportamental), dois casos de insucesso (um seguido em Terapia Narrativa e outro em Terapia Cognitivo - Comportamental) e um caso de *dropout* (seguido em Terapia Narrativa). Neste sentido, importa analisar a colaboração terapêutica em casos seguidos em diferentes abordagens terapêuticas de forma a elaborar o *SCCT*.

A Terapia Centrada no Cliente tem como base a centralidade do cliente para o sucesso terapêutico sendo o cliente o responsável pela direção do processo terapêutico. Tendo em consideração

esta e outras especificidade da interação terapêutica na Terapia Centrada no Cliente, considera-se pertinente o objetivo do presente trabalho que consiste na caracterização da colaboração terapêutica, segundo o modelo de Ribeiro e colaboradores (2012), num caso de sucesso seguido em Terapia Centrada no Cliente.

A presente dissertação é constituída essencialmente por quatro partes. Na primeira parte será apresentado um enquadramento teórico sobre os dois temas essenciais do presente trabalho: a colaboração terapêutica e a Terapia Centrada no Cliente. Importa referir que ao longo da conceptualização teórica o autor de referência será Carl Rogers uma vez que foi ele quem iniciou o conceito da Terapia Centrada no Cliente continuando a ser uma forte referência para os autores e terapeutas contemporâneos. Deste modo, optamos por recolher informação sobre esta terapia no autor de referência.

Numa segunda parte será apresentado o método deste estudo sendo referidas as questões de investigação que orientaram o presente trabalho, a informação relativa aos participantes deste estudo, ao instrumento utilizado e ao procedimento. De seguida, serão apresentados e analisados os resultados encontrados. Após a apresentação dos resultados, será feita uma discussão acerca dos mesmos, serão apresentadas as contribuições deste estudo de caso para o *SCCT* bem como as implicações para a investigação e prática clínica. Por fim, serão apresentadas as principais limitações do presente estudo.

Esperamos que a presente dissertação contribua para o estudo da colaboração terapêutica e consequentemente para o estudo do processo terapêutico.

A. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Colaboração terapêutica

O conceito de aliança terapêutica tem sido entendido como a qualidade da interação da díade terapeuta - cliente na persecução de um objetivo comum ao longo de um percurso terapêutico (Horvath, 1994). Deste modo, a aliança terapêutica representa a qualidade e a força da relação de colaboração mantida ao longo da terapia entre o terapeuta e o cliente (Hatcher & Barends, 2006), cujo objetivo é a promoção de uma mudança favorável para o último (Tryon & Winograd, 2002).

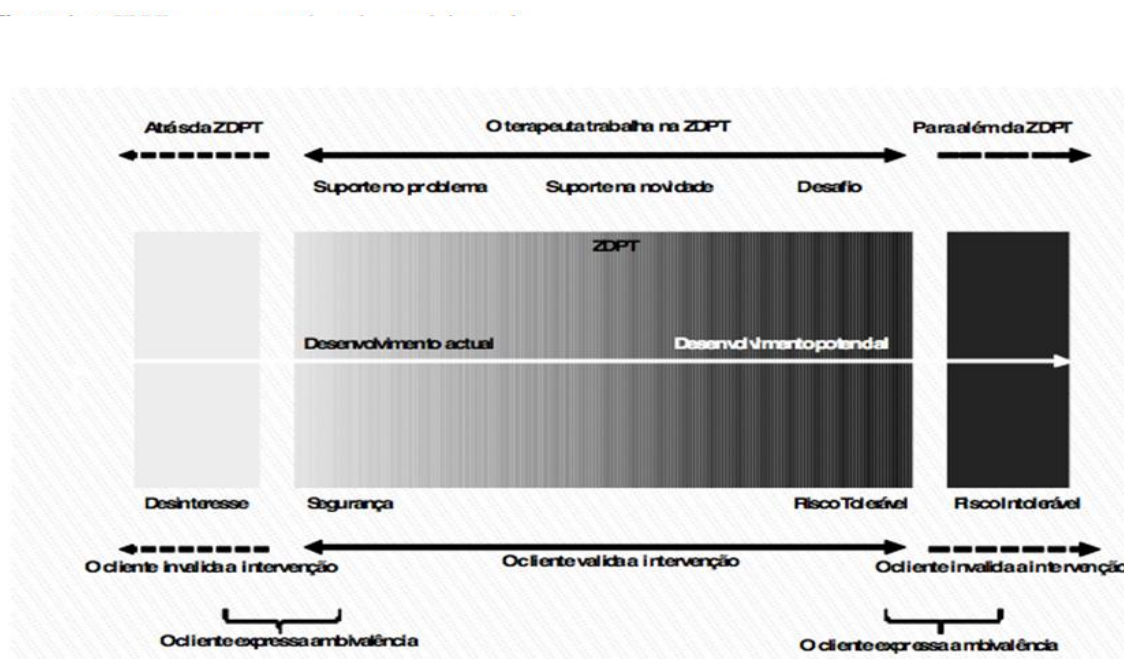
A primeira conceptualização transteórica da aliança terapêutica desenvolvida por Bordin (1979), sugere que a aliança terapêutica consiste numa entidade colaborativa composta por três componentes. A primeira componente diz respeito à qualidade do vínculo entre terapeuta e cliente e reflete a confiança, respeito e interesses mútuos; e as duas restantes são componentes mais orientadas para o trabalho terapêutico referindo-se em particular, ao acordo relativamente aos objetivos e às tarefas terapêuticas. De acordo com esta conceptualização é, pois, na sequência de uma colaboração favorável entre o terapeuta e o cliente que emerge a mudança deste último.

Tendo, então, em consideração a importância de uma colaboração favorável entre terapeuta e cliente, Horvath (2006) propôs o estudo da interação entre a díade terapêutica a um nível analítico, considerando que a colaboração pode ser em si um microprocesso de mudança, que se vai traduzindo na sua qualidade momento a momento. Ribeiro e colaboradores (2012) elaboraram um modelo bastante pertinente e inovador para o estudo da colaboração terapêutica, em cujo presente estudo se fundamenta. Os autores do modelo pressupõem a importância da coordenação das intervenções do terapeuta com as respostas do cliente no sentido da mudança, sendo que para promover a mudança no cliente, o terapeuta deverá desafiar o seu quadro de referência habitual e disfuncional (Ribeiro et al., 2012).

Assim, de acordo com este modelo, a mudança terapêutica possui um carácter desenvolvimental, no sentido em que o cliente passa de um quadro de compreensão da experiência mal-adaptativa, para uma alternativa mais funcional (Ribeiro et al., 2012). Tendo em conta esta perspetiva, os mecanismos de ação terapêutica comportam dois objetivos centrais: por um lado, o respeito no fornecimento de suporte ao cliente para que este se sinta seguro; e, por outro lado, o uso de estratégias que permitam a revisão e a desconstrução da perspetiva do cliente sobre o seu problema, incentivando, assim, a ocorrência de inovação.

Baseando-se no conceito de “Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica” (ZDPT) proposto por Leiman e Stiles (2001), que comporta a região entre o estado atual do cliente e o estado que o cliente poderá atingir em colaboração com o terapeuta, Ribeiro e colaboradores (2012) conceptualizaram a mudança em articulação com o conceito de colaboração terapêutica (Figura 1). Deste modo, para que a mudança ocorra ao longo do processo terapêutico, é necessário que o terapeuta utilize estratégias que ajudem o cliente a mover-se do nível atual para o potencial, atendendo a que num determinado momento é potencial num outro dado momento poderá vir a ser atual (Ribeiro et al., 2012).

Figura 1: A ZDPT como um contínuo desenvolvimental



Fonte: retirado e traduzido de Ribeiro et al. (2012), com autorização dos autores.

De acordo com Ribeiro e colaboradores (2012), as estratégias utilizadas pelo terapeuta, no sentido de o cliente se movimentar na zona de desenvolvimento, podem ser de suporte ou de desafio. Se o terapeuta utilizar estratégias de suporte, significa que se estará a posicionar mais próximo do nível de desenvolvimento atual do cliente; por outro lado, se o terapeuta utilizar estratégias de desafio, significa que se estará a posicionar à frente do nível em que percebe o cliente e mais próximo do seu nível de desenvolvimento potencial. No entanto, é a resposta do cliente que indica onde a díade se situa por referência à ZDPT. Esta indicará se o terapeuta trabalhou fora ou dentro da ZDPT.

Para que a resposta do cliente se situe dentro da ZDPT terá que dar uma resposta de segurança ou de risco tolerável face à intervenção do terapeuta. O cliente só conseguirá dar uma resposta de

segurança se o seu sistema de significação lhe permitir atribuir sentido às suas experiências, bem como perceber nas ações do terapeuta a validação do seu sistema de significação. Neste caso, a resposta do cliente tenderá a validar a intervenção do terapeuta.

Quanto à resposta de risco tolerável (inovação), os autores do *SCCT* falam em experiência de inovação quando ocorre uma co-reconstrução possível de significados (Ribeiro et al., 2012), baseando-se no conceito de momentos de inovação proposto por Gonçalves, Matos e Santos (2009) e no modelo da assimilação proposto por Stiles (2001). O conceito de momentos de inovação considera que situações em que as vozes não dominantes se expressam constituem exceções à auto-narrativa dominante (Gonçalves et al., 2009). Por sua vez, o modelo da assimilação pressupõe que a mudança positiva em psicoterapia constitui um processo de desenvolvimento em que os clientes passam de uma auto-narrativa mal adaptativa que é dominante (que consiste em formas de compreender e experimentar que são disfuncionais e excluem vozes internas) para uma auto-narrativa funcional, que incorpora as vozes problemáticas excluídas previamente.

Para uma maior clarificação do conceito de co-reconstrução possível de significados, importa explicitar o conceito de mentalização proposto por Fonagy, Bateman e Bateman (2011), que refere a existência de um conjunto de competências de um nível superior que tornam os indivíduos capazes de inferir e de pensar acerca dos seus próprios estados mentais, bem como dos estados mentais dos outros. Para que o cliente consiga chegar a este estado de mentalização, é necessária uma relação igualitária entre si e o terapeuta que lhe proporcione uma sensação de segurança. Por seu turno, para que o terapeuta consiga proporcionar ao cliente este estado de segurança, é necessário que esteja consciente do seu próprio processo de mentalização (Fonagy et al., 2011).

Deste modo, de acordo com o *SCCT* (Ribeiro et al., 2012), a experiência de inovação do cliente (risco tolerável) situa o cliente dentro da ZDPT e consiste na extensão ou reformulação que o cliente faz da sua própria experiência. Se este risco tolerável aparecer após uma intervenção de suporte por parte do terapeuta significa que o cliente acrescentou algo à sua perspetiva se, pelo contrário, o risco tolerável aparecer após uma intervenção de desafio, significa que o cliente responde ao mesmo nível da intervenção terapêutica.

Se a resposta do cliente invalida a intervenção do terapeuta, isso significa que o terapeuta está a trabalhar fora da ZDPT. Esta invalidação pode acontecer quando o terapeuta desafia demasiado, ou seja, se situa acima do limite da ZDPT (o que leva o cliente a experienciar risco intolerável para si próprio) ou quando o terapeuta se situa abaixo do limite da ZDPT (quando as suas intervenções são redundantes e resultam em desinteresse por parte do cliente). Em ambos os casos, a invalidação do cliente significará que este não está capaz de olhar para a sua experiência a partir da perspetiva

oferecida pelo terapeuta, sendo que o terapeuta não terá respeitado o seu nível de mudança (Ribeiro et al., 2012).

Se a resposta do cliente é ambivalente significa que o terapeuta trabalhou no limite da ZDPT, quer seja num nível de desenvolvimento anterior ao do cliente quer seja num nível de desenvolvimento posterior ao do cliente. Esta ambivalência poderá começar por uma resposta de aceitação da perspectiva proposta pelo terapeuta para a seguir retomar à sua perspectiva habitual ou vice-versa (Ribeiro et al., 2012).

Reportando para o *SCCT* (Ribeiro et al., 2012) central nesta dissertação, e tendo em conta os modelos supracitados, o progresso na terapia só é possível graças a um equilíbrio entre intervenções de suporte (tanto de suporte da problemática apresentada pelo cliente como de suporte da inovação emergente) e intervenções de desafio por parte do terapeuta. As estratégias terapêuticas utilizadas pelo terapeuta têm, então como principal objetivo ajudar o cliente a passar de um nível de desenvolvimento atual para um nível de desenvolvimento potencial, promovendo assim a sua mudança.

2. Terapia Centrada no Cliente

A Terapia Centrada no Cliente insere-se na corrente Humanista da Psicologia. O responsável por trazer para a psicoterapia uma perspectiva diferente do ser humano baseando-se na centralidade do cliente no processo terapêutico foi Carl Rogers (1951). O autor apresentou, ainda, uma abordagem não diretiva da relação terapêutica ao considerar que todo o ser humano possui um poder de escolha e uma certa liberdade, autonomia e autodeterminação.

Importa começar por referir que a Terapia Centrada no Cliente passou por diversos períodos, entre os quais se salientam três em particular (Hart, 1970). Num primeiro período (1940/50), esta era considerada uma terapia não diretiva em que o terapeuta não intervinha diretamente no processo terapêutico, estando centrado na criação de um ambiente de aceitação do cliente. Numa segunda fase (1950/57) a Terapia Centrada no Cliente, passou a ser considerada uma terapia mais reflexiva em que o terapeuta tinha uma participação mais ativa no processo, refletindo os sentimentos do cliente sem, no entanto, ameaçar a relação terapêutica. Por fim, num terceiro período, considerado o período da Psicoterapia Experiencial, o terapeuta continuava focalizado na experiência do cliente, mas expressava também a sua própria experiência. O conceito de *experiencing* foi, então, proposto por Gendlin (1964) referindo-se à importância dos sentimentos presentes para os nossos comportamentos. Segundo o autor, quanto maior a abertura à existência dos sentimentos, maior a tendência para predominarem comportamentos construtivos e adaptados ao ambiente, sendo que, na terapia, o terapeuta deverá

focalizar-se nos sentimentos que o cliente experiencia durante a mesma (sentimentos imediatos) e não naqueles que refere ter experienciado numa situação passada. Tal é suportado pela ideia de que para que seja possível a ocorrência de mudança terapêutica é necessário que haja contemplação da dimensão do significado sentido pelo cliente no imediato. Morato (1989) corroborou precisamente esta ideia proposta por Gendlin, ao mencionar que o cliente apenas consegue mudar quando se refere diretamente ao que está a sentir no momento.

Um dos pontos fulcrais da Terapia Centrada no Cliente realça o potencial inerente a todos os indivíduos, constituído por diversos recursos que permitem o seu desenvolvimento enquanto pessoa. Para além disso, considera que o ser humano é intrinsecamente motivado para um processo construtivo que o leva a progredir na direção da autonomia. É tendo subjacente esta direção que a terapia vai decorrendo (Santos, 2004).

Segundo Rogers (1974), todos os indivíduos têm uma natureza humana positiva, construtiva e social. Quando o indivíduo nasce não nasce pessoa, sendo que é com o passar do tempo que se vai construindo e tornando pessoa. Para que o indivíduo consiga tornar-se no que realmente é, é essencial que se aceite a si próprio e à sua própria experiência, pois só depois de se aceitar a si próprio conseguirá aceitar os outros.

Rogers (1974) acredita, ainda, na capacidade individual na resolução dos próprios problemas, isto é, na capacidade das pessoas para se transformarem e alcançarem o próprio crescimento pessoal, a que denominou de atualização do *self*. Este conceito vem realçar o papel positivo das capacidades humanas para a promoção do crescimento e desenvolvimento pessoal, sendo que todos os seres humanos possuem uma motivação intrínseca no sentido da evolução (Cruz, 2011).

A Terapia Centrada no Cliente suporta igualmente a ideia de que todos os seres humanos têm uma capacidade inata para crescer no sentido da sua própria atualização, que por sua vez se baseia em quatro proposições (Bozarth & Brodley, 1986, citados por Mearns & Thorne, 1999). A primeira diz respeito à natureza humana que é essencialmente construtiva e não destrutiva, e atribui aos ambientes destrutivos a responsabilidade pelos comportamentos e sentimentos destrutivos. Uma segunda ideia considera que a natureza humana é basicamente social e, deste modo, todos os seres humanos são, por natureza, protetores e cuidadores uns dos outros. Uma vez que a “auto-relação”, isto é, a capacidade dos indivíduos perceberem o seu estado interno, é uma necessidade básica humana, a terceira proposição refere que os terapeutas não deverão violar o sentido de autonomia e auto-respeito dos seus clientes. Já a última proposição diz respeito ao facto de todos os seres humanos serem basicamente motivados no sentido de encontrarem a verdade.

Contribuição do terapeuta e do cliente para a mudança em terapia

A Terapia Centrada no Cliente é uma terapia não diretiva em que o cliente tem o comando da terapia, no sentido em que possui uma capacidade individual na resolução dos seus próprios problemas, e detém a capacidade de se transformar e de alcançar o crescimento pessoal ou *self* (Rogers, 1974). Neste sentido, cabe ao terapeuta criar as condições necessárias para encorajar o cliente na direção da sua auto-atualização, de forma a enriquecer-se enquanto pessoa (Cruz, 2011). Com o objetivo deste contacto ser possível, o terapeuta deverá envolver-se na relação terapêutica, procurando perceber o mundo do ponto de vista interno do cliente. Deste modo, o grande objetivo da Terapia Centrada no Cliente consiste em ajudar o cliente a desconstruir a sua teoria pessoal sobre a experiência que foi construindo ao longo do tempo (Mearns & Thorne, 1999).

Quanto ao terapeuta, e tendo em conta que estamos perante uma terapia não diretiva, este tem como função fornecer ao cliente as condições necessárias para que este se reorganize no sentido do seu crescimento pessoal. O comportamento do terapeuta centrado no cliente baseia-se na técnica verbal de reflexão (Mearns & Thorne, 1999) que permite que o terapeuta demonstre ao cliente que compreende o que ele está a dizer. Esta ideia é defendida por Rogers que considera que "as melhores técnicas para entrevistar um cliente são as que o encorajam a expressar-se da forma mais livre possível, esforçando-se o terapeuta, de forma consciente, por abster-se de qualquer atividade ou resposta que dirija o decurso da entrevista ou o seu conteúdo" (Rogers, n.s., citado em Brodley, 1994, p. 39-40).

O terapeuta deve, pois, aceitar incondicionalmente o cliente, sem nunca o julgar nem sobre ele conceber nenhuma interpretação, mas sim esforçando-se para o compreender. Só assim será possível atingir o objetivo da terapia Rogeriana: ajudar os indivíduos a aproximarem-se do tipo de pessoas que idealizam ser. O terapeuta deverá, ainda, ajudar o cliente a passar do estado de incongruência e de rigidez em que se encontra para um estado congruente de liberdade, com vista à modificação da sua personalidade. Para que tal seja possível, é crucial que o terapeuta desenvolva com o cliente uma relação de igualdade e não uma relação de superioridade (Rogers, 1985).

No processo de modificação em psicoterapia existem um conjunto de condições (Rogers, 1985) que se resumem ao princípio de que o cliente se deverá sentir a si mesmo como plenamente aceite. A primeira condição diz respeito à congruência, que se refere à correspondência adequada entre a experiência e a consciência, sendo que, quando esta correspondência não é adequada, falamos de incongruência e pode ocorrer uma atitude de defesa ou mesmo de recusa da consciência. Esta é uma condição fundamental para que a relação terapêutica estabelecida seja adequada.

Uma segunda condição diz respeito a uma consideração positiva incondicional segundo a qual o terapeuta deverá demonstrar uma preocupação genuína pelo seu cliente, aceitando todos os seus sentimentos. Para que isto aconteça, é necessário que o terapeuta veja o seu cliente como uma pessoa independente, aceitando todas as suas experiências, sejam elas boas ou más, e permitindo-lhe que ele experiencie os seus próprios sentimentos e descubra o significado da sua experiência (Rogers, 1985). Esta consideração positiva incondicional vai fazer com que certas experiências, que antes eram uma ameaça para o cliente, possam ser exploradas e, conseqüentemente, integradas no conceito que o cliente tem de si próprio.

Outra condição essencial para a Terapia Centrada no Cliente diz respeito à empatia que dita que o terapeuta deverá experienciar o mundo do cliente como se fosse o seu próprio mundo, sendo sensível às suas experiências e permitindo-lhe que tome consciência de certos sentimentos que ainda não são claros para si. Esta característica da Terapia Centrada no Cliente diz respeito à ênfase na experiência subjetiva e pré-reflexiva como uma base para o conhecimento e para a mudança. Tendo em conta esta característica, o papel do terapeuta consiste em, a partir do ponto de vista que o cliente traz para a terapia, procurar a compreensão da consciência vivencial da sua própria experiência, bem como do mundo que o rodeia. Deste modo, o terapeuta deverá, pelo menos parcialmente, aceder ao quadro de referência interno do cliente, vendo o mundo através da perspectiva do cliente (Rogers, 1985).

Para que o terapeuta consiga expressar empatia para com o cliente, torna-se central que deixe de lado a sua própria maneira de experienciar e perceber a realidade, devendo sentir e responder às experiências e percepções do cliente, ou seja, envolver-se num processo empático de “calçar os sapatos da outra pessoa” (Cruz, 2011, p.28). Só assim será possível o terapeuta perceber o mundo interno do cliente.

Para além de o terapeuta dever ser empático com o cliente, e no sentido de obter bons resultados ao longo do processo terapêutico, deverá, ainda, disponibilizar-lhe um ambiente seguro, que promova a sua aceitação de si próprio, autonomia e auto-atualização (Rogers, 1985). Com o intuito de transmitir esse sentimento empático para com o cliente, o terapeuta centrado no cliente deverá utilizar estratégias muito centradas em reflexão dos sentimentos ou significados do cliente, no sentido de o auxiliar em direção a uma auto-exploração e a uma experiência interior mais profunda. Para isso, o terapeuta deverá trabalhar a partir do quadro interno de referência do cliente (Gazzola & Stalikas, 1997).

As condições supracitadas vão contribuir para o processo de mudança, da auto-perceção do cliente, que se vai modificando no sentido de um “eu” mais valorizado. Esta alteração na auto-

percepção do cliente deverá persistir mesmo após o término da terapia para que a mesma seja considerada de sucesso (Butler & Haigh, 1954).

Tal como já foi referido a Terapia Centrada no Cliente atribui uma grande importância à experiência do ser humano, levando o indivíduo a responsabilizar-se pela sua própria vida, confiando nos seus recursos internos. Assim, uma altura-chave surge quando o cliente, pela primeira vez, reconhece o seu ponto de referência interno, ou seja, quando sentimentos, que antes estavam bloqueados, são expressos com toda a sua clareza. O “eu” como objeto desaparece, então emergindo uma experiência subjetivamente vivida como um processo real (Rogers, 1985).

Em suma, a Terapia Centrada no Cliente, apesar de considerar que o terapeuta é intencional nas suas ações terapêuticas, considera que é o cliente o responsável por comandar o rumo da terapia. Assim, o terapeuta tem o papel de facilitar o cliente no aprofundamento da sua experiência e da sua aceitação, de modo a que este consiga diferenciar a sua perspetiva habitual sobre a sua própria experiência e ir definindo, de um modo congruente consigo próprio, objetivos de crescimento pessoal.

De acordo com os princípios desenvolvimentais de mudança inerentes ao modelo da colaboração que assumimos nesta dissertação, o papel do terapeuta consiste em facilitar a mudança do cliente de um nível de desenvolvimento atual para um nível de desenvolvimento potencial, reconhecendo em cada momento a sua ZDPT, e interagindo com o cliente em consonância com essa experiência terapêutica. O que num dado momento pode ser risco num outro pode ser segurança. Dai a importância de analisar momento a momento. No entanto, embora os autores do SCCT (Ribeiro et al., 2012) considerem que a interação terapêutica dentro da ZDPT é em geral confortável para o cliente, levando-o a validar as intervenções terapêuticas, esta experiência evolui de um nível de segurança até um nível de risco tolerável.

Relativamente ao papel da relação terapêutica para a mudança do cliente, a teoria Rogeriana (Rogers, 1974) realça a importância da qualidade da relação entre terapeuta e cliente para os resultados terapêuticos. O relacionamento terapêutico é *per se* curativo e o principal objetivo consiste em permitir que o cliente tome conhecimento de si próprio e se aceite como é, incluindo as suas imperfeições. Isso possibilitará verificar uma discrepância entre o *self* atual e o *self* ideal por parte do cliente, que por seu turno o ajudará a sentir-se mais recetivo à exploração de novas oportunidades (Cruz, 2011).

Reportando à ZDPT, a relação terapêutica vai ajudar a que o cliente perceba que se situa na zona de desenvolvimento atual sendo, no entanto, possível que, com a ajuda do terapeuta, veja outras

possibilidades que lhe permitam avançar para a sua zona de desenvolvimento potencial, mais funcional para si.

A colaboração terapêutica apresenta-se, assim, como um elemento chave para o sucesso da Terapia Centrada no Cliente. Posto isto, tendo como referência o *SCCT* desenvolvido por Ribeiro e colaboradores (2012), a presente dissertação tem como principal objetivo compreender o desenvolvimento da colaboração terapêutica entre a terapeuta e a cliente ao longo do processo de um caso de sucesso seguido em Terapia Centrada no Cliente.

B. ESTUDO EMPÍRICO

1. Método

A presente dissertação diz respeito a um estudo de caso, metodologia que permite a investigação do indivíduo como uma unidade de interesse e de análise (Eells, 2007), e permite a compreensão aprofundada de um caso em particular (Stiles, 2009).

Importa salientar que foram conjugadas quer análises qualitativas quer análises quantitativas, de acordo com uma abordagem de estudo mista.

1.1. Questões de investigação

Tendo em consideração a conceção de colaboração terapêutica adotada na presente dissertação (Ribeiro et al., 2012), consideramos a seguinte questão de investigação:

- 1) Como é que a colaboração terapêutica se desenvolve num caso de sucesso seguido em Terapia Centrada no Cliente?

No entanto, após a análise dos resultados correspondentes à questão supracitada, derivaram ainda as seguintes questões:

- 2) Quando ocorre um episódio de “Desafio – Risco Intolerável” de que forma é que a colaboração terapêutica é restabelecida?
- 3) Qual a intervenção terapêutica que antecede inovação por parte da cliente?
- 4) Qual a intervenção terapêutica que sucede inovação por parte da cliente?

1.2. Participantes

1.2.1 A cliente

Maria¹ faz parte do *York I Depression Study* (Greenberg & Watson, 1998), um projeto designado para avaliar tratamentos de Depressão *Major* comparando 17 casos de Terapia Focada nas Emoções e 17 casos de Terapia Centrada no Cliente. Convém referir que, devido a este facto, os dados de que dispomos relativamente a este caso em particular são algo escassos e encontram-se limitados aos dados recolhidos no âmbito do projeto anteriormente mencionado.

Referindo-nos ao caso selecionado, este foi definido como de sucesso atendendo à melhoria demonstrada pela cliente no final da terapia, conforme avaliada pelo *Beck Depression Inventory* (BDI). Note-se que o BDI consiste num instrumento de autoavaliação de sintomas de depressão composto por 21 itens (Beck, Steer, & Garbin, 1988) e foi administrado à cliente antes e após o término da terapia.

No momento de procura de ajuda, Maria era casada, tinha 38 anos de idade, três filhos, e apresentava um estado depressivo significativo desde há duas. O marido da Maria passava muito tempo fora de casa por motivos profissionais, o que fazia com que esta se sentisse extremamente responsável por tudo o que a rodeava. Sentia-se bastante vulnerável manifestando falta de controlo essencialmente com os filhos. Temia ficar igual ao pai, que na sua infância perdia o controlo e lhe batia com frequência.

1.2.2 A terapeuta e a terapia

A terapeuta que foi responsável pelo caso é do sexo feminino e no momento do seu acompanhamento era estudante da pós-graduação em psicologia clínica e havia já completado um período de estágio. Tinha igualmente frequentado um curso específico em Terapia Centrada no Cliente.

A terapia utilizada no presente estudo foi seguida de acordo com o manual de Greenberg, Rice, e Watson (1994), que se baseia nas três atitudes relacionais fundamentais já explicitadas: congruência, consideração positiva incondicional e empatia.

¹Maria é o nome fictício atribuído à cliente.

A terapia decorreu ao longo de 16 sessões, sendo que para a presente dissertação não possuímos a sessão 6 uma vez que a transcrição da mesma não está incluída na base de dados de onde foi retirado este caso.

1.2.3 Juízes e auditora

A investigadora responsável pela análise e codificação integral do caso (juíza A) tem 23 anos e encontra-se neste momento a frequentar o 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia da Universidade do Minho.

A segunda juíza (juíza B) tem igualmente 23 anos e foi responsável pela codificação de 30% das sessões do caso. Tal como a juíza A, encontra-se a frequentar o 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia na mesma Universidade.

Ambas receberam treino no *SCCT* (Ribeiro et al., 2012) sob a supervisão da orientadora desta dissertação e coautora do *SCCT* (Ribeiro et al., 2012), que acumulou ainda a função de auditora das versões de consenso das codificações realizadas. A Professora Eugénia Ribeiro possui cerca de 20 anos de experiência em psicoterapia, tem formação na área da aliança terapêutica e do processo de mudança em psicoterapia, e os seus interesses de investigação focalizam-se no mesmo âmbito.

Aquando da codificação das sessões, as juízas apenas conheciam o objetivo geral do estudo uma vez que os objetivos específicos foram sendo definidos à medida que os resultados iniciais do caso foram sendo discutidos.

1.3 Instrumentos

O instrumento utilizado na presente dissertação para analisar a colaboração terapêutica consiste num sistema de observação da colaboração terapêutica, o *Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica – SCCT* (Ribeiro et al., 2012). Este sistema permite a microanálise da colaboração terapêutica, considerando quer as intervenções do terapeuta quer as respostas do cliente. Esta análise consiste na apreciação de pares de falas adjacentes do terapeuta e do cliente tendo em conta os pares de falas imediatamente anteriores e consequentes. Este sistema possibilita, ainda, a identificação de momentos de colaboração e de não colaboração tendo em conta a intervenção do terapeuta e a resposta do cliente.

Face às respostas do cliente, o terapeuta tem duas intervenções possíveis: pode suportar o que o cliente trouxe para a terapia, seja problema ou inovação, ou então pode desafiá-lo, numa tentativa de o mover da sua zona de desenvolvimento atual para a sua zona de desenvolvimento potencial. Por outro lado, para cada intervenção do terapeuta, o cliente pode responder de três formas distintas: validando a intervenção do terapeuta, invalidando a intervenção do terapeuta ou então respondendo-lhe de forma ambivalente(Quadro 1).

Quadro 1: Marcadores identificativos do tipo de intervenção do terapeuta e do tipo de resposta do cliente

MARCADORES DE INTERVENÇÃO DO TERAPEUTA	
SUPORTE (problema ou inovação)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Reflexão ✓ Confirmação ✓ Sumarização ✓ Demonstração de interesse ou atenção ✓ Questionamento aberto ✓ Encorajamento mínimo ✓ Especificação de informação
DESAFIO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Interpretação ✓ Confronto ✓ Convite a adotar uma nova perspetiva ✓ Convite a pôr em prática uma nova ação ✓ Convite a imaginar cenários hipotéticos ✓ Convite a mudar o nível de análise da experiência ✓ Ênfase na novidade ✓ Desafio das crenças ✓ Procura de evidências de mudança
MARCADORES DE RESPOSTA DO CLIENTE	
VALIDAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Confirmação ✓ Fornecimento de informação ✓ Elaboração ✓ Reformulação da sua perspetiva ✓ Clarificação

<p style="text-align: center;">INVALIDAÇÃO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expressão de confusão ✓ Focalização ou persistência na perspectiva habitual ✓ Defesa da perspectiva habitual e/ou desacordo com a intervenção do terapeuta ✓ Negação do progresso ✓ Auto-criticismo e/ou desesperança ✓ Ausência de envolvimento na resposta ✓ Mudança de tópico ✓ Desconexão de tópico ou foco ✓ <i>Storytelling</i> e/ou foco na reação dos outros ✓ Resposta sarcástica
<p style="text-align: center;">AMBIVALÊNCIA</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Com movimento para o risco tolerável ✓ Com movimento para a segurança

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

O cruzamento das várias interações possíveis entre terapeuta e cliente resulta em 18 episódios possíveis (Quadro 2) que podem ser agrupados em nove níveis diferentes de acordo com a ZDPT. Estes episódios são dependentes da intervenção do terapeuta e da consequente resposta do cliente. Esta sequência de intervenção do terapeuta e resposta do cliente vai situar a colaboração terapêutica na ZDPT podendo situar-se atrás da ZDPT, no limite inferior da ZDPT, dentro da ZDPT, no limite superior da ZDPT ou à frente da ZDPT.

Quadro 2: Episódios interativos possíveis e sua localização na ZDPT

		Resposta do cliente					
		Desinteresse	Ambivalência – com movimento para o risco tolerável	Segurança	Risco tolerável	Ambivalência – com movimento para a segurança	Risco intolerável
Intervenção do terapeuta	Suporte no problema	Atrás da ZDPT	No limite inferior da ZDPT	Dentro da ZDPT	Dentro da ZDPT	No limite superior da ZDPT	Para além da ZDPT
	Suporte na inovação	Atrás da ZDPT	No limite inferior da ZDPT	Dentro da ZDPT	Dentro da ZDPT	No limite superior da ZDPT	Para além da ZDPT
	Desafio	Atrás da ZDPT	No limite inferior da ZDPT	Dentro da ZDPT	Dentro da ZDPT	No limite superior da ZDPT	Para além da ZDPT

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

Legenda:

- Cliente à frente do terapeuta
- Terapeuta à frente do cliente
- Cliente e terapeuta no mesmo nível

1.4 Procedimento

A juíza A e a juíza B foram previamente treinadas no *SCCT* (Ribeiro et al., 2012) mediante a codificação de sessões de treino e da sua discussão em reuniões agendadas para o efeito, ao longo de cerca de cinco meses. Após a fase de treino, foi selecionado o caso que, de entre os disponíveis na base de dados já referida, apresentava indicadores de sucesso clínico mais evidentes. Essa seleção foi feita pela orientadora da presente dissertação, sem o conhecimento das juízas responsáveis pela sua

codificação, que, no decorrer da mesma, desconheciam o seu estatuto e apenas sabiam a terapia segundo a qual o caso tinha sido acompanhado.

Antes da codificação do caso, as duas juízas leram as sessões iniciais do caso com vista a chegarem a um consenso relativamente ao problema apresentado pela cliente e àquilo que, segundo o *SCCT*, poderia ser considerado inovação. Tal permitiu a existência de uma igualdade de critérios ao longo do processo de codificação. Foi estabelecido que o ponto fulcral do problema apresentado pela cliente seria a incerteza em todos os pontos da sua vida e, por outro lado, a dificuldade em expressar as suas próprias emoções. Assim, sempre que a cliente demonstrava certeza naquilo que dizia e nas ações que tomava ou quando conseguia expressar as suas emoções, foi estabelecido que esta informação seria cotada como inovação.

Uma vez que as transcrições das sessões já estavam realizadas, foi iniciada a codificação das sessões. As duas juízas realizaram em conjunto a codificação da primeira sessão sendo que, após auditoria, a codificação foi discutida em conjunto com a auditora chegando-se a um consenso. As restantes sessões foram codificadas individualmente por cada uma das juízas sendo que, a juíza A codificou a totalidade das sessões e a juíza B apenas 30%. As sessões que foram codificadas por ambas as juízas foram ainda revistas pela auditora.

Após a codificação de 30% das sessões obteve-se um acordo interjuízes relativamente às intervenções do terapeuta com um *Kappa de Cohen* de 0.40 e uma percentagem de acordo de 87%. Relativamente às respostas da cliente o *Kappa de Cohen* foi de 0.13 e a percentagem de acordo de 88%. O *Kappa de Cohen* foi calculado através da 19ª versão do *software* estatístico *SPSS (Statistical Program for Social Sciences – Version 19.0)*. Apesar do *Kappa* ser baixo consideramos que o *Kappa de Cohen* não foi o melhor preditor do acordo interjuízes uma vez que, neste caso, depende da prevalência de intervenções da terapeuta ou resposta da cliente. Grande prevalência resulta num alto nível de concordância esperada pelo acaso o que leva a um valor de *Kappa* mais baixo (Fonseca, P. Silva, & R.Silva, 2007). Isto é o que acontece neste caso uma vez que, no acordo relativo às intervenções da terapeuta, temos uma predominância de intervenções de suporte no problema e no acordo relativo às respostas da cliente temos uma predominância de respostas de segurança. Apesar do valor do *Kappa* ser reduzido a percentagem de acordo foi elevada e para além disso aquando das reuniões de consenso para discussão dos desacordos, a auditora considerou que as juízas tinham bastante sintonia no modo como experienciavam o caso e analisavam as intervenções.

À medida que o caso foi sendo codificado deparamo-nos com uma grande quantidade de intervenções da terapeuta cotadas com o marcador reflexão no entanto, considerámos que algumas reflexões iam para além da informação fornecida pela cliente e outras permaneciam no mesmo nível da cliente. Tendo em consideração a escala da empatia proposta por Truax e Carkhuff (2007), que refere a existência de uma reflexão mais aprofundada que vai para além da informação fornecida pelo cliente, foi pensada a possibilidade de incluir um novo marcador no sistema diferenciando a reflexão contida no *SCCT* (Ribeiro et al., 2012) de uma reflexão mais aprofundada. No entanto, verificamos que o conceito de reflexão aprofundada presente na escala da empatia estava relacionado com o conceito de interpretação presente no *SCCT* (Ribeiro et al., 2012) deste modo, não incluímos nenhum marcador inovador para o *SCCT* (Ribeiro et al., 2012), e cotamos as reflexões mais aprofundadas com o marcador interpretação.

C. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A apresentação e análise dos resultados obtidos na presente dissertação consistirá na caracterização da colaboração terapêutica ao longo do processo terapêutico, neste caso específico, seguido em Terapia Centrada no Cliente.

Os dados foram analisados segundo um processo evolutivo, a partir de uma questão de investigação central, tendo depois surgido novas questões com base na análise dos resultados então obtidos. Deste modo, a organização de apresentação dos resultados terá como objetivo responder às questões de investigação que foram sendo colocadas ao longo do processo de análise dos dados.

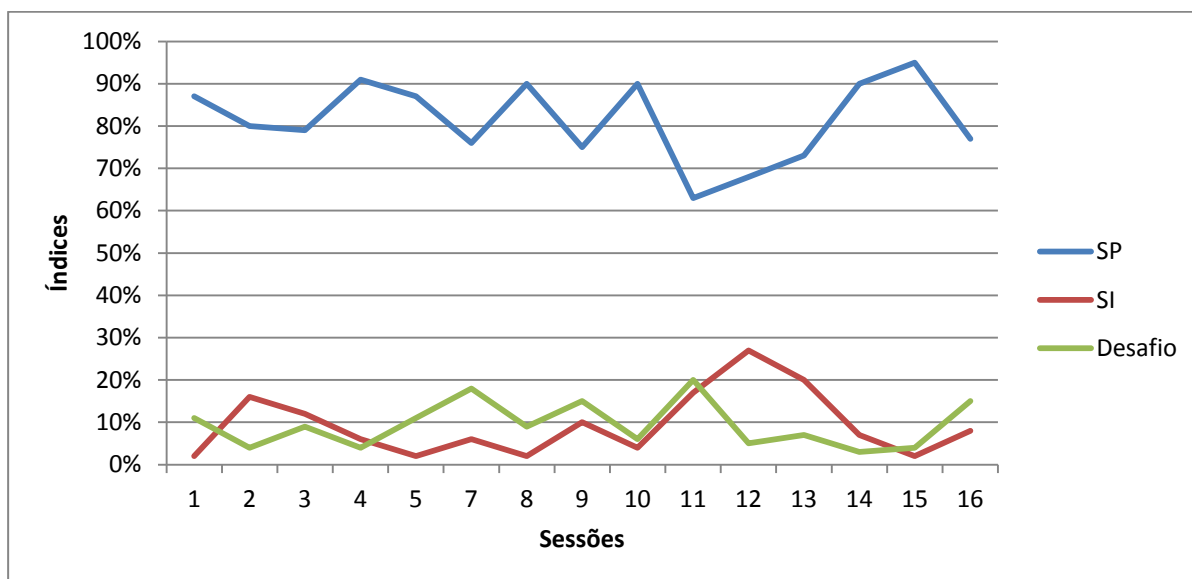
1. Evolução da colaboração terapêutica ao longo do processo

Tendo em conta o objetivo principal da presente dissertação, procurou-se perceber de que modo é que a colaboração terapêutica evolui ao longo de um caso clínico de sucesso seguido em Terapia Centrada no Cliente. Para isso, tentamos perceber qual o tipo de intervenção da terapeuta e de resposta da cliente mais frequentes neste caso em particular, bem como quais os níveis de interação entre ambas mais frequentes por referência à ZDPT.

1.1 Frequência de intervenções da terapeuta

Neste ponto do trabalho procuramos perceber qual o tipo de intervenção da terapeuta mais frequente ao longo do processo terapêutico, de entre os três tipos de intervenções possíveis: Suporte no Problema (SP), Suporte na Inovação (SI) e Desafio (Gráfico 1).

Gráfico 1: Evolução da frequência de intervenções da terapeuta



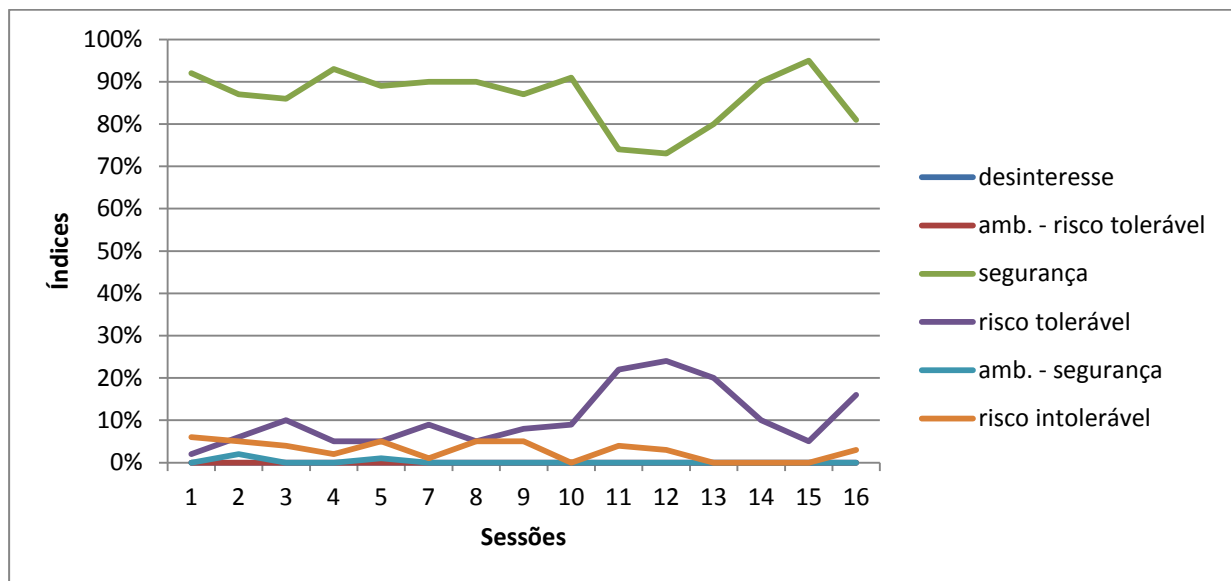
Ao longo de todo o caso, a intervenção terapêutica dominante foi o suporte no problema, que variou entre 63% na sessão 11 e 95% na sessão 15. Comparativamente, as intervenções de suporte na inovação variaram entre 2% (nas sessões 1, 5, 8 e 15) e 27% na sessão 12. Quanto ao desafio, este variou entre 3% na sessão 14 e 20% na sessão 11.

Ao nível das intervenções de suporte, tanto do problema como da inovação, importa referir que o marcador predominante foi o de reflexão. A reflexão foi utilizada pela terapeuta essencialmente quando a cliente começava com definições do problema mal elaboradas o que levava a terapeuta a devolver à cliente o conteúdo mencionado pela mesma, de uma forma empática, convertendo a descrição num problema bem definido e mais funcional. Esta reflexão por parte da terapeuta permitiu que a cliente se sentisse, em primeiro lugar, ouvida, mas também que sentisse que era agente da sua própria mudança. Quanto às intervenções de desafio, o marcador predominante foi a interpretação.

1.2 Frequência de respostas da cliente

No mesmo sentido da análise realizada no tópico anterior foi analisada a frequência de respostas da cliente ao longo do processo terapêutico (Gráfico 2). Estas respostas podiam ser desinteresse, ambivalência – com movimento para o risco tolerável (amb.-risco tolerável), segurança, risco tolerável, ambivalência – com movimento para a segurança (amb.-segurança) ou risco intolerável.

Gráfico 2: Evolução da frequência de respostas da cliente



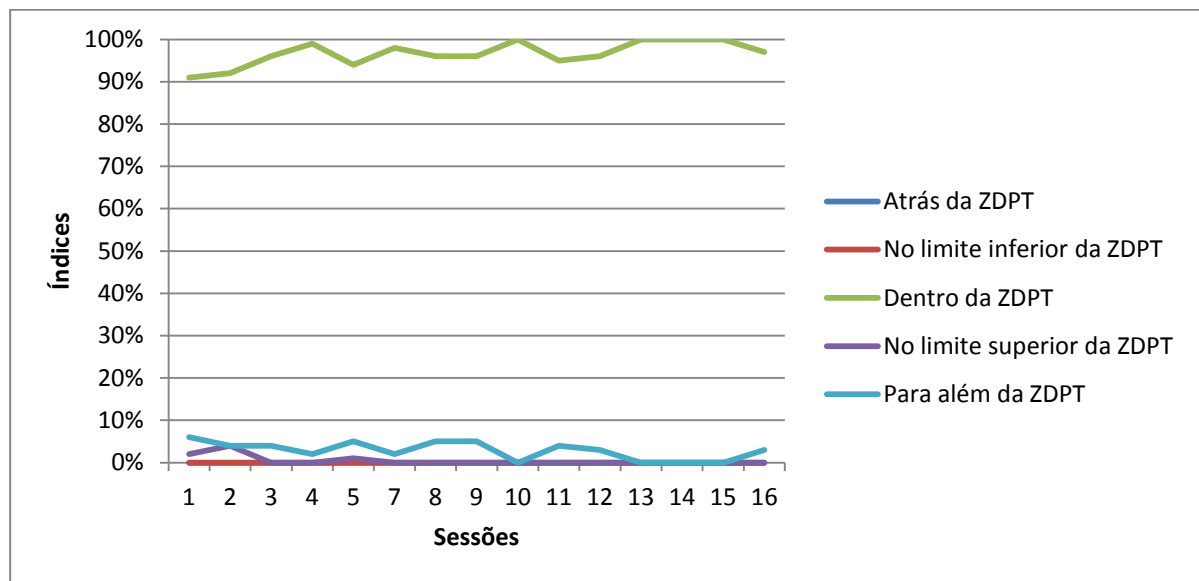
As respostas da cliente foram maioritariamente de segurança, variando entre 73% na sessão 12 e 95% na sessão 15. Ao longo de todo o caso não ocorreram respostas de desinteresse nem de ambivalência com movimento para o risco tolerável. A resposta de ambivalência com movimento para a segurança ocorreu apenas nas sessões 2 (2%) e 5 (1%). Por sua vez, as respostas de risco tolerável variaram entre 2% na sessão 1 e 24% na sessão 12.

No conjunto das respostas de segurança fornecidas pela cliente, o marcador mais frequente foi o de fornece informação, marcador utilizado quando a cliente providencia informação de acordo com o pedido da terapeuta. Importa, ainda, referir a baixa percentagem de invalidações por parte da cliente face às intervenções da terapeuta.

1.3 Frequência dos níveis de interação por referência à ZDPT

Mediante a utilização do *SCCT* (Ribeiro et al., 2012) foi possível analisar o desenvolvimento da colaboração terapêutica no caso em análise, bem como identificar os níveis de interação por referência à ZDPT (rever Quadro 2).

Gráfico 3: Evolução da frequência dos níveis de interação na ZDPT



Através da análise de frequências dos tipos de episódios interativos encontrados em cada sessão, foi possível verificar uma predominância de interações terapêuticas dentro da ZDPT, variando entre 91% na sessão 1 e 100% nas sessões 10, 13, 14 e 15. Para melhor se perceber este nível de interação, serão apresentadas duas ilustrações clínicas, uma em que terapeuta (T) e cliente (Cl) se encontram no mesmo nível e outra em que o cliente se encontra à frente do terapeuta.²

A ilustração clínica 1 ilustra a interação mais frequente ao longo de todo o caso ("Suporte no problema – Segurança"), com a terapeuta e a cliente a trabalharem no mesmo nível da ZDPT, próximos da zona de segurança desta última. Nesta sequência específica a cliente referiu que gostava de ajudar os outros a deixarem de ser deprimidos tal como ela é. A terapeuta suportou o problema apresentado pela cliente, devolvendo-lhe a informação com vista a certificar-se da mesma. A cliente validou a reflexão apresentada pela terapeuta, confirmando-a.

²O caso foi originalmente transcrito em Inglês, pelo que se optou por manter as transcrições originais com vista a prevenir a eventual distorção do conteúdo das mesmas.

Ilustração clínica 1: Terapeuta e cliente no nível da segurança, dentro da ZDPT

Cl: *okay, I can - - - I can get help - - from somebody or find out a way to stop being !depressed the way I am. I would - I phoned to see if I could be part of it, so...*

Terapeuta **suportou o problema** que a cliente apresentou

T: *so you've been feeling depressed? most of the time*

Cliente respondeu à questão **fornecendo informação**

Cl: *oh yes, yeah although this past week has been really (laughs) for some reason really bad the past weeks.*

A segunda ilustração diz respeito a uma interação dentro da ZDPT em que a cliente se encontrou à frente do terapeuta (“Suporte no Problema – Risco Tolerável”). Nesta sequência, a cliente vinha a referir os problemas conjugais principalmente derivados do facto do marido passar muito tempo fora de casa por motivos profissionais. A cliente referiu o quanto tem sido difícil para ela lidar com isso e a terapeuta suportou o problema apresentado pela cliente referindo que, de facto, tem sido muito doloroso para a cliente lidar com este problema. A cliente validou a reflexão apresentada pela terapeuta mas acrescentou algo novo, que foi cotado como inovação, uma vez que referiu que procurou ajuda porque não queria continuar a ter este problema na sua vida. O facto de a cliente ter demonstrado certeza por não querer continuar nesta situação é uma exceção ao problema e por isso foi considerado inovação.

Ilustração clínica 2: Cliente à frente da terapeuta, dentro da ZDPT

Cl: *yeah, yes, so it's defeating, it's a kind of circle you know*

Terapeuta **suportou o problema** apresentado pela cliente

T: *if it's there you feel bad, if it comes out you feel bad and trying to keep it! down is hard. So you're really, you're really stuck. you're really as you say going in circles but, but really hurting and it's very painful.*

Cliente validou a reflexão da terapeuta **elaborando**

Cl: *(sniffle) (clear throat) so - it seems to be well that's the reason why I'm here. - so I thought I would try something - to talk to somebody because I don't want it to be such a big part of my life I mean I know people you're gonna have ups and downs but this seems to climb out of this, before I, I want to get out of it.*

Um outro episódio presente neste caso, embora com uma frequência muito inferior ao citado anteriormente, situou o processo terapêutico para além da ZDPT. A ilustração clínica 3 advém de uma sequência em que a cliente referiu que não chora em frente aos filhos e que quando quer chorar vai para o quarto e morde o travesseiro para ninguém a ouvir. A terapeuta abordou a cliente interpretando que, então, para não chorar em frente aos filhos, necessitava de muito trabalho da sua parte. A cliente invalidou, afirmando que não faz isso o tempo todo, o que leva à interpretação da terapeuta que, assim, o que a cliente quer dizer é que gostava de não esconder o choro pelo menos não tantas vezes. A cliente mais uma vez invalidou esta interpretação uma vez que não respondeu à terapeuta mas, em vez disso, mudou de tópico afirmando que não sabe porque tem tanta facilidade em chorar.

Ilustração clínica 3: Terapeuta à frente da cliente, para além da ZDPT

Cl: *yeah, no, it doesn't happen !all the time but it happens more then I like it to in the past little while. (sniffle)*

Terapeuta **desafiou** fazendo uma interpretação diferente da perspetiva da cliente

T: *You'd like it kind of more to be able to come out? a little more, is that what you're saying?*

Cliente demonstrou risco intolerável ao **invalidar** mudando de tópico

Cl: *I don't know why I'm so easily in tears (laugh) like - I had a good cry, oh geese, about a month ago. I went up in the bathroom and had a good cry while my youngest was down watching T.V. and ah she came up and she was really upset that I was crying and - ah it was cute though she went and got a band aid for me (laughing).*

O episódio que ao longo deste caso surgiu com menor frequência situou o processo terapêutico no limite superior da ZDPT (ilustração clínica 4). Na interação escolhida para representar este tipo de episódio, a terapeuta suportou o facto de a cliente dizer que muitas vezes se questionava sobre o porquê de não estar feliz visto que tem uma família, tem um marido e filhos e muitas outras pessoas estão bem piores do que ela. Esta afirmação da cliente foi cotada como uma inovação, uma vez que o estado depressivo apresentado pela cliente levava-a a não se sentir bem com a sua vida sentindo-se infeliz. O facto de a cliente refletir e perceber que o problema dela não é assim tão grave quando comparado com outros problemas é uma exceção ao estado habitual da cliente, e deste modo inovação. A cliente, embora tenha começado por validar a intervenção da terapeuta, acabou por dizer que é

horrível sentir como se sente, ou seja, acabou por retomar ao problema que é não se sentir bem com a vida que tem, sentindo-se, pelo contrário, bastante insegura (problema central da cliente).

Ilustração clínica 4: Terapeuta à frente da cliente, limite superior da ZDPT

Cl: *yeah. like as if, it's as if, why (sniffle) why am I not, um - happier. I don't know. (laughs)*

Terapeuta **suportou** a cliente após uma inovação por parte da mesma

T: *why aren't I happy that I have a home and three children and a husband?" sounds almost like you're saying: what's the matter with me? what's wrong with me?*

Cliente respondeu com **ambivalência** com movimento para a segurança

Cl: *yes. yes, I don't want more, do more, do "what more do I need?" um "am I grateful?" it's funny because you start to feel - that you should be grateful but you, you really can't feel grateful? isn't that awful? that's horrible. it's an awful feeling. you know?*

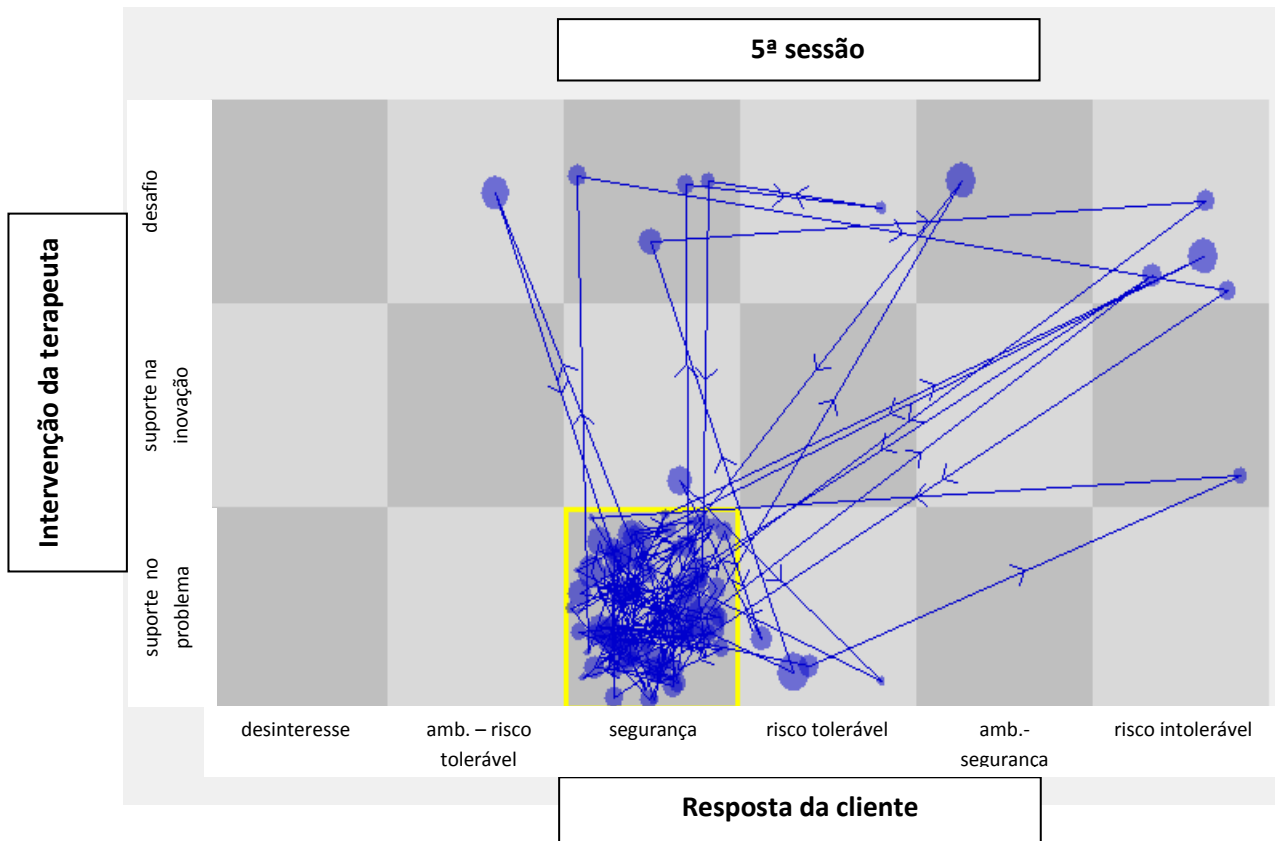
1.4 Duração dos episódios interativos possíveis por referência à ZDPT

Após a análise da colaboração terapêutica ao longo do caso clínico da Maria interessou-nos perceber de que modo é que esta colaboração evoluiu, a um nível mais micro do que as análises anteriores. Neste sentido, tornou-se pertinente perceber em que tipo de episódios se concentrava a interação da díade ao longo do processo terapêutico. Procurando responder a estas questões utilizamos o *software* informático *GridWare (Version 1.1.)* desenvolvido por Lamey, Hollestein, Lewis e Granic (2004). Foram introduzidas duas variáveis categoriais – a intervenção da terapeuta no eixo *y* e a resposta da cliente no eixo *x* – e uma variável contínua, referente à duração de cada episódio em termos do número de palavras. Obtiveram-se, então, grelhas similares à apresentada na figura 2, sendo que cada círculo da grelha sinaliza um episódio representativo de um determinado estado da interação diádica e o círculo vazio sinaliza o primeiro episódio da sessão. Por sua vez, as linhas representam as transições entre episódios e o seu sentido é identificado pela orientação das setas assinaladas. A duração dos episódios foi calculada através do método *Gridware* tendo em consideração o número de palavras em cada intervenção da terapeuta ou resposta da cliente.

De forma exemplificativa, apresentamos a imagem que diz respeito á análise da sessão 5, representativa de todas as sessões uma vez que em todas foi encontrado o mesmo atrator. O fator que

levou à seleção da análise da sessão 5 prende-se apenas com o facto de ser a análise mais evidente do atrator em questão.

Figura 2: Grelha com o episódio atrator da 5ª sessão identificado



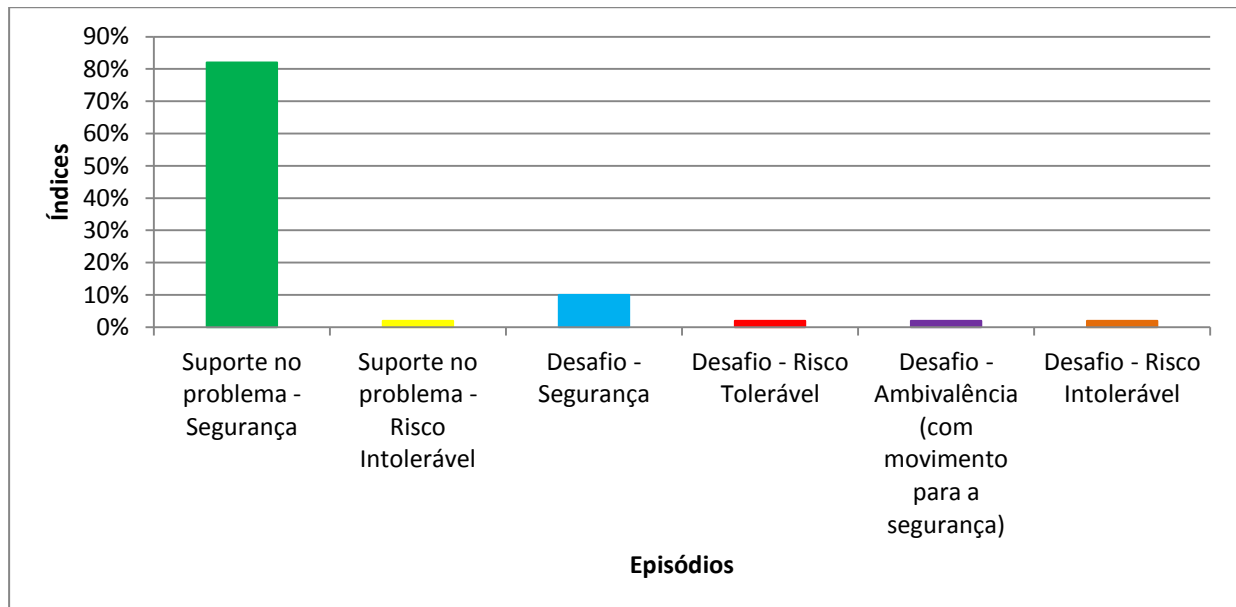
Através desta análise, realizada para todas as sessões do presente caso, verificamos que em todas as sessões, terapeuta e cliente interagiram no nível de segurança, mais concretamente em episódios de “Suporte no Problema – Segurança”, à semelhança do apresentado na figura acima.

2. Colaboração terapêutica após episódio “Desafio - Risco Intolerável”

Após termos verificado que a maior parte do trabalho terapêutico se situou dentro da ZDPT, estando a cliente numa zona de segurança, tornou-se pertinente perceber o que acontecia nas poucas vezes em que o processo terapêutico se situava para além da ZDPT, ou seja numa zona de não colaboração, e de que modo é que a colaboração terapêutica era restabelecida. Deste modo,

elaboramos a seguinte questão de investigação: Quando ocorre um episódio de “Desafio - Risco Intolerável” de que forma é que a colaboração terapêutica é restabelecida? (Gráfico 6).

Gráfico 4: Episódios subsequentes ao episódio “Desafio - Risco Intolerável”



Para responder a esta questão, recorreremos ao cálculo das percentagens verificando que 82% das vezes o episódio subsequente ao episódio “Desafio - Risco Intolerável” foi o de “Suporte no Problema - Segurança”, 10% “Desafio - Segurança”, 2% “Desafio – Ambivalência (com movimento para a segurança)”, 2% “Desafio - Risco Intolerável”, 2% “Desafio - Risco Tolerável” e 2% “Suporte no Problema - Risco Intolerável”. Assim, respondendo à questão de investigação, quando a cliente forneceu uma resposta de risco intolerável a terapeuta voltou, na maioria das vezes, ao problema fazendo com que a cliente tenha retomado à zona de segurança.

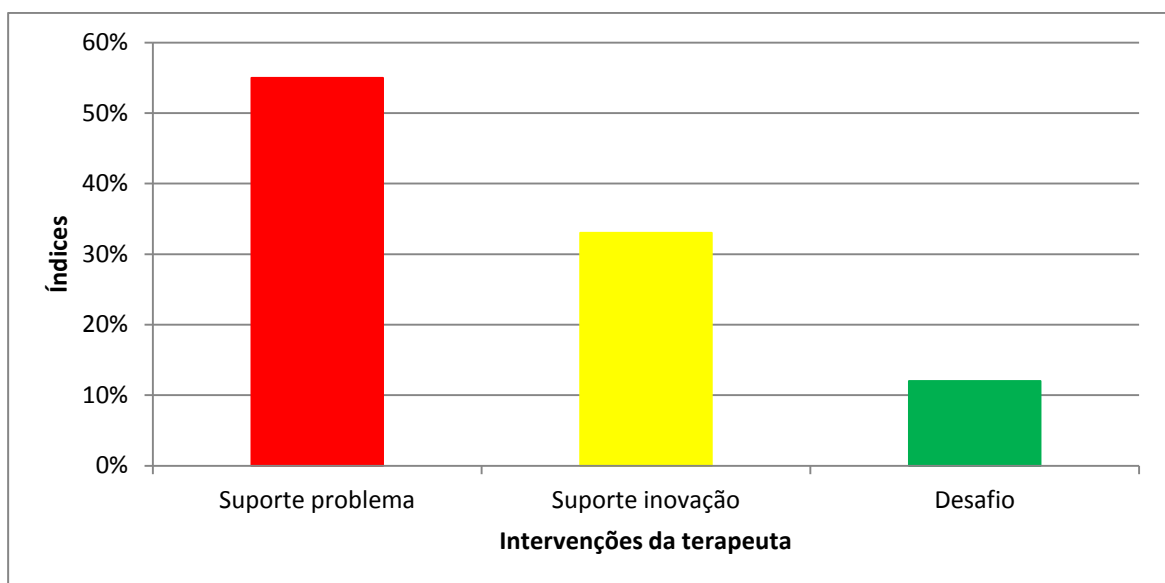
3. Análise das intervenções da terapeuta anteriores e posteriores a inovação da cliente

Os resultados supracitados referentes à análise da colaboração terapêutica permitiram-nos concluir que as intervenções terapêuticas são maioritariamente de suporte e que o trabalho terapêutico ocorreu maioritariamente na zona de segurança da cliente. Tendo em conta estes resultados, e considerando que estamos perante um caso de sucesso, tornou-se pertinente perceber quais as intervenções terapêuticas que antecederam as inovações da cliente e de que modo é que a terapeuta intervinha face a essas inovações.

3.1 Frequência de intervenções da terapeuta anteriores a inovação da cliente

O *SCCT* (Ribeiro et al., 2012) pressupõe um equilíbrio entre intervenções de suporte e de desafio como promotor de mudança. Ora, se este é um caso de sucesso, pressupõe a existência de inovações ao longo do caso, o que foi verificado. Contudo, a percentagem de intervenções de desafio é bastante baixa comparativamente com as intervenções de suporte. Isto levanta uma questão: Qual é a intervenção terapêutica que antecede inovação por parte da cliente? Para responder a esta questão fomos verificar, através do cálculo das percentagens, quais as intervenções da terapeuta que antecederam inovação por parte da cliente (Gráfico 5).

Gráfico 5: Frequência de intervenções da terapeuta que antecedem respostas de inovação da cliente

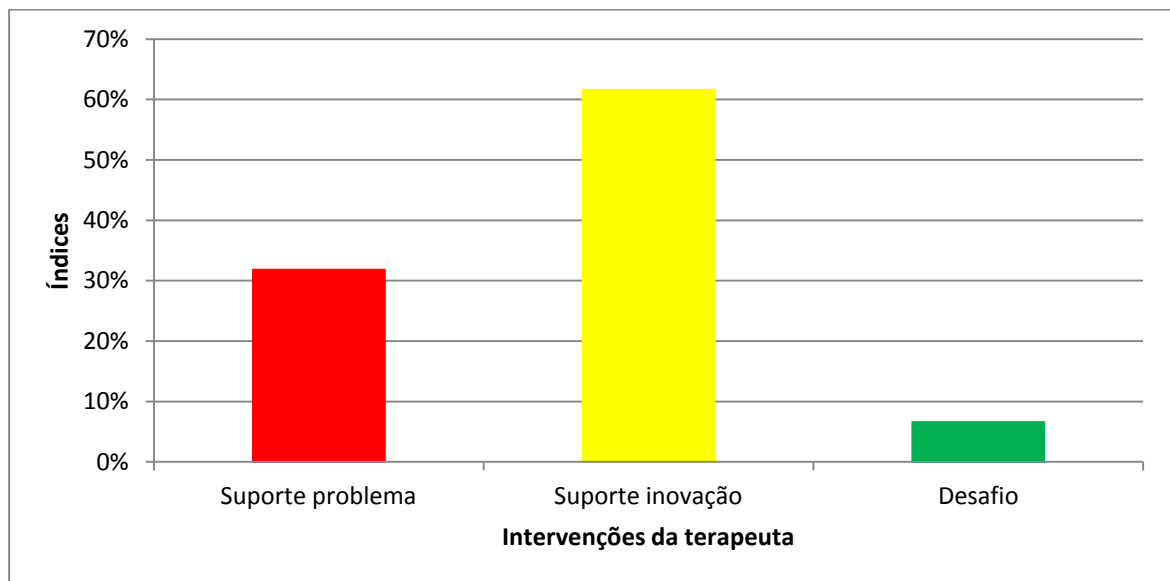


Os resultados demonstraram que 55% das inovações por parte da cliente foram antecedidas por uma intervenção de suporte no problema, 33% foram precedidas por uma intervenção de suporte na inovação e em 12% o que antecedeu foi uma intervenção de desafio. Ao contrário de estudos anteriores relacionados com a análise da colaboração terapêutica com abordagens narrativa e cognitivo-comportamental (Ribeiro et al., 2012), neste estudo de caso o que na maioria das vezes provocou os momentos de inovação por parte da cliente não foi a intervenção de desafio da terapeuta mas sim a de suporte no problema.

3.2 Frequência de intervenções da terapeuta posteriores a inovação da cliente

Uma vez que, na maioria das vezes, a terapeuta suportou o problema antes das inovações da cliente, então qual é a intervenção terapêutica que sucede inovação por parte da cliente? Para responder a esta questão fomos analisar a frequência de intervenções do terapeuta após a ocorrência de inovação (Gráfico 6).

Gráfico 6: Frequência de intervenções da terapeuta após respostas de inovação da cliente



Verificamos que em 62% das intervenções da terapeuta após inovação por parte da cliente a terapeuta suportou a inovação, em 32% das vezes a terapeuta voltou ao problema e apenas 7% das intervenções foram de desafio.

D. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Nesta secção serão relacionados os resultados encontrados no presente trabalho com a literatura existente acerca da Terapia Centrada no Cliente e da colaboração terapêutica. Será ainda apresentada uma breve discussão sobre as mudanças apresentadas pela cliente ao longo do caso, uma vez que o presente trabalho se trata de um estudo de caso.

Começando por mencionar os resultados encontrados referentes à evolução da colaboração terapêutica a um nível micro, foi possível verificar que a intervenção terapêutica mais frequente ao longo de todo o processo terapêutico foi o suporte no problema, que variou entre 63% na sessão 11 e 95% na sessão 15. Embora numa percentagem reduzida, existiram intervenções de desafio por parte da terapeuta variando entre 3% na sessão 14 e 20% na sessão 11. Dentro do desafio o marcador mais frequente foi a interpretação no entanto, neste caso, esta interpretação foi tão empática que permitiu que a cliente se sentisse compreendida pela terapeuta e ao mesmo tempo a cliente sentiu que foi ela própria autora da ideia transmitida pela terapeuta. Esta empatia transmitida pela terapeuta foi transmitida ao longo de todo o caso e não apenas em alguns momentos, o que realça a importância atribuída por Rogers (1985) à empatia ao longo de todo o processo terapêutico.

Por conseguinte, as intervenções de suporte no problema por parte da terapeuta fizeram com que a cliente permanecesse na zona de segurança na maioria do processo terapêutico tendo esta permanência da zona de segurança variando entre 73% na sessão 13 e 95% na sessão 15. Importa referir a existência de um pico de respostas de inovação por parte da cliente a partir da 10ª sessão até ao final, embora tenha decaído na 15ª sessão. Este resultado vem comprovar a teoria que refere a importância do cliente se sentir num ambiente seguro para a ocorrência de mudança (Rogers, 1985).

De facto, os resultados encontrados na análise dos níveis de interação em relação à ZDPT demonstraram que o processo terapêutico se situou maioritariamente dentro da ZDPT, com terapeuta e cliente a encontrarem-se no mesmo nível de desenvolvimento, atual ou potencial. A partir da sessão 10 até à sessão 15, terapeuta e cliente encontraram-se durante todo o tempo no mesmo nível de desenvolvimento. Tendo em conta a base teórica que suporta a Terapia Centrada no Cliente, este era um resultado esperado, uma vez que esta tipologia de terapia pressupõe que o comando da terapia está nas mãos do cliente e, deste modo, o terapeuta acompanha o nível em que se encontra o cliente bem como as movimentações que este vai fazendo ao longo da ZDPT durante todo o processo terapêutico.

Um dos resultados mais importantes foi que na maior parte das vezes (55%) a intervenção terapêutica que antecedeu os momentos de inovação por parte da cliente não foi o desafio da terapeuta mas sim o suporte no problema. Estes resultados corroboram o pressuposto Rogeriano da importância do cliente para a mudança terapêutica, bem como os pressupostos subjacentes à natureza humana. Isto não quer dizer que a terapeuta não tenha tido influência no processo terapêutico, pois existem um

conjunto de condições essenciais para o sucesso do processo terapêutico que se devem em grande medida ao terapeuta como é o caso da empatia, da aceitação positiva incondicional e da congruência.

Este resultado levou-nos a analisar qual a reação da terapeuta às respostas de inovação apresentadas pela cliente e os resultados demonstraram que 62% das vezes a terapeuta suportou a inovação da cliente e em apenas 7% das interações permaneceu no desafio. Mais uma vez, este resultado demonstrou que a terapeuta mantém-se quase sempre no nível da cliente, quer esta esteja na zona de desenvolvimento atual ou potencial. Neste caso, uma vez que a cliente estava na zona de desenvolvimento potencial, a terapeuta manteve-se ao lado da cliente, suportando, na maioria das suas intervenções, as inovações que a cliente ia demonstrando.

No mesmo sentido, quando a cliente invalidou as intervenções da terapeuta, a terapeuta na maior parte das vezes voltou ao problema (82%) transportando em 92% das interações a cliente de novo para a zona de segurança. Este resultado vem de encontro à base teórica da Terapia Centrada no Cliente que propõe que quem dirige o processo terapêutico é o cliente uma vez que é o próprio que sabe qual os seus principais problemas, e, deste modo, o melhor é deixar o cliente dirigir o processo terapêutico (Rogers, 1974). Podemos considerar que neste caso foi a cliente quem dirigiu o processo terapêutico, uma vez que era ela que decidia se estava ou não preparada para se movimentar na zona e não a terapeuta que levava a cliente para a zona de desenvolvimento potencial. De acordo com o *SCCT* (Ribeiro et al., 2012), quando o terapeuta desafia e o cliente invalida este desafio significa que o cliente ainda não está preparado para avançar na zona e, deste modo, o terapeuta deverá fazer com que o cliente volte para a zona de segurança de forma a não comprometer o sucesso do processo terapêutico.

Uma vez que esta dissertação consiste num estudo de caso, importa perceber os resultados do processo terapêutico à luz do caso. O problema principal da cliente prendia-se com o facto de esta nunca ter a certeza de nada tornando-a bastante insegura quando se encontrava numa situação em que ela era a única pessoa a tomar decisões (por exemplo, quando o marido se encontrava fora durante muito tempo e ela tinha que acarretar sozinha a responsabilidade de educação dos filhos). Para além disso demonstrava dificuldade na expressão de emoções como o choro. Ao longo do processo, sempre que a cliente demonstrou certeza naquilo que dizia e nas ações que tomava ou quando conseguia expressar as suas emoções, esta informação foi cotada como inovação. Por exemplo, quando a cliente demonstrava que o problema que ela apresentava, e que a transportava para um estado depressivo, não era assim tão grave e tinha resolução e quando ela conseguia ver o lado das outras pessoas e colocar-se na posição deles. Tudo isto era uma exceção ao problema e por isso foi cotado como inovação.

Em suma, este caso elabora a ideia de equilíbrio entre intervenções de suporte e intervenções de desafio por parte do terapeuta para a mudança terapêutica, proposto pelo *SCCT* (Ribeiro et al., 2012). Neste caso, a mudança foi essencialmente derivada de intervenções de suporte por parte da

terapeuta, com vista a disponibilizar um ambiente seguro à cliente, no sentido da obtenção de bons resultados ao longo do processo terapêutico (Rogers, 1983). A elevada percentagem de intervenções de suporte por parte da terapeuta e as reduzidas intervenções de desafio levam a considerar que a reflexão da terapeuta e a relação empática que forneceu um ambiente de segurança para a cliente foi por si só um importante promotor da mudança. Neste sentido, este resultado permitiu acrescentar uma ideia nova aos pressupostos do *SCCT* (Ribeiro et al., 2012).

O facto de o trabalho terapêutico se ter situado maioritariamente no nível de segurança, a percentagem elevada de suporte por parte da terapeuta e o número reduzido de invalidações por parte da cliente corrobora a importância da colaboração terapêutica para o sucesso terapêutico. Esta ideia é sustentada pelo *SCCT* que suporta a ideia de que a colaboração entre terapeuta e cliente está intimamente relacionada com a mudança em psicoterapia momento a momento (Ribeiro et al., 2012).

E. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Apesar de esta investigação ter sido uma contribuição importante para o estudo da colaboração terapêutica, acarretou algumas limitações que importa explicitar. Este trabalho consistiu no primeiro estudo de caso seguido em Terapia Centrada no Cliente analisado com *SCCT* (Ribeiro et al., 2012), pelo que não se poderão generalizar os resultados encontrados neste caso a todos os casos de sucesso seguidos em Terapia Centrada no Cliente. Consideramos bastante importante a codificação de mais casos de sucesso seguidos em Terapia Centrada no Cliente, bem como casos de insucesso, para melhor se perceber o que ocorre na colaboração terapêutica quando os casos são seguidos de acordo com esta terapia.

Uma outra limitação reside no facto do *SCCT* (Ribeiro et al., 2012) não ter em consideração a faceta não-verbal da interação, tanto do terapeuta como do cliente. Seria de extrema importância analisar o não-verbal para se perceber a subtilidade das palavras entre, por exemplo, uma intervenção de desafio por parte do terapeuta ou uma intervenção de suporte ou também para se analisar, a título exemplificativo, a congruência do terapeuta entre o verbal e o não-verbal, característica essencial para o sucesso terapêutico (Rogers, 1985). A este propósito, a Terapia Centrada no Cliente refere a existência de alguns momentos de silêncio ao longo da terapia, principalmente após intervenções do terapeuta que fazem com que o cliente reflita acerca da informação que então lhe foi fornecida. No entanto, na transcrição deste caso, não possuímos informação sobre o tempo que transcorre entre as intervenções da terapeuta e as respostas da cliente. Esta seria uma informação importante uma vez que as inovações poderiam surgir após tempos de silêncio posteriores às intervenções do terapeuta, o que iria de encontro à teoria Rogeriana (Rogers, 1985).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A. T, Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8,77-100.
- Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 3(16), 252-260.
- Brodley, B. T. (1994). Some observations of Carl Rogers' behavior in therapy interviews. *The Person-Centered Journal*, 1, 37-48.
- Butler, M., & Haigh, G. (1954).Changes in the relation between self-concepts and ideal concepts consequent upon client-centered counseling. In C. R. Rogers & R. F. Dymond (Eds.), *Psychotherapy and Personality Change* (pp. 55-75). Chicago: University of Chicago Press.
- Cruz, G. (2011). *A mudança narrativa em terapia centrada no cliente*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho, Escola de Psicologia, Braga.
- Eells, D. (2007). *Handbook of psychotherapy case formulation*. New York: Guilford Press.
- Fonagy, P., Bateman, A., & Bateman, A. (2011).The widening scope of mentalizing: A discussion. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 98-110.
- Fonseca, R., Silva, P., & Silva, R. (2007). Acordo inter-juízes: O caso do coeficiente kappa. *Laboratório de Psicologia, Instituto Superior de Psicologia Aplicada*, 5(1), 81-90.
- Gazzola, N., & Stalikas, A. (1997). An investigation of counselor interpretations in client-centered therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 313-327.
- Gendlin, E.T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 100-148). New York: John Wiley & Sons.
- Gonçalves, M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of “innovate moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 267-294.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Watson, J. (1994). *Manual for client-centered therapy*. Manuscrito não publicado.

- Greenberg, S., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy research*, 8, 210-224.
- Hart, J. T. (1970). The development of client-centered therapy. In J. T. Hart & T. M. Tomlinson (Eds.), *New directions in client-centered therapy* (pp. 129-173). New York: Houghton Mifflin.
- Hatcher, L., & Barends, W. (2006). How a return to theory could help alliance research. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 292-299.
- Horvath, A. (1994). Empirical validation of Bordin's pantheoretical model of the alliance: The working alliance inventory perspective. In A. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 109-128). New York: Wiley.
- Horvath, A. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges and future directions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 3, 258-263.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. (2002). The alliance. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). Oxford: Oxford University Press.
- Lamey, A., Hollestein, T., Lewis, M., & Granic, I. (2004). *The GridWare Manual (Version 1.1)*. [Computer software]. <http://statespacegrids.org>
- Leiman, M., & Stiles, 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.
- Mearns, D., & Thorne, B. (1999). *Person-centered counselling in action*. London: Sage.
- Morato, H. T. P. (1989). *Eu supervisão: Em cena uma ação buscando significado sentido*. Dissertação de Doutorado em Psicologia Escolar apresentada à Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, São Paulo.

- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M., Horvath, A., & Stiles, W. (2012). How collaboration in therapy becomes therapeutic becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 1-21. doi:10.1111/j.2044-8341.2012.02066.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. London: Constable.
- Rogers, C. (1974). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes.
- Santos, C. (2004). Abordagem centrada na pessoa – Relação terapêutica e processo de mudança. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 1, 18-23.
- Stiles, B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy*, 38, 462-465.
- Stiles, B. (2009). Logical operations in theory-building case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 2(5), 9-22.
- Truax, B., & Carkhuff, R. (2007). *Towards Effective Counseling and Psychotherapy*. Chicago: Aldine.
- Tryon, 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.