

Dinis Guerreiro Baptista

**Interação terapeuta-cliente na Psicoterapia Psicodinâmica: O
impacto da responsividade num caso de insucesso**



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2024

Dinis Guerreiro Baptista

Interação terapeuta-cliente na Psicoterapia Psicodinâmica: O impacto da responsividade num caso de insucesso

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação de Mestrado realizada sob orientação de:

Prof. Doutor Luís de Brito Janeiro



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2024

Interação terapeuta-cliente na Psicoterapia Psicodinâmica: o impacto da responsividade num caso de insucesso

Declaração de Autoria de Dissertação

Declaro ser o autor desta Dissertação de Mestrado, que é original e inédita. Aos autores e trabalhos consultados estes estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluídas.

Dinis Guerreiro Baptista

Copyright by **Dinis Guerreiro Baptista**

A Universidade do Algarve tem o direito perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel, em formato digital e por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado. Tem o direito de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

“Conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana.”
(Carl Jung)

Agradecimentos

Com a entrega desta dissertação posso concluir que atingi um dos meus maiores sonhos, e que com ele surge agora o fim de uma das etapas mais desafiadoras e felizes da minha vida nos últimos cinco anos: a vida universitária. Inicia-se uma longa caminhada, a prática clínica, e isso só é possível com a contribuição de muitos que passaram na minha vida, com grandes aprendizagens que levo em minha memória e no coração.

Ao Professor Doutor Luís Janeiro, agradeço a orientação e tempo disponibilizado.

À Doutoranda Laura Ferreira, a ajuda prestada e palavras de conforto.

A todos os meus colegas, que de uma maneira contribuíram para que eu crescesse.

A todos os Professores, que ao longo destes cinco anos, foram imprescindíveis para que adquirisse todo o conhecimento nesta área que tanto estimo.

À Ana Frade e à Stephanie Pereira, por terem embarcado nesta viagem comigo, sem vocês nada disto teria sido possível e posso dizer que foram a âncora em alguns momentos de maior tensão, que foram a vela que ajudou a continuar o caminho e o GPS para que não ficasse sem rumo. Estou totalmente agradecido do fundo do meu coração e vocês sabem.

À minha família, em particular à minha mãe e irmã, pelo apoio que deram-me quando sentia que nada estava a fazer sentido, por acreditarem que eu poderia conseguir um trabalho tão prazeroso e por serem quem são. Sem vocês, nada disto teria feito sentido, pois vocês foram a luz ao fundo do túnel em diversos momentos, tanto em ouvirem a minha felicidade, como a minha frustração no decorrer do processo, pelo que expresso: gosto muito de vocês e vos amo.

À família mais próxima, por terem acreditado em mim e por motivarem-me a que continuasse a esforçar-me e que conseguisse o melhor de mim.

Aos meus amigos, Amanda, Sara, Mariana, Rute, Renata, entre outros, pelos momentos divertidos, de motivação e quero que saibam que foram importantes para que continuasse todo este percurso.

Expresso toda a minha gratidão por vocês e todo o carinho, e desejo que todos os vossos sonhos se concretizem sempre na vossa caminhada, assim como o meu foi concretizado!

Resumo

Na Terapia para as Fobias e Afetos (TFA) a mudança dos clientes é determinada pela capacidade de obtenção de uma relação autêntica com as emoções, o que implica a Reestruturação dos Afetos. Os estudos sobre o processo de mudança em psicoterapia têm vindo a atribuir um papel central à responsividade do terapeuta. Contudo, pouco se sabe sobre a responsividade na TFA e, em particular, qual o seu contributo nos casos de insucesso.

A presente dissertação teve como objetivo descrever a interação de uma díade de insucesso. Especificamente, avaliou-se as intervenções do terapeuta e do cliente com o intuito de identificar padrões de interação associados ao insucesso.

Para tal, foram selecionadas três sessões e as falas de terapeuta e cliente foram classificadas com o Sistema de Codificação dos Objetivos Terapêuticos. As sequências de interação terapeuta-cliente foram analisadas com recurso à *State Space Grid* para extrair padrões de interação. Foi também recolhida informação qualitativa acerca do processo na perspetiva da terapeuta e do cliente.

Os resultados indicam que, embora tenha existido um foco na *Reestruturação dos Afetos*, a dispersão de interações nas duas primeiras sessões refletiu o comportamento defensivo do cliente e uma atitude não responsiva da terapeuta. Os dados qualitativos sugerem que, ainda assim, o cliente obteve ganhos. A terapeuta, por sua vez, percecionou o processo como desafiante, destacando a falta de motivação do cliente.

Este estudo sugere que a responsividade da terapeuta na TFA tem um contributo importante para o sucesso da reestruturação dos afetos, podendo determinar o resultado da terapia.

Palavras-chave: Insucesso; Psicoterapia; Responsividade; SCOT; TFA.

Abstract

In Affect Phobia Therapy (APT), clients' change is determined by their ability to achieve an authentic relationship with their emotions, which implies Affect Restructuring. Studies on the process of change in psychotherapy have attributed a central role to the therapist's responsiveness. However, little is known about responsiveness in APT, and particularly its contribution in cases of failure.

The aim of this dissertation was to describe the interaction of a failure dyad. Specifically, the interventions of the therapist and the client were evaluated to identify interaction patterns associated with failure.

To this end, three sessions were selected, and the speech of therapist and client was classified using the Therapeutic Objectives Coding System. The therapist-client interaction sequences were analyzed using the State Space Grid to extract interaction patterns. Qualitative information was also collected about the process from the perspective of the therapist and the client.

The results indicate that although there was a focus on Affect Restructuring, the dispersion of interactions in the first two sessions reflected the client's defensive behavior and the therapist's non-responsive attitude. The qualitative data suggests that the client nevertheless made gains. The therapist, for her part, perceived the process as challenging, highlighting the client's lack of motivation.

This study suggests that the therapist's responsiveness in APT makes an important contribution to the success of the restructuring of affect and may determine the outcome of the therapy.

Keywords: Failure; Psychotherapy; Responsiveness; TOCS; APT.

Índice Geral

Introdução.....	1
Objetivo.....	7
Método	8
PARTICIPANTES	8
INSTRUMENTOS	9
<i>Escala de Caracterização da Intervenção Terapêutica na Terapia para as Fobias a Afetos (ECIT – TFA; Ferreira & Janeiro, 2023)</i>	9
<i>Sistema de Codificação dos Objetivos Terapêuticos (SCOT; Ferreira & Janeiro, 2023)</i> ..	9
<i>Helpful Aspects of Therapy (HAT; Elliott, 1993)</i>	12
PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E SELEÇÃO DAS SESSÕES A COTAR	12
PROCEDIMENTOS DE COTAÇÃO	13
<i>Cotação das sessões com a Escala de Caracterização da Intervenção Terapêutica na TFA</i>	13
<i>Treino de Cotação das sessões com o Sistema de Codificação dos Objetivos Terapêuticos (SCOT)</i>	13
<i>Cotação das sessões com o Sistema de Codificação dos Objetivos Terapêuticos (SCOT)</i>	14
PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS	14
Resultados	15
DISTRIBUIÇÃO DAS SESSÕES CRONOLOGICAMENTE NO TEMPO	15
APLICAÇÃO DA SSG ÀS SESSÕES COTADAS COM O SCOT	17
<i>Indicadores estatísticos</i>	17
ANÁLISE VISUAL DAS GRELHAS DE INTERAÇÃO DO CASO DAVID.....	18
Discussão.....	23
LIMITAÇÕES E DIREÇÕES FUTURAS	26
Conclusão	26
Referências Bibliográficas	28
Anexos.....	31

Índice de Tabelas

Tabela 1. Identificação dos objetivos terapêuticos das Sessões com o ECIT – TFA, valores de ICC, seleção das sessões a analisar com o SCOT, valor de Kappa de Cohen e atrator	16
Tabela 2. Indicadores estatísticos da análise das sessões com recurso à SSG	17
Tabela 3. Codificação das Intervenções do Terapeuta	45
Tabela 4. Codificação das Respostas do Cliente	46

Índice de Figuras

Figura 1. Grelhas de interações terapeuta – cliente por sessão do caso David	19
---	----

Índice de Anexos

Anexo A. Escala de caracterização da intervenção terapêutica na Terapia para as Fobias a Afetos (ECIT – TFA) *	32
Anexo B. Sistema de Codificação dos Objetivos Terapêuticos (SCOT) – Versão Terapeuta (ACHIEVEMENT OF THERAPEUTIC OBJECTIVES SCALE; ATOS*)	36
Anexo C. Sistema de Codificação dos Objetivos Terapêuticos (SCOT) – Versão Cliente (ACHIEVEMENT OF THERAPEUTIC OBJECTIVES SCALE; ATOS*)	40
Anexo D. Codificação das Intervenções do Terapeuta	45
Anexo E. Codificação das Respostas do Cliente	46
Anexo F. Explicação dos Procedimentos necessários para a realização da análise na GridWare	47
Anexo G. Exemplo de cotação das sessões no programa Audacity	48
Anexo H. Exemplo Tabela das interações da díade em base de dados SPSS.....	49
Anexo I. Exemplo Tabela das interações da díade em Excel	50
Anexo J. Exemplo Tabela das interações da díade em documento nota para a Gridware	51
Anexo K. Exemplo Tabela das interações da díade no cálculo dos Atratores.....	52

Lista de Abreviaturas

APT: Affect Phobia Therapy;

APTM: Treating Affect Phobia Model;

ATOS: Achievement of Therapeutic Objectives Scale (Escala de Aquisição dos Objetivos Terapêuticos);

ECIT – TFA: Escala de Caracterização da Intervenção Terapêutica na Terapia para as Fobias a Afetos;

GAF: Global Assessment of Functioning;

HAT: Helpful Aspects of Therapy;

ICC: Intraclass Correlation Coefficient;

MTFA: Modelo de Tratamento para Fobias a Afetos;

OQ-45.2: Outcome Questionnaire;

PPM: Pesquisa do Processo de Mudança;

SC: Sessão de Cotação;

SCOT: Sistema de Codificação dos Objetivos Terapêuticos;

SSG: State Space Grid;

TFA: Terapia para Fobia a Afetos.

Introdução

A literatura sobre Psicoterapia tem sido alvo de crescente atenção, com particular enfoque no estudo dos mecanismos que conduzem à mudança (Kadzin, 2007; Lambert & Vermeersch, 1994). Um dos modelos que tem demonstrado a sua efetividade é o *Treating Affect Phobia (Modelo de Tratamento para as Fobias a Afetos)*, modelo que se integra nas Psicoterapias Psicodinâmicas Breves. Este modelo preconiza que a maior parte das perturbações se devem a conflitos relacionados com os nossos sentimentos, que se designam por Fobias a Afetos (McCullough et al., 2003).

As Fobias a Afetos surgem como uma analogia às fobias externas, onde o cliente tem fobias associadas a estímulos do mundo exterior, como pontes, espaços abertos, entre outros. No caso destas fobias internas, o sujeito evita a experiência e expressão de certos afetos (sentimentos), pelo que assumem um caráter intrapsíquico. Devido às mesmas, o cliente desenvolve pensamentos, comportamentos e sentimentos desadaptativos, com o objetivo de evitar a confrontação com os afetos temidos. Estas respostas de evitamento por parte do cliente ajudam a que este mantenha fora da sua consciência os afetos em conflito, que, neste caso, são sentimentos com os quais o sujeito não pretende ter contacto (afetos ativadores), inibindo-os com recurso a defesas (McCullough et al., 2003).

O Modelo de Tratamento para as Fobias a Afetos (MTFA) utiliza os dois Triângulos de Malan (1979) para explicar o desenvolvimento e manutenção da psicopatologia. O Triângulo do Conflito é composto por três vértices fundamentais: os Afetos Ativadores, que correspondem à experiência consciente de emoções ou afetos, conduzindo à ação e à aproximação (Polo dos Sentimentos), e.g., raiva/assertividade, alegria/satisfação, tristeza/luto; os Afetos Inibitórios, que limitam, retêm e controlam os Afetos Ativadores (Polo da Ansiedade), e.g., culpa, vergonha/humilhação, dor emocional/angústia; e as Defesas, que são comportamentos, pensamentos ou sentimentos empregues com o intuito de afastar o indivíduo de situações que evocam o conflito entre os dois Afetos (McCullough et al., 2003).

O Triângulo das Pessoas de Malan (1979) apresenta uma configuração de três vértices, onde as fobias são originadas através das suas relações significativas do passado (P; Pessoas do Passado), perpetuando-se nas relações atuais (C; Pessoas Atuais). Essas fobias são reencenadas e trabalhadas em contexto clínico com o terapeuta (T) (McCullough et al., 2003).

O tratamento através deste modelo divide-se em duas principais fases, sendo elas a *Reestruturação das Defesas e a Reestruturação dos Afetos*. Se necessário, um objetivo adicional, a *Reestruturação do Self e do Outro*, pode surgir pontualmente ao longo do trabalho sobre as duas primeiras fases.

A *Reestruturação das Defesas* tem como propósito a exposição do cliente aos comportamentos defensivos que este usa, com o intuito de sinalizar os seus custos e aumentar a motivação para abdicar dos mesmos. Esta primeira fase está subdividida em dois objetivos: o *Reconhecimento das Defesas*, onde o terapeuta ajuda o cliente a ganhar consciência acerca do seu padrão defensivo e do papel que este desempenha, através da utilização de clarificações, confronto e interpretação; e a *Renúncia das Defesas*, onde o terapeuta ajuda ao desenvolvimento, por parte do cliente, da motivação para abdicar dos comportamentos defensivos desadaptativos, através do uso da autorrevelação, da sinalização dos custos que a defesa e da passagem da responsabilidade relativa à mudança para o cliente. Para tal, é necessário que o terapeuta seja solidário e empático, e que ajude o cliente a compreender que as defesas utilizadas foram benéficas em situações passadas. Uma postura de suporte em relação aos padrões defensivos do cliente leva a que este diminua a sua vergonha e o processo acelere (McCullough et al. 2003).

A segunda fase, de *Reestruturação dos Afetos* envolve a *Experiência de Afetos*, onde o cliente é exposto, através da imaginação, a situações que lhe causem desconforto e sofrimento. Pretende-se que o cliente aprenda a vivenciar as suas emoções, que antes eram consideradas intoleráveis devido à excessiva utilização de afetos inibitórios, através de sensações físicas associadas à emoção e a ação ligada à emoção; e a *Expressão dos Afetos*, que diz respeito à capacidade de o cliente experimentar e comunicar a totalidade do afeto de uma forma adaptativa, de forma a beneficiar as suas relações com os outros. Assim, o cliente aprende a expressar os seus sentimentos livremente e de maneira adequada (McCullough et al., 2003).

Por fim, a *Reestruturação do Self e do Outro* torna-se o principal foco da intervenção quando as defesas estão muito enraizadas e o cliente não percebe os custos das mesmas para a sua vida, concebendo-as como parte da sua identidade. Nesta fase da terapia, o objetivo terapêutico consiste em construir uma imagem mais adaptativa e realista de si mesmo e/ou dos outros (por exemplo, sem idealização ou, pelo contrário, desvalorização) (McCullough & Andrews, 2001).

De acordo com McCullough e colaboradores (2003) os terapeutas que seguem este modelo devem implementar uma estratégia de Dessensibilização que passa por um ciclo de: exposição gradual ao afeto temido (afeto ativador), prevenção da resposta evitativa (defesas) e regulação da ansiedade (afetos inibitórios). A repetição destes ciclos de exposição, prevenção da resposta e regulação da ansiedade reduz progressivamente a inibição relacionada com o afeto ativador, contribuindo para o objetivo último de construção de uma relação autêntica com as emoções.

Considerando este racional, de forma a terapia demonstrar efetividade, é necessário que o terapeuta tenha um conjunto de características, tais como a capacidade para ser responsivo de forma apropriada na relação com o cliente, i.e., tenha em consideração a reação do cliente a cada uma das suas intervenções. O terapeuta deverá ter a responsividade como um princípio geral da sua intervenção para construir um contexto relacional de regulação e sintonia interpessoal (Norcross & Wampold, 2011), de forma a adaptar-se às reações do cliente (Elliott et al., 1994).

É determinante que o terapeuta consiga utilizar as técnicas e fundamentos de sua abordagem de forma adequada e no timing correto para o caso em específico. Deste modo, com base numa avaliação momento-a-momento, o terapeuta deve ajustar as suas intervenções ao estado emocional dos clientes (Kramer & Stiles, 2015).

No mesmo sentido, Ribeiro e colaboradores (2013), autores do Modelo da Colaboração Terapêutica, sugerem que o terapeuta necessita realizar as suas intervenções de forma responsiva. Assim sendo, o terapeuta deve ter a capacidade de identificar os momentos em que o cliente necessita de apoio, bem como as oportunidades de desafiar os padrões desadaptativos do cliente. A investigação com base no modelo suprarreferido têm-se cingido a estudos de caso e na análise dos microprocessos interativos da díade nas sessões associados à mudança terapêutica.

Numa investigação inaugural acerca da responsividade, Labov e Fanshel (1977, cit. in Stiles et al., 1998) conduziram um estudo de caso de uma jovem anoréxica que reclamava da sua mãe estar longe de casa e de ter de assumir as responsabilidades domésticas. Comprovaram que o ajuste da intervenção do terapeuta após uma interpretação com a qual a cliente demonstrou não concordar – ficando em silêncio -, preveniu eventuais problemas na aliança terapêutica. Neste caso, o reconhecimento por parte do terapeuta do efeito negativo da sua interpretação na cliente correspondeu a uma atitude responsiva que permitiu a continuação do trabalho colaborativo entre a díade.

No entanto, nem sempre é possível que exista responsividade do terapeuta no decorrer do processo terapêutico, tanto por não compreender o que o cliente espera e necessita, bem como o objetivo terapêutico explorado não o permita. Posto isto, Ribeiro e coautores (2016), realizaram um estudo acerca da Colaboração terapêutica e assimilação de experiências problemáticas, por meio de metodologia de comparação de dois casos únicos. Sugeriram que caso as intervenções do terapeuta sejam excessivamente desafiadoras perante uma ansiedade intolerável do cliente, o mesmo pode levar ao insucesso, e conseqüente desistência do tratamento. Contrariamente, quando o terapeuta tem cuidado em perceber o conteúdo

emergente do cliente, leva a que consiga diminuir os níveis de ansiedade intoleráveis deste e possa realizar intervenções fora da zona de desenvolvimento atual.

Neste sentido, Pinto e colaboradores (2018) pretenderam descrever a interação entre as díades envolvidas nos casos de abandono da terapia narrativa, através do Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica de Ribeiro e coautores (2013). Este estudo refere que respostas do cliente de segurança foram prevalentes à medida que o terapeuta apresentou uma sequência de intervenções de apoio. Ao longo do processo, o terapeuta aumentou as suas intervenções desafiadoras e, por sua vez, diminuiu as de apoio. O cliente, por sua vez, foi diminuindo as suas respostas de segurança, levando a um elevar de respostas de risco intolerável, demonstrando que com a tendência do terapeuta em desafiar o cliente, este sentiu a terapia como que cada vez mais arriscada, aumentando o índice de respostas de risco intoleráveis. Foi possível observar pelos autores do estudo que as respostas mais defensivas do cliente sugeriam que existia dificuldades na formação da aliança terapêutica ou até mesmo na reparação de ruturas na aliança que existissem. Para além disso, o terapeuta pareceu não responder às necessidades do cliente momento a momento, ignorando sinais de ansiedade intoleráveis (Pinto et al., 2018). No entanto, deve ser tido em consideração, que no momento do pedido, os clientes não apresentaram motivação para a mudança, uma vez que as suas respostas circundavam a zona de desenvolvimento real. No geral, estes resultados sugerem que intervenções descoordenadas e desafiadoras em demasia do terapeuta podem provocar um estado ansioso excessivo nos clientes, podendo contribuir para o término precoce da terapia.

Noutro estudo, conduzido por Ryttinger e colaboradores (2022), através da metodologia de caso único, verificou-se a importância de os terapeutas estarem atentos aos sinais de alerta de baixo envolvimento num dado assunto por parte do cliente. As conclusões desta investigação permitiram especular que ao não ajustar e intervir a sua resposta à necessidade do cliente (neste caso, com uma intervenção de desafio), contribuí para a manutenção do baixo envolvimento e, conseqüente desistência por parte do cliente.

Ainda neste contexto, Kealy e colaboradores (2022) realizaram um estudo de caso único de um processo de psicoterapia psicodinâmica terminado precocemente, com o intuito de compreender a falha do terapeuta em dar resposta às necessidades do cliente. A análise da interação terapêutica revelou que o terapeuta insistiu em explicar as dificuldades da cliente com base nas suas defesas e a expos insistentemente às suas emoções; a cliente, por sua vez, tentou que as suas necessidades de suporte fossem atendidas pelo terapeuta. Os autores concluíram que a rigidez do terapeuta impediu uma atitude responsiva às necessidades do cliente.

Considerando os estudos apresentados, a não responsividade do terapeuta poderá determinar o insucesso e o abandono da terapia, devido à ruptura da aliança terapêutica. Estima-se que uma proporção de 20% das pessoas abandone a terapia sem que tenha obtido resultados (Cooper & Conklin, 2015). Esta percentagem pode ser explicada pela procura do terapeuta em seguir o modelo de tratamento de forma rígida (Safran et al., 2001), pelas baixas expectativas do cliente e a sua falta de compromisso no tratamento (Zimmermann et al., 2016) e por características do terapeuta (Xiao et al., 2017).

No entanto, observa-se em alguns estudos que, embora os clientes apresentem insucesso terapêutico e *dropout*, podem existir melhorias e mudanças nas suas relações e sintomatologia.

Gonçalves e colaboradores (2012), pretenderam estudar os momentos de ambivalência, num estudo de caso único de insucesso terapêutico em Psicoterapia Narrativa, com recurso ao Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT; Ribeiro et al., 2010; Ribeiro et al., 2011). Os resultados deste estudo apontam para a predisposição do terapeuta em realizar intervenções de desafio, que antecedem respostas, por parte da cliente, de ambivalência e de invalidação. Estes tipos de respostas da cliente, segundo estes autores, poderiam ter sido evitados se o terapeuta realizasse intervenções de compreensão e empatia. No entanto, a cliente pode ter convidado a terapeuta, por meio de pistas subtis, a ser desafiadora, ainda que não conseguisse suportar mudanças significativas na sua vida. Caso o terapeuta tivesse adotado intervenções compreensivas, a cliente poderia classificar o processo terapêutico como desinteressante, levando a menores momentos inovadores (MI's). Em suma, apesar de este caso ter sido considerado de insucesso terapêutico, a cliente quantificou o tratamento como positivo. Embora, a terapeuta não tenha sido responsiva, em alguns momentos, a cliente sentiu as intervenções desta como importantes, ainda que não tenha apresentado preparação e motivação para realizar a mudança.

Foi realizado um estudo comparativo entre casos de insucesso terapêutico, em Psicoterapia Narrativa, com recurso ao Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT; Ribeiro, et al., 2013), onde uma cliente finalizou o processo e a outra desistiu. Ferreira e colaboradores (2015) revelaram que o caso que se manteve em terapia apresentou uma percentagem superior ao caso que abandonou, no que se refere ao abandono do nível de desenvolvimento atual, em direção a um nível de desenvolvimento potencial. Relativamente à evolução da colaboração terapêutica, é possível destacar que no caso de desistência o terapeuta se situou à frente do nível desenvolvimental da cliente (e.g., Desafio-Segurança), enquanto no caso finalizado o terapeuta situou-se no mesmo nível da cliente (e.g., Suporte no Problema-

Segurança). Estes dados revelam que, houve uma tendência crescente da cliente desistente para invalidar as propostas da terapeuta, sinalizando deste modo que a sua intervenção colocava o trabalho da díade fora da sua ZDPT. No caso finalizado, a cliente teve respostas de invalidação inferiores às respostas de validação e ambivalência. O caso de desistência apresentou um elevado número de respostas de desinteresse, o que faz pensar que o terapeuta não adequou as suas intervenções às necessidades da cliente (responsividade), insistindo em intervenções sem relevância para a cliente e levando esta a sentir-se incompreendida. Em suma, apesar de resultado de insucesso, a cliente que permaneceu até ao final do processo terapêutico, devido à maior proporção de experiências de segurança, sentiu confiança no terapeuta e na capacidade deste para a ajudar, para além de sentir-se compreendida e validada na sua experiência.

Lopes et al. (2018), de forma a compreenderem se, mesmo que exista abandono terapêutico (*dropout*), os clientes podem apresentar melhorias, realizaram um estudo com clientes que completaram as sessões do processo terapêutico e com clientes que abandonaram-no sem terminá-lo, com presença de Perturbação Depressiva Major. Verificam que, 17% dos clientes que desistiram, apresentaram melhorias no seu funcionamento, o que sugere que abandonaram o processo terapêutico após a existência de melhorias nos seus sintomas. Para além disso, não foi evidente uma diminuição progressiva da sintomatologia interpessoal nos clientes que terminaram o processo todo. No entanto, têm maiores índices de diminuição da sua sintomatologia depressiva, comparativamente aos clientes que abandonaram o processo sem o mesmo ter terminado.

Como tal, torna-se premente explorar a capacidade responsiva dos terapeutas na aplicação dos modelos.

No que diz respeito ao *Treating Affect Phobia* e à ênfase colocada no trabalho através da relação terapêutica, a responsividade ganha particular relevância. Neste modelo, o terapeuta procura auxiliar o cliente através dos ciclos de exposição gradual ao afeto temido. A responsividade acontece quando o terapeuta percebe que o cliente está a experienciar níveis de ansiedade excessivos após a exposição ao afeto ativador, e regula essa ansiedade, de forma a prevenir uma resposta evitativa. No entanto, quando o terapeuta não consegue compreender que o cliente está a experienciar níveis de ansiedade excessivos após a exposição ao afeto temido, sem que haja uma adequada prevenção da resposta e regulação da ansiedade e/ou acabe por o expor ainda mais, isso poderá fazer com que o cliente aumente as suas respostas defensivas, e em, muitos casos, acabe por abandonar o processo terapêutico (McCullough et al., 2003).

Dada a importância da responsividade do terapeuta para o desenvolvimento dos processos, é fundamental capturar a complexidade das interações ao longo da psicoterapia,

momento a momento, nas sessões terapêuticas. De forma a capturar essa complexidade, a pesquisa do processo de mudança (PPM) tem tido como objetivo explicar os efeitos da mudança, ao invés de se centrar somente na relação entre processo-resultado. Ocupa-se em identificar, descrever, explicar e prever os efeitos do processo que levam à mudança terapêutica (Greenberg, 1986).

Segundo este modelo de estudo, existem dois tipos de processos de mudança. O primeiro reflete a análise dos eventos terapêuticos significativos que podem ter efeito na mudança dos clientes. O segundo, diz respeito ao estudo microanalítico, onde procura-se identificar as seqüências de comportamentos dos terapeutas e dos clientes no decorrer das sessões e qual a influência exercida no processo de mudança.

O estudo microanalítico do processo terapêutico, analisa a interação sequencial entre o terapeuta e o cliente e procura aferir a influência direta e instantânea das intervenções terapêuticas nos processos do cliente na sessão e o efeito que as ações do cliente têm nas atividades de processamento e planejamento do terapeuta (Elliott, 2009). Aliás, pretende examinar as respostas do cliente que possam ser despoletadas pelas intervenções do terapeuta e quais os efeitos das intervenções relacionadas com a produtividade/improdutividade do cliente no decorrer do processo terapêutico (Elliott, 2009). Assim, responde a questões como *“Quais processos de clientes são acionados por quais respostas do terapeuta sob quais condições”* (Elliott, 2009, p. 6), de maneira a estabelecer relações entre as variáveis em estudo, e.g., respostas de terapeuta e do cliente.

A microanálise dos processos sequenciais considera as ações dos membros da díade terapêutica codificadas num número reduzido de categorias ou escalas de classificação, o que possibilita-a de testar afirmações teóricas fulcrais sobre os processos de influência terapêutica. Este modelo possibilita a identificação e a demonstração de uma influência causal significativa, e, por sua vez, os resultados obtidos ao longo do processo terapêutico oferecem uma base sólida para direcionar a prática clínica. Todavia, surgem limitações, como a possível grande lacuna entre os processos causais que ocorrem durante a sessão e os resultados da terapia. O nível de aliança terapêutica pode moldar as respostas do terapeuta e do cliente, bem como o efeito causal reverso do cliente para o terapeuta (Elliott, 2009).

Objetivo

Tendo em consideração os argumentos supra-apresentados, e considerando a lacuna existente face ao estudo da responsividade nos processos da TFA, a presente investigação teve como principal objetivo avaliar e caracterizar a responsividade do terapeuta neste modelo de

psicoterapia num caso de insucesso. Mais concretamente, pretendeu-se explorar o modo como as intervenções do terapeuta conduziram a respostas demasiado ansiogénicas e/ou defensivas por parte do cliente e, conseqüentemente, à desistência do tratamento. Tal permitirá compreender como os terapeutas da TFA devem ajustar as suas intervenções e prevenir impasses e resultados indesejados.

De forma a compreender a ação não responsiva da terapeuta e a influência que esta tem no processo colaborativo terapêutico, podemos esperar que num caso de insucesso: a terapeuta não adeque as suas intervenções às necessidades do cliente e/ou, não siga o ciclo de Dessensibilização necessário para que a expressão do afeto possa ocorrer de forma plena.

Um resultado que se poderá demonstrar inesperado diz respeito à presença de melhorias no cliente, embora o mesmo tenha desistido do processo terapêutico.

Método

Participantes

A amostra foi composta por um cliente que teve acompanhamento psicoterapêutico individual na Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde do Serviço de Psicologia da Universidade do Algarve (David - nome fictício) e pela sua terapeuta. Como critérios de inclusão, o participante deveria: a) ter mais do que 18 anos, b) possuir uma pontuação na Escala de Avaliação Global do Funcionamento [*Global Assessment of Functioning* (GAF; American Psychiatric Association, 2000)] acima de 50 e c) ter abandonado a terapia sem mútuo acordo e sem que existissem melhorias significativas no seu funcionamento.

A terapeuta do estudo é psicóloga clínica no Serviço de Psicologia da Universidade do Algarve, tem 29 anos, é doutoranda em Psicologia e tem cinco anos de experiência clínica. A mesma aplica na sua prática o modelo psicoterapêutico em análise.

O David é um jovem de 25 anos com queixas de ansiedade e de falhas de atenção (por parte da namorada), que participou em 17 sessões antes de interromper a terapia.

Na sessão inicial, o cliente preencheu o *Outcome Questionnaire 45* (OQ-45; Machado & Fassnacht, 2014, versão portuguesa), um instrumento que avalia o nível de sintomatologia inicial do cliente, tendo registado uma pontuação de 53 no início do processo terapêutico. Esta pontuação indica que o cliente apresentou um nível de sofrimento psicológico e disfunção relativamente baixo. Por outras palavras, podem existir dificuldades nas áreas de funcionamento do cliente, mas não são disfuncionais a ponto de comprometer o funcionamento dele. No *Global Assessment of Functioning* (GAF; American Psychiatric Association, 2000), também avaliado pela terapeuta nas sessões iniciais, o cliente apresentou uma pontuação de 72.

Este valor situa-se no intervalo de 71 a 80, o que revela que embora sintomas estejam presentes, são temporários e consistem de reações previstas a stressores psicossociais (por ex., dificuldade para concentrar-se após discussão em família); não mais do que um leve prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou escolar. De acordo com o modelo *Treating Affect Phobia*, perante uma pontuação de 72, os clientes tendem a apresentar facilidade em reconhecer as suas defesas, pelo que a intervenção poderá começar pela *Reestruturação dos Afetos*.

Juízes e auditores

Para a concretização do presente estudo, foram também incluídos três estudantes do Mestrado em Psicologia Clínica e de Saúde (duas estudantes e um estudante) que desempenharam a função de juízes observadores das sessões terapêuticas analisadas. Dois psicólogos clínicos, os autores do sistema de codificação das sessões, serviram como auditores.

Instrumentos

Escala de Caracterização da Intervenção Terapêutica na Terapia para as Fobias a Afetos (ECIT – TFA; Ferreira & Janeiro, 2023)

Esta escala descreve o foco e as técnicas básicas da intervenção terapêutica para cada um dos seis objetivos de tratamento da Terapia para as Fobias a Afetos (McCullough et al., 2003). A ECIT – TFA é constituída por seis subescalas: *Reconhecimento das Defesas*, *Renúncia das Defesas*, *Experiência dos Afetos*, *Expressão dos Afetos*, *Reestruturação do Self e Reestruturação dos Outros*. Cada subescala é quantificada numa escala *likert* de 5 pontos, que varia entre 1 “Nada Característico da Sessão” e 5 “Muito Característico da Sessão” (Anexo A). De forma a classificar a sessão, os avaliadores devem visualizar e/ou ouvir a sessão terapêutica sem interrupções e, *a posteriori*, preencher a escala. O uso desta escala possibilita a obtenção de uma classificação global de acordo com o objetivo terapêutico mais influente na sessão. Visto que esta escala foi utilizada pela primeira vez neste estudo, nos resultados relatamos os valores de *Intraclass Correlation Coefficient* (ICC) obtidos para cada sessão avaliada por dois avaliadores independentes.

Sistema de Codificação dos Objetivos Terapêuticos (SCOT; Ferreira & Janeiro, 2023)

O SCOT é uma adaptação da escala *Achievement of Therapeutic Objective Scale* (ATOS; McCullough et al., 2003) que permite a codificação de sessões gravadas em vídeo/áudio ou transcrições, que classifica as intervenções do terapeuta e examina como o cliente responde a essas mesmas intervenções terapêuticas. Em estudos anteriores (e.g., Bhatia

et al., 2009), a ATOS foi utilizada em estudos de caso, tendo sido avaliada a concordância entre os observadores através do ICC, i.e., o *Intraclass Correlation Coefficient*, para averiguar a confiabilidade das suas codificações. Os resultados alcançados obtiveram uma confiabilidade moderada ao ser utilizado o sistema ATOS.

Com o SCOT, os ficheiros de áudio das sessões de psicoterapia são analisados para uma cotação fala-a-fala. O SCOT, na versão para o terapeuta (em anexo B), é constituída por sete subescalas que correspondem aos objetivos de tratamento do *Treating Affect Phobia*, ao passo que na versão para o cliente (em anexo C) existem onze subescalas.

A primeira subescala diz respeito ao *Reconhecimento das Defesas (RcD)*, onde são codificadas as intervenções da terapeuta que tem o objetivo de identificar e assinalar os padrões desadaptativos do cliente, bem como compreender a função que estes cumprem face aos afetos ativadores e inibitórios, interligando-os com experiências atuais e passadas. Na versão do cliente, esta subescala avalia a capacidade deste em demonstrar alguma identificação e elaboração acerca das defesas que usa e a consciencialização da função que elas cumprem face aos seus afetos inibitórios e ativadores, e a sua relação com o passado.

A segunda subescala, *Comportamento Defensivo (CD)*, que existe somente na versão do cliente, diz respeito às falas do cliente onde se verifique dificuldades em reconhecer os seus padrões problemáticos e onde este demonstra as defesas no diálogo com o terapeuta. Aqui, nega ou invalida a intervenção da terapeuta, não interligando os padrões problemáticos com o passado.

Na subescala *Renúncia das Defesas (RnD)*, a versão da terapeuta destina-se às intervenções onde a mesma procura auxiliar o cliente a renunciar às defesas, motivando-o a executar o luto das mesmas e a avaliar e reconhecer os seus custos e benefícios. Na versão do cliente, é analisada a motivação deste para renunciar aos padrões desadaptativos, consegue reconhecer os custos, benefícios e ganhos das suas defesas, realiza o luto das mesmas e torna-se capaz de distinguir a sua origem e a sua manutenção.

A subescala *Resistência (R)* presente somente na versão do cliente, caracteriza a falta de motivação deste para renunciar aos padrões desadaptativos, observando-os como egosintónicos, não manifestando consciência do seu papel ativo no tratamento e na sua vida e, por conseguinte, atribuindo responsabilidades a outros.

A subescala seguinte, de *Experiência dos Afetos (Exp A)*, na versão da terapeuta, avalia as intervenções em que esta procura expor o cliente à experiência adaptativa dos afetos, por meio de ciclos de dessensibilização, onde se tenciona que consiga nomeá-los, identificar sensações físicas e fantasiar a ação. Na versão do cliente, esta subescala pretende avaliar as

respostas do cliente em que este manifesta algum contacto com as emoções evitadas, conseguindo nomear corretamente a emoção, experienciar a emoção a nível corporal e/ou ser capaz de fantasiar a ação relacionada à emoção.

A subescala *Expressão dos Afetos (Expr A)*, na versão da terapeuta pretende a avaliação do trabalho terapêutico na expressão guiada de pensamentos, sentimentos e emoções do cliente, de modo que este enfrente e tolere conflitos interpessoais, tal como expresse e comunique os afetos de forma madura, sem culpa. Assinala ainda quando a terapeuta tenta ajudar o cliente a observar as mudanças que obteve em sessão e no seu dia-a-dia. Na versão do cliente, esta subescala é pontuada quando o cliente manifesta habilidade de experienciar e comunicar a plenitude dos afetos sentidos, bem como as suas necessidades, desejos ou pensamentos nas suas relações interpessoais de forma adaptativa e na primeira pessoa.

Na subescala de *Afetos Inibitórios (AI)*, a versão terapeuta visa examinar o foco terapêutico com o propósito de regular os afetos inibitórios (ansiedade, culpa, vergonha, medo) e de ajustar o ritmo do trabalho terapêutico para que seja tolerável para o cliente. Na versão cliente, avalia o desconforto do cliente ao ser exposto aos afetos ativadores, por meio de sinais verbais ou não verbais.

A subescala seguinte, de *Reestruturação do Self (RS)*, na versão da terapeuta visa pontuar quando a terapeuta procura auxiliar o cliente a aperfeiçoar a sua autoimagem, de forma que este seja mais compassivo e reconheça as suas forças e vulnerabilidades, por meio da imaginação de um *self* ideal, capaz de lidar com as dificuldades de maneira distinta. Na versão do cliente, subdivide-se em duas versões: *Reestruturação do Self Realista (RSR)*, designada à avaliação de respostas do cliente que manifestem melhorias relacionadas ao seu ao seu autocuidado, autoestima, autoconfiança e/ou o reconhecimento de contextos em que é negligente e abusivo consigo mesmo; e *Reestruturação do Self Irrealista (RSI)*, para falas em que o cliente exprime falta de autocuidado, autoestima e autoconfiança, com comportamentos de autoataque excessivo.

A última subescala, de *Reestruturação dos Outros (RO)*, pretende, na versão terapeuta, caracterizar as intervenções onde o mesmo procura que o cliente aperfeiçoe a sua perceção acerca dos outros e dos seus relacionamentos, de maneira a proporcionar uma visão mais saudável e compassiva, sem idealização ou desvalorização. Na versão do cliente, a *Reestruturação dos Outros (RO)* também se subdivide em duas: a *Reestruturação dos Outros Realista (ROR)*, para respostas do cliente onde este se apresenta mais recetivo a conceções diferentes das mensagens dos outros e à construção de imagens internas de relacionamentos mais afirmativos e prazerosos, com compaixão, aceitação e confiança; a *Reestruturação dos*

Outros Irrealista (ROI), para respostas que reflitam uma percepção pessimista e irrealista acerca dos outros, com elevada desconfiança, idealização ou desvalorização.

Helpful Aspects of Therapy (HAT; Elliott, 1993)

O HAT, em português Aspectos Úteis da Terapia (AUT; Sales et al., 2007), é um questionário idiográfico que identifica acontecimentos relevantes que ocorrem dentro de uma sessão psicoterapêutica. Este questionário é representado numa escala tipo *likert* de 5 pontos, onde o cliente responde a duas questões iniciais abertas que possibilitam descrever os acontecimentos considerados mais e úteis para a mudança do cliente e de que maneira. Para além disso, avalia de que forma esses momentos ajudaram o cliente, identifica em que momento da sessão ocorreu e a sua duração. O David preencheu o questionário semanalmente, no final de cada sessão, contudo, na sessão 17 não foi possível o seu preenchimento. Na presente investigação, os dados relativos à HAT foram usados com a finalidade de aceder à visão do cliente acerca do que foi trabalhado em sessão.

Procedimentos de Recolha de Dados e Seleção das Sessões a Cotar

A recolha de dados do presente estudo inseriu-se no desenho de investigação vigente na Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde do Serviço de Psicologia da UA1g (SP – UA1g). A terapeuta aceitou participar no estudo e convidou o cliente a participar logo na primeira sessão terapêutica, onde explanou os procedimentos necessários e as questões éticas associadas ao estudo. As gravações das sessões foram autorizadas pelo cliente, com recurso a um consentimento informado para o efeito, estando patente que, poderia desistir do processo de recolha da mesma a qualquer instante, não existindo entraves no seu tratamento. De forma a recolher informações relativas ao caso clínico, mais concretamente acerca do funcionamento do cliente, do seu processo de mudança e da relação terapêutica estabelecida, foi realizada uma entrevista à terapeuta.

De maneira a salvaguardar a economia de tempo da codificação das sessões e, ainda assim preservar a abrangência do processo, foram seleccionadas somente as sessões pares do caso. Todavia, quando essa seleção das sessões pares não era exequível devido a limitações técnicas no arquivo de gravação, foi usada a sessão imediatamente a seguir. Ao longo de todo o processo de cotação, os juízes foram cegos tanto ao desfecho do caso (sucesso *vs.* insucesso), bem como ao número da sessão que estavam a cotar.

Procedimentos de Cotação

Cotação das sessões com a Escala de Caracterização da Intervenção Terapêutica na TFA

A primeira fase executada para responder ao objetivo do presente estudo constituiu na cotação das sessões de modo global. De forma a ser efetuado o treino das cotações, foram realizadas reuniões de supervisão onde os três juízes e dois auditores codificavam a sessão escutada com a Escala de Caracterização da Intervenção Terapêutica na TFA. Estas reuniões decorreram em 3 semanas, com a duração de duas horas. As cotações dos juízes foram comparadas de forma a compreender o grau de concordância e perceber as dúvidas existentes sobre qual a cotação apropriada para cada subescala. Seguidamente, os juízes tiveram acesso a uma sala específica para a concretização das cotações, em que as sessões designadas a cada um se encontravam numa conta a que o próprio tinha acesso, com uma palavra-passe individualizada. Os juízes ouviram as sessões de maneira autónoma e atribuíram a classificação com a ECIT – TFA. Cada sessão foi cotada por dois juízes.

Neste processo, foram realizadas reuniões de acompanhamento, nas quais era avaliado o nível de concordância entre os dois cotadores que cotaram a mesma sessão. Se o grau de concordância obtivesse um nível inferior a .75 (indicador de boa concordância; Koo & Li, 2016), os cotadores debatiam os pontos de vista discordantes e trabalhavam em conjunto de modo a chegar a um consenso. Quando o consenso não era exequível, recorria-se a um auditor para auxiliar a obter um consenso entre as cotações dos juízes. Durante sete semanas (de 24 de novembro a 19 de janeiro), foram analisadas 9 sessões e realizadas cinco reuniões de acompanhamento.

Seguidamente, as sessões que evidenciavam um determinado objetivo terapêutico e um *Intraclass Correlation Coefficient* elevado (ICC), em detrimento das restantes, foram selecionadas para cotação com o SCOT. Na totalidade, as sessões selecionadas para codificação fala-a-fala foram três.

Treino de Cotação das sessões com o Sistema de Codificação dos Objetivos Terapêuticos (SCOT)

De forma a ocorrer uma apropriação do modelo de cotação com o sistema de codificação fala-a-fala e treino no mesmo, os juízes efetuaram exercícios de um caderno construído pelos autores da adaptação do SCOT. Os exercícios incluíam intervenções isoladas, de maneira a identificar a que subescala correspondia a intervenção terapêutica em questão e sequências de diálogos entre terapeuta e cliente, com a finalidade de preparar os cotadores para uma correta

codificação posterior das sessões. Esta etapa durou duas reuniões de supervisão com os autores da escala.

Cotação das sessões com o Sistema de Codificação dos Objetivos Terapêuticos (SCOT)

A cotação de cada sessão fala-a-fala foi executada por dois juízes, que efetuaram a codificação de forma independente. Esta cotação foi realizada no programa de software digital *Audacity* (Audacity 2.4.2: Mazzoni & Dannenberg, 2002), no qual os áudios foram segmentados fala-a-fala. A cada duas sessões analisadas, foi efetuado o cálculo da concordância com recurso ao *Kappa de Cohen*. Esta fase durou 2 meses (fevereiro a abril de 2024), sendo realizadas três sessões de acompanhamento para compreensão dos níveis de concordância.

Realizada a codificação das três sessões, efetuada com as letras correspondentes às subescalas do SCOT, os avaliadores converteram a sua classificação para um código numérico, possibilitando a análise dos dados com o método selecionado (ver Procedimentos de Análise de Dados). A nova configuração encontra-se em anexos (Anexos D e E).

Procedimento de Análise de Dados

Com o objetivo de corresponder ao pretendido com esta dissertação, foram analisadas sequências de interações de terapeuta e de cliente nas sessões selecionadas. As cotações das sessões psicoterapêuticas foram analisadas através do procedimento estatístico *State Space Grid* (SSG; Lewis et al., 2004). Este procedimento analisa duas ou mais séries de dados sincronizados que compõem um sistema dinâmico e representa a interação entre as séries sob a forma de uma grelha. No presente estudo, o comportamento da terapeuta (cotado com o SCOT – Terapeuta) é representado no eixo Y e, por sua vez, o comportamento do cliente (cotado com o SCOT – Cliente) é representado no eixo X. Assim, cada célula no interior da grelha representa uma interação entre os comportamentos de cada membro da díade, ou seja, a resposta do cliente a uma intervenção do terapeuta. Como exemplo, um tipo de interação que pode ocorrer é *Experiência dos Afetos* (Intervenção da terapeuta) – *Afetos Inibitórios* (Resposta do cliente).

Quando ocorre um novo tipo de interação na díade, é assinalada uma nova célula correspondente a esse comportamento conjunto, onde é traçada uma linha que conecta o ponto anterior ao novo. Posto isto, a grelha retrata e exemplifica uma sequência de eventos que ocorrem no momento a momento do processo terapêutico (Hollenstein, 2007). No presente estudo, através da aplicação deste procedimento, foi possível identificar sequências de intervenções da terapeuta e respostas do cliente, permitindo examinar se a intervenção posterior da terapeuta foi não responsiva à reação do cliente.

Para melhor compreensão dos dados que serão refletidos nos Resultados desta dissertação, será necessário esclarecer os conceitos que serão apresentados na análise das grelhas de interação entre a díade (Tabela 2). Um dado importante referido é o índice de dispersão que é uma medida que caracteriza os eventos distribuídos na grelha de interação ao longo da sessão. Matematicamente, a dispersão é “*a soma das durações proporcionais ao quadrado em todas as células, corrigidas para o número de células*” (Hollenstein, 2013, p. 46). A medida é invertida para que exista um intervalo compreendido entre 0 e 1, onde valores mais próximos a 1, indicam uma maior dispersão de interações na díade. Uma dispersão de 0 corresponde à presença de interações da díade numa única célula, ou seja, somente existiria um tipo de interação durante uma sessão psicoterapêutica. O número de tipos de interação comportam o número total de células visitadas pelo sistema, refletindo o número total de interações entre a díade numa determinada sessão.

O termo atrator diz respeito ao tipo de interação terapeuta – cliente que situa-se com maior frequência na sessão psicoterapêutica. Por sua vez, o tempo de duração do atrator refere-se ao tempo total da célula selecionada em uma única trajetória.

Por último, é importante ressaltar que o SSG exclui automaticamente as interações com menor frequência de ocorrência e com um tempo de duração reduzido (por comparação com o tempo médio das restantes interações). Este passo visa garantir a extração dos dados mais representativos da sessão.

Resultados

Distribuição das sessões cronologicamente no tempo

Na tabela 1 são identificadas as duas etapas de cotação das sessões para este caso (9 sessões). Nesta tabela são retratados os objetivos terapêuticos com a aplicação da ECIT – TFA (nível macroanalítico), o respetivo valor de ICC obtido e as sessões selecionadas para a etapa de cotação com o SCOT (nível microanalítico). Nas últimas colunas, demonstramos ainda o valor do *Kappa de Cohen* alcançado para o acordo entre os dois juízes das sessões com recurso ao SCOT e os atratores identificados através da SSG.

Tabela 1.

Identificação dos objetivos terapêuticos das Sessões com o ECIT – TFA, valores de ICC, seleção das sessões a analisar com o SCOT, valor de Kappa de Cohen e atrator

Etapas de Análise					
		ECIT – TFA		SCOT	
Sessões	ICC	Objetivo Terapêutico	Sessões Selecionadas	Kappa de Cohen	Atrator
2	1.00	RA (Experiência)		-	-
4	.38	Experiência dos Afetos	X	.89	Expressão dos Afetos – Expressão dos Afetos.
6	.571	Experiência dos Afetos		-	-
8	1.00	RA		-	-
9	.4	Experiência dos Afetos		-	-
10	1.00	RA (Expressão)	X	.90	Experiência dos Afetos – Expressão dos Afetos.
14	.91	Sessão Mista (RD e RD*)		-	-
15	.60	RA (Experiência)		-	-
17	1.00	RA*	X	.785	Expressão dos Afetos – Expressão dos Afetos.

Nota. *RD corresponde à Reestruturação das Defesas. RA corresponde à Reestruturação dos Afetos.

Com base na avaliação das sessões realizada com o ECIT-TFA, na maior parte das sessões a intervenção terapêutica centrou-se na Reestruturação dos Afetos apresentando, em

algumas sessões, foco no objetivo terapêutico de Experiência dos Afetos e/ou Expressão dos Afetos. Relativamente aos valores de concordância para esta escala, estes apresentaram muita variabilidade e estiveram abaixo do desejável para a quarta sessão. No entanto, essa sessão foi selecionada para análise na etapa seguinte devido ao seu claro perfil de RA. O baixo valor no ICC deveu-se à discordância observada nas restantes subescalas (RD, RS e RO). As sessões selecionadas para análise com a SCOT, depois de cotadas por dois juízes independentes, alcançaram níveis bons a muito bons de *Kappa de Cohen*.

Para suportar a validade concorrente do SCOT, verificámos se os atratores identificados na análise das interações nas sessões selecionadas através da SSG (microanálise) convergiram com a avaliação global realizada com a ECIT – TFA (macroanálise). De um modo geral, existe uma convergência nos resultados da avaliação observada. Este resultado é importante, uma vez que suporta a validade do estudo.

Aplicação da SSG às sessões cotadas com o SCOT

Indicadores estatísticos

Serão apresentadas, na tabela 2, as três sessões e os indicadores estatísticos obtidos através do SSG, nomeadamente: o índice de dispersão, o número dos tipos de interação, atrator e tempo total no atrator principal.

Tabela 2.

Indicadores estatísticos da análise das sessões com recurso à SSG

Indicadores	Sessão 4	Sessão 10	Sessão 17
Índice de Dispersão	.856	.895	.678
Tipos de Interação	14	23	7
Atrator (Terapeuta – Cliente)	Expressão dos Afetos – Expressão dos Afetos	Experiência dos Afetos – Expressão dos Afetos	Expressão dos Afetos – Expressão dos Afetos
Tempo no Atrator*	6,76	6,16	8,5

Nota. *O tempo no Atrator é apresentado em minutos.

Tendo em consideração os dados da tabela anterior, existem indicadores potenciadores de *insights* do caso clínico. No que diz respeito ao índice de dispersão, ao serem comparadas as sessões, existiu um aumento do índice de dispersão da quarta sessão para a décima sessão (de .856 para .895), o que reflete que houve uma maior ocorrência de tipo de interações entre a díade na décima sessão (23 tipos, comparados aos 14 tipos na quarta sessão). A décima sétima sessão demonstrou uma diminuição do índice de dispersão (.678) e dos tipos de interações (7), o que sugere que o trabalho da díade terapêutica começou a ser de maior colaboração no período que antecedeu o abandono da terapia.

No que se refere aos atratores das sessões, é possível verificar que a quarta e a décima sétima sessão pautam-se pelo mesmo atrator, sendo este caracterizado por uma intervenção terapêutica de *Expressão dos Afetos* e de resposta do cliente no mesmo sentido (*Expressão dos Afetos*). Na décima sessão o terapeuta convida o David à *Experiência dos Afetos* e ele avança para a *Expressão dos Afetos*. Este resultado sugere que terapeuta e cliente trabalharam em todas as sessões a reestruturação das emoções.

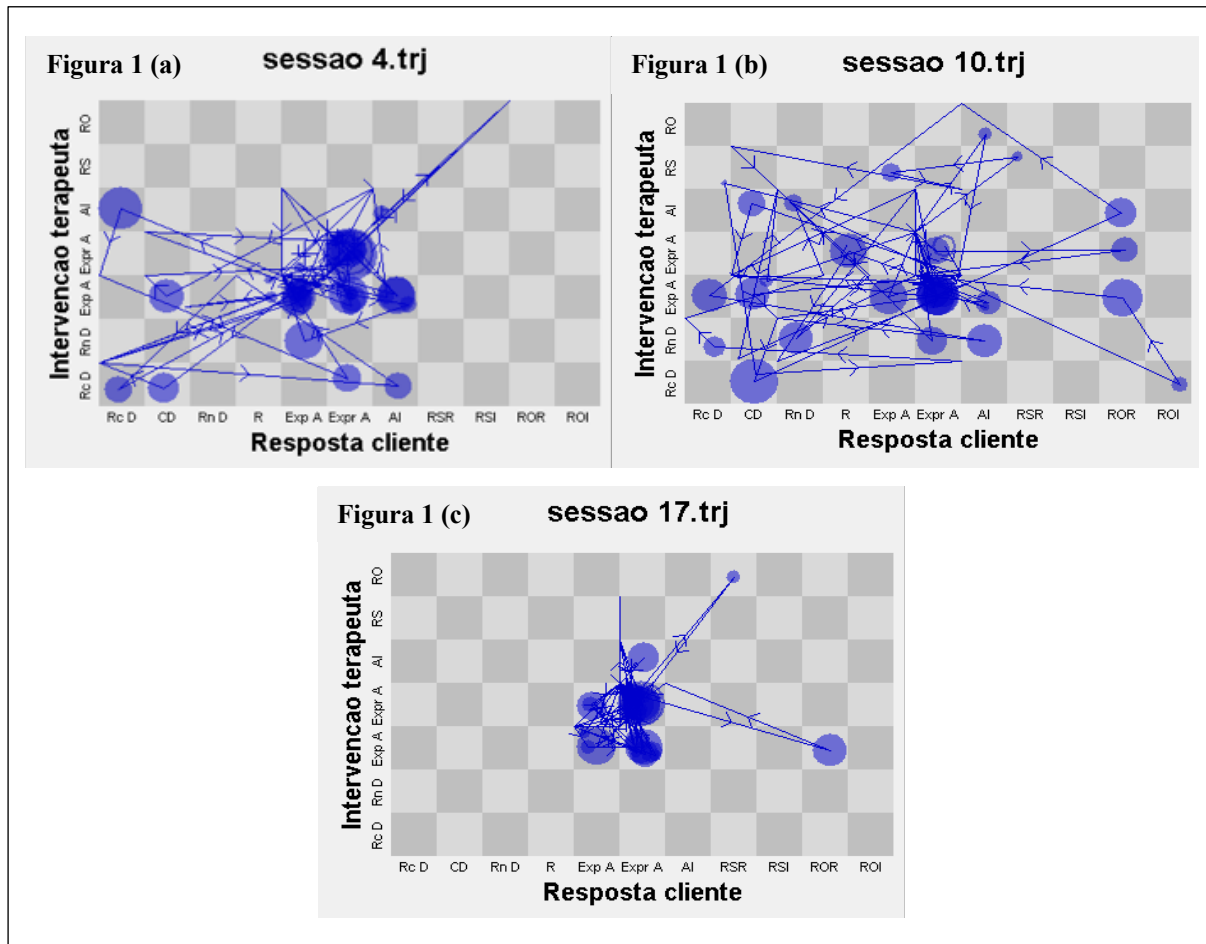
Uma leitura combinada dos resultados parece mostrar que, apesar do alinhamento entre terapeuta e cliente nesse foco terapêutico e da diminuição da dispersão ao longo do processo, não tendeu a aumentar substancialmente o tempo que dedicaram a esse tipo de interação. Tal pode sugerir uma estagnação no processo terapêutico.

Análise visual das grelhas de interação do caso David

Com o propósito de executar uma análise mais aprofundada e qualitativa das sessões psicoterapêuticas, na figura 1 são apresentadas as grelhas de interação terapeuta – cliente das sessões do David.

Figura 1.

Grelhas de interações terapeuta – cliente por sessão do caso David



Nota. Na figura, um círculo vazio refere-se ao primeiro episódio interativo da sessão (e.g., Expressão dos Afetos – Expressão dos Afetos na quarta sessão). Os círculos restantes com preenchimento referem-se a episódios interativos mais salientes junto com a sessão, e quanto maior for o seu tamanho, maior o tempo de duração. As setas interconectam os círculos e mostram a direção entre um episódio e o seguinte. As nomenclaturas são as seguintes: Terapeuta (Rc D – Reconhecimento de Defesas; Rn D – Renúncia das Defesas; Exp A – Experiência dos Afetos; Expr A – Expressão dos Afetos; AI – Afetos Inibitórios; RS – Reestruturação do Self; RO – Reestruturação dos Outros); Cliente (Rc D – Reconhecimento de Defesas; CD – Comportamento Defensivo; Rn D – Renúncia das Defesas; R – Resistência; Exp A – Experiência dos Afetos; Expr A – Expressão dos Afetos; AI – Afetos Inibitórios; RS – Reestruturação do Self Realista; RSI – Reestruturação do Self Irrealista; RO – Reestruturação dos Outros Realista; ROI – Reestruturação dos Outros Irrealista).

Com base na análise visual das Grelhas de interações terapeuta – cliente, nas sessões 4 e 10 observou-se uma elevada heterogeneidade no que se refere ao tipo de interações terapêuticas. Na sessão 17 verificou-se uma maior homogeneidade no que se refere ao tipo de interações.

Ao observar os microprocessos da quarta sessão (Figura 1a), por referência ao atrator supramencionado (*Expressão dos Afetos – Expressão dos Afetos*), é possível destacar um trabalho da díade no sentido do David expressar os seus afetos. Essa interação pode ser ilustrada com base no diálogo extraído da respetiva sessão:

Terapeuta – Então diga, diga...

David – Quando a gente se zanga, o meu maior receio é a discussão escalar e eu, eventualmente, separarmos, tenho medo de a perder, então o que eu faço é para agradá-la o máximo possível, mesmo quando sem querer faço alguma coisa que ela não gosta, é o pensamento que vai na cabeça, por isso é o meu receio.

Apesar do atrator/foco da sessão ter estado relacionado com a *Expressão dos Afetos*, dada a dispersão observada, outros tipos de interação foram preponderantes na interação entre a terapeuta e o cliente. Desde logo, às intervenções da terapeuta de experiência das emoções (Exp A), o cliente respondeu com experiência (Exp A) e/ou expressão das emoções (Expres A), com afeto inibitório (AI), com resistência (R) e com comportamentos defensivos (CD). Além disso, a terapeuta também interveio para que o cliente reconhecesse (RcD) e renunciasse aos padrões defensivos (RnD), tendo o David reagido com reconhecimento (RcD), comportamentos defensivos (CD), resistência (R), experiência (Exp A), expressão (Expr A) e afeto inibitório (AI). Nesta sessão, apesar do trabalho em torno dos afetos, existiram movimentos do cliente que remeteram para o afeto inibitório e para comportamentos defensivo quando convidado a reconhecer as defesas. Assim, este resultado pode sugerir uma excessiva focalização no afeto quando seria necessário trabalhar mais o reconhecimento das defesas e a renúncia.

Na perspectiva do David – descrita no *Helpful Aspects of Therapy* (HAT) –, nesta sessão a terapeuta ajudou-o a perceber que tendia a ficar inibido e a não exprimir os seus sentimentos com o receio de prejudicar as suas relações. De algum modo, esta perceção do David, pode sugerir que a inibição e os movimentos defensivos observados na sessão podem ter sido necessários para que ele tomasse consciência da sua dificuldade em expressar o que sente.

Relativamente à décima sessão (Figura 1b), com recurso à análise da grelha de interação, o atrator situou-se na *Experiência dos Afetos – Expressão dos Afetos*. Este dado revelou que o trabalho da terapeuta incidiu na procura que o David experienciasse e nomeasse os afetos até então inibidos, sendo que o cliente apresentou uma expressão livre das suas emoções em alguns momentos, como verificado através dos diálogos sequenciais seguintes:

David – (...) “sinto-me bem por isso”.

Terapeuta – “Pelo quê?” (Experiência dos Afetos)

David – “Opá pela sintonia que ganhámos agora, acho que estamos mais firmes agora do que antes, acho que tinha isto aqui, ahh, por dizer e não dizia, sentia que isto vai soar demasiado mal ou então estou a dizer isto, mas deve estar muito diferente a minha perspectiva, e olhe foi bom puder dizer isto, eu tenho a minha perspectiva, ela mostrou a dela, eu entendi e agora estamos em sintonia”. (Expressão dos Afetos)

Terapeuta – “Tinha medo de falar, é, da forma como relata dá a entender que é isso!”
(Experiência dos Afetos)

David – “Opá medo não, tinha medo de gerar um desentendimento ou mal-estar, e acho que era tolo da minha parte porque depois de o fazer, acho que foi a coisa certa, sem dúvida, acho que deu para ah sei lá, era como se fosse uma mãe a agir como aqui estava, e correu bem, conseguimos lidar com isto bem”. (Expressão dos Afetos)

Terapeuta – “Diria que sente uma diferença por ter conseguido falar com ela?”
(Experiência dos Afetos)

David – “Acho que sinto melhor comigo mesmo por ter sido capaz de abordar assuntos assim, sinto bem pelo facto de ter abordado isso e depois o resultado ter sido bom”. (Expressão dos Afetos)

Com base na análise visual da *Grid*, nesta sessão, a díade esteve também no tipo de interação *Expressão dos Afetos – Expressão dos Afetos*, podendo por isso considerarmos esta sessão de *Reestruturação dos Afetos*. Contudo, dada a dispersão observada, a descrição de outros tipos de interação devem ser considerados para compreender a dinâmica da relação terapêutica. Por exemplo, tal como na sessão anterior, a terapeuta procurou que o cliente reconhecesse as defesas (RcD) e este respondeu com comportamentos defensivos (CD). Este mesmo comportamento (CD) ocorreu também em resposta à intervenção da terapeuta de experiência das emoções (Exp A) e de afeto inibitório (AI). Do mesmo modo, a resistência (R) ocorreu em resposta ao convite a expressar os afetos (Expr A). No outro extremo da escala de resposta, verificamos que o David também respondeu à terapeuta com *Reestruturação dos Outros Realista* (RSR) a intervenções de experiência (Exp A), expressão (Expr A) e afeto inibitório (AI).

Esta sessão foi marcada pela dispersão, pela diversidade de interações e, pelo que observamos na grelha, uma amplitude de interações que abrange grande parte das respostas possíveis por parte do cliente. Além disso, essas respostas parecem não estar alinhadas com a intervenção da terapeuta e, por vezes, revelam uma reação defensiva e de resistência do David.

Apesar da dispersão e ocorrência de defesas e resistências, no HAT o David referiu que a intervenção da terapeuta em parabenizá-lo foi importante para que ele reconhecesse que deve expressar melhor as suas necessidades com o propósito de melhorar a sua autoestima. O David parece ter valorizado o trabalho em torno do atrator, não tendo mostrado desconforto relativamente a outras experiências tidas na sessão.

No que diz respeito à décima sétima sessão (Figura 1c), última do processo terapêutico retratada na grelha de interação e, também, última sessão antes da desistência do David, o

atrator correspondeu à *Expressão dos Afetos – Expressão dos Afetos*. Verificou-se que houve uma diminuição da heterogeneidade de interações da díade e um ligeiro aumento do tempo em interação no atrator, refletindo que o trabalho terapêutico foi mais colaborativo. Em contraste com as sessões anteriores, terapeuta e cliente interagiram numa área definida por quatro células que representam a reestruturação dos afetos. Isto sugere que o cliente aceitou as propostas da terapeuta e, por sua vez, esta procurou potenciar a experiência e expressão de sentimentos do cliente. No extrato que se segue, fica patente a qualidade da colaboração entre a terapeuta e o David nesta sessão em relação ao trabalho com as emoções.

Terapeuta – “Está de parabéns, volto a dizer”. (Expressão dos Afetos)

David – “Obrigado, talvez de mim ter ouvido o que ouvi e ter conseguido ser honesto”. (Expressão dos Afetos)

Terapeuta – “Conseguiu exprimir o que sentia, conseguiu beber de coisas muito positivas das quais nem sequer estava à espera”. (Expressão dos Afetos)

David – “Sim, acho que sim”. (Expressão dos Afetos)

Terapeuta – “O que é que diria que isso lhe traz, de uma aprendizagem?” (Expressão dos Afetos)

David – “Deixa-me mais feliz. Em termos de aprendizagem, que devo ser mais honesto com as pessoas, dizer o que acho, o que sinto, estimula-me a fazer isso mais vezes, porque pode ter um impacto positivo nas relações”. (Expressão dos Afetos)

Para além do trabalho contínuo da díade nos objetivos terapêuticos da *Reestruturação dos Afetos* (RS), no extrato houve uma procura de compreender a visão que o cliente tinha de si próprio (RSR), da sua mudança (Expr A) e do efeito da mesma sobre a relação com os outros (ROR). O David não preencheu o HAT relativo a esta sessão.

Na entrevista realizada à terapeuta sobre a terapia do David, sobressaíram os sentimentos de frustração da terapeuta, dado a invalidação do David às suas intervenções focadas no reconhecimento e renúncia dos padrões defensivos. Esta atitude parece ter levado a terapeuta concluir que o David não se encontrava aberto a realizar mudanças. A terapeuta referiu ainda que ele demonstrou uma atitude de complacência, que parecia revelar uma tentativa de diminuir as intervenções mais desafiantes da terapeuta. Para além disso, em termos de objetivos terapêuticos, houve a necessidade de trabalhar a visão que o cliente tinha de si e dos outros, de forma a ser mais compassivo.

Discussão

A presente dissertação pretendeu descrever a interação da díade terapêutica, procurando avaliar se houve responsividade por parte da terapeuta e compreender a desistência precoce do processo terapêutico. Para tal, foi feita uma análise microanalítica da interação entre as intervenções da terapeuta e as respostas do cliente num caso de insucesso, devido a desistência, em psicoterapia individual com Modelo de Tratamento para a Fobia a Afetos (McCullough et al., 2003).

Através da análise da cotação global das sessões e das grelhas de interação fala-a-fala, foi constatado que as interações da díade terapêutica se focaram, maioritariamente, no objetivo de *Reestruturação dos Afetos*. Este resultado é clinicamente plausível considerando o racional proposto pelos autores modelo da TFA, em que é exetável que clientes com um GAF inicial de 72 demonstrem uma boa capacidade para reconhecer e renunciar aos padrões defensivos, de modo que o tratamento possa focar-se rapidamente no trabalho sobre a exposição aos afetos, com a finalidade de os expressar de forma madura. De forma consistente com este pressuposto, verificou-se que as intervenções da terapeuta procuraram, na sua maioria, o trabalho sobre a *Experiência dos Afetos e Expressão dos Afetos* e as respostas do cliente foram do tipo *Expressão dos Afetos*. Contudo, nas duas primeiras sessões analisadas, o exame detalhado das interações sugere que existiram dificuldades na colaboração entre a terapeuta e o David. Estas não impediram que o David, segundo o relato na HAT, tivesse retirado benefícios dessas sessões. A terceira sessão analisada, apesar do trabalho colaborativo, antecedeu o abandono do processo. Em seguida, refletimos sobre os resultados obtidos por sessão, sobre o seu significado para compreender o processo terapêutico e, em particular, o papel da responsividade do terapeuta para a obtenção de resultados terapêuticos.

Na quarta sessão verificou-se que o foco predominante foi o trabalho sobre a *Expressão dos Afetos*. No entanto, esta sessão apresentou uma elevada variabilidade de interações (14) e elevada dispersão (.856), o que sugere que houve menor colaboração, com pontos discrepantes entre a díade, onde o cliente apresentou dificuldade em reconhecer as suas defesas (*Comportamento Defensivo – Resposta Cliente*) e, logo, pouca motivação para renunciar às mesmas (*Resistência – Resposta Cliente*), após intervenções da terapeuta neste sentido (*Reconhecimento e Renúncia das Defesas – Intervenção da Terapeuta*). Para além disso, houve reconhecimento, experiência e/ou expressão dos afetos, bem como afeto inibitório do cliente. Esta dificuldade foi expressa por comportamentos defensivos e por resistência, por parte do cliente, em resposta à exposição ao afeto temido realizada pela terapeuta (*Experiência dos Afetos – Intervenção da Terapeuta e Comportamento Defensivo e/ou Resistência – Resposta do*

Cliente). Este padrão de resistência pode ser explicado pela não responsividade da terapeuta, podendo especular-se que a terapeuta poderia ter tido em conta os sinais de defesa e ansiedade excessiva do cliente e aplicar mais regulação da ansiedade.

Na décima sessão, embora o foco principal pareça ter sido o trabalho sobre a *Expressão dos Afetos*, a grande disparidade de tipos de interações da díade e a elevada dispersão mostra que a terapeuta necessitou de recorrer a diferentes tipos de intervenção e que a díade não colaborou para um objetivo específico na sessão. Seria de esperar que, nesta fase já intermédia do processo, o cliente acesse a algum contacto com as emoções, com o trabalho sobre a *Reestruturação das Defesas* mais consolidado. Todavia, o cliente não conseguiu distanciar-se dos padrões defensivos, demonstrando comportamentos de defesa, perante a procura da terapeuta em reconhecer os padrões defensivos, em que o David experiencie as emoções e em regular o desconforto sentido (*Reconhecimento de Defesas, Experiência dos Afetos e/ou Afetos Inibitórios – Intervenção da Terapeuta e Comportamentos Defensivos – Resposta do Cliente*), e resistência, que se seguiu à intervenção da terapeuta de expressão dos afetos. Tendo por base o racional do modelo teórico, perante um padrão de defesas muito enraizado e que se manifesta como sabotagem ao tratamento, a recomendação é que os terapeutas recorram a um trabalho de *Reestruturação do Self e dos Outros* com forte tentativa de regulação das ansiedades (McCullough et al., 2003). Neste caso, parece ter existido um trabalho por parte da terapeuta de o auxiliar na construção de uma perceção mais adaptativa dos outros, verificado na intervenção da terapeuta de *Experiência e/ou Expressão dos Afetos e Afetos Inibitórios* e da resposta do cliente de *Reestruturação do Self Realista*. Contudo, face ao contínuo desconforto expresso pelo cliente, podemos especular que poderia ter sido benéfico a terapeuta adequar as suas intervenções, sendo mais responsiva e focando-se mais na regulação dos afetos inibitórios.

Já na décima sétima sessão, as intervenções da terapeuta centraram-se na *Reestruturação dos Afetos*, onde a terapeuta procurou salientar os avanços que o cliente teve na expressão da assertividade no relacionamento com o seu irmão. O cliente correspondeu, demonstrando conseguir expressar o que sentia sem se culpabilizar. Este dado é representado na interação *Expressão dos Afetos* (Intervenção da Terapeuta) e *Expressão dos Afetos* (Resposta do Cliente), expressa na grelha de interação. Além disso, apresentou uma melhoria na sua perceção dos outros mais positiva e realista quando exposto à experiência dos afetos pela terapeuta (*Experiência dos Afetos – Intervenção Terapeuta e Reestruturação dos Outros Realista – Resposta do Cliente*), refletida numa visão de si mais adaptativa. A terapeuta realizou *Reestruturação dos Outros* e o David respondeu com *Reestruturação do Self Realista*. Esta sessão registou menos disparidade nos tipos de interação (7 com dispersão de .678), o que

sugere uma maior colaboração terapêutica de qualidade entre a díade, com responsividade e adequação das intervenções às respostas do cliente, de modo que trabalhassem para os mesmos objetivos.

Tendo em conta a generalidade dos resultados obtidos, a terapeuta parece ter realizado intervenções de forma não responsiva às necessidades explícita ou implicitamente expressas pelo David, não sendo esta capaz de regular a ansiedade e prevenir respostas evitativas do cliente em resposta à exposição aos afetos. Essa falta de capacidade de adequação e motivação do cliente para o trabalho sobre um determinado objetivo de forma congruente entre a díade é visível também pelos altos índices de dispersão deste caso, que revelam baixa colaboração terapêutica. Estes dados são consistentes com estudos anteriores (Kealy et al., 2022; Pinto et al., 2018; Ryttinger et al., 2022) em que a não adequação das suas intervenções terapêuticas às reações dos clientes pode levar a que estes sintam a terapia como demasiado exigente e acabem por abandonar o processo terapêutico. Outro fator que pode prejudicar o decurso do tratamento, é a procura por seguir o modelo de forma rígida (Safran et al., 2001), como parece ter sucedido neste caso. Assim, as nossas descobertas vão ao encontro da literatura que destaca o contributo de fatores do terapeuta, e não somente do cliente, como determinantes para os resultados dos tratamentos (Xiao et al., 2017).

Adicionalmente a estas dificuldades relacionadas com a responsividade da terapeuta, é também pertinente mencionar a falta de motivação do David referida pela terapeuta na entrevista que lhe foi realizada. Esta falta de motivação para a mudança pode ter prejudicado o seu envolvimento com os desafios inerentes ao processo de tratamento, contribuindo para que o cliente não estivesse preparado para realizar as mudanças que pareciam necessárias para atingir os objetivos delineados. Além disso, o facto de o pedido de consulta não ter partido diretamente do próprio David sugere uma dificuldade no estabelecimento da aliança terapêutica. Tais fatores, tal como indicam os estudos de Zimmermann et al. (2016), exigem que os terapeutas estejam atentos à baixa expectativa, motivação e comprometimento insuficiente dos clientes, que podem estar associados a uma maior probabilidade de abandono terapêutico.

Não obstante, apesar de ser um caso de insucesso, o cliente identificou, nas duas primeiras sessões analisadas, acontecimentos úteis, em que a intervenção da terapeuta facilitou a construção de uma perspetiva diferente daquela que anteriormente mantinha, conforme relatado no instrumento qualitativo preenchido após a sessão. Este dado corrobora os resultados de investigações prévias que propõem, que mesmo em casos de insucesso, podem existir

melhorias nas relações, na sintomatologia, e uma percepção por parte dos clientes da terapia como positiva (Ferreira et al., 2015; Gonçalves et al., 2012; Lopes et al., 2018).

Limitações e Direções Futuras

As conclusões deste estudo devem ser lidas considerando a existência de algumas limitações. Em primeiro lugar, o facto de se tratar de um estudo de caso único, pese embora as suas vantagens, faz com que não seja representativo de todos os casos de insucesso. Será necessário a replicação com outros casos, de forma a compreender se ocorrem os mesmos padrões de desenvolvimento. Em segundo, a utilização de um sistema de codificação das sessões específico de um modelo terapêutico particular pode ter enviesado a leitura do caso de modo a encaixar no estipulado pelo racional teórico do mesmo. Além disso, o SCOT é um instrumento novo, cujas características psicométricas carecem de maior exploração, com a finalidade de comprovar a sua validade.

Outra das limitações a observar refere-se à morosidade do procedimento microanalítico de cotação das sessões. Embora se destaque através das suas potencialidades, este método necessita um grande comprometimento por parte dos avaliadores, onde é necessário o treino e codificação, de forma a compreender mais aprofundadamente as dinâmicas que produzem transformações no contexto terapêutico.

Por último, destaca-se o número reduzido de sessões analisadas (três sessões), não representando o processo terapêutico no todo. É recomendado que, em estudos futuros, um maior número de sessões deve ser considerado.

Ainda assim, a presente investigação apresenta um contributo valioso, por permitir captar as interações da díade e extrair conclusões acerca do que poderá ter contribuído para o desfecho menos positivo do caso do David, com implicações para a prática terapêutica e estudos adicionais.

Conclusão

Este estudo analisou a interação terapêutica num caso de desistência precoce no modelo de Tratamento para as Fobias a Afetos (TFA), procurando examinar a responsividade da terapeuta. Considerando o princípio da responsividade, verificou-se que esta investigação corroborou os resultados obtidos em estudos anteriores, onde a incapacidade da terapeuta em ir ao encontro das necessidades do cliente podem levar a que este se sinta incompreendido e desinteressado no processo terapêutico, culminando em abandono. Os resultados corroboram investigações prévias que apontam para a falta de responsividade do terapeuta como um fator que pode aumentar a probabilidade de abandono, mas evidenciam também que, mesmo em

casos de desistência, e conseqüente insucesso, os clientes podem beneficiar de alguns aspectos da terapia e sinalizar melhorias.

Apesar das limitações de um estudo de caso único e de poucas sessões analisadas, este trabalho oferece contributos relevantes para a prática clínica, sendo o primeiro estudo a explorar um caso de insucesso neste modelo psicodinâmico, que sublinha a importância de uma abordagem flexível e adaptada às necessidades emocionais dos clientes. Estudos futuros poderão expandir esta investigação para outros casos de desistência, ajudando a melhorar as intervenções terapêuticas.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Fourth Edition, Text Revision). American Psychiatric Association, 33-34.
- Bhatia, M., Rodriguez, M. G., Fowler, D. M., Godin, J. E., Drapeau, M., & McCullough, L. (2009). Desensitization of conflicted feelings: Using the ATOS to measure early change in a single-case affect phobia therapy treatment. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 11(1), 31-38.
- Cooper, A. A., & Conklin, L. R. (2015). Dropout from individual psychotherapy for major depression: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Clinical Psychology Review*, 40, 57-65. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.05.001>
- Elliott, R. (1993). Helpful aspects of therapy form. Disponível em <http://www.experiential-researchers.org/instruments/elliott/hat.pdf>
- Elliott, R. (2009). Psychotherapy change process research: Realizing the promise. *Psychotherapy research*, 20(2), 123-135. <https://doi.org/10.1080/10503300903470743>
- Elliott, R., Shapiro, D. A., Firth-Cozens, J., Stiles, W. B., Hardy, G. E., Llewelyn, S. P., & Margison, F. R. (1994). Comprehensive process analysis of insight events in cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapies. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 449-463. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/10412-0190022-0167/94/S3.00>
- Ferreira, Â. C. F., Ribeiro, E., Pinto, D., Pereira, C., & Pinheiro, A. (2015). Colaboração terapêutica: Estudo comparativo dois casos de insucesso terapêutico—um caso finalizado e de um caso de desistência. *Análise Psicológica*, 2(33), 165-177. 10.14417/ap.938
- Gonçalves, M. M., Loura, J., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Santos, A., & Matos, M. (2012). Interação terapêutica em momentos de ambivalência: Um estudo exploratório de um caso de insucesso. *Análise Psicológica*, 4(30), 467-490.
- Greenberg, L. S. (1986). Change process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(1), 4-9. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.1.4>
- Hollenstein, T. (2007). State space grids: Analyzing dynamics across development. *International Journal of Behavioral Development*, 31(4), 384-396. <http://dx.doi.org/10.1177/0165025407077765>
- Hollenstein, T. (2013). State Space Grids: Depicting Dynamics Across Development. *Springer*.
- Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1), 1-27. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>
- Kealy, D., McCollum, J., Curtis, J. T., Silberschatz, G., Katie, A., & Luo, X. (2022). Failure to respond to the patient's coaching: a case study of premature termination in psychodynamic psychotherapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 35(4), 789-813. <https://doi.org/10.1080/09515070.2021.2000941>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of chiropractic medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(3), 277-295. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12107>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 3(4), 249-258. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-0879\(199612\)3:4%3C249::AID-CPP106%3E3.0.CO:2-S](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4%3C249::AID-CPP106%3E3.0.CO:2-S)

- Lambert, M. J., & Vermeersch, D. A. (1994). The Effectiveness of Psychotherapy, Eds. Lambert, M. J., Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). *Encyclopedia of psychotherapy, 1*, 709-714.
- Lewis, M. D., Zimmerman, S., Hollenstein, T., & Lamey, A. V. (2004). Reorganization in coping behavior at 1 1/2 years: Dynamic systems and normative change. *Developmental Science*, 7(1), 56–73. <https://doi.org/10.1111/j.1467-7687.2004.00323.x>
- Lopes, R. T., Gonçalves, M. M., Sinai, D., & Machado, P. P. (2018). Clinical outcomes of psychotherapy dropouts: does dropping out of psychotherapy necessarily mean failure?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 40(2), 123–127. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2267>
- Machado, P. P., & Fassnacht, D. B. (2015). 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*, 88(4), 427-437. <https://doi.org/10.1111/papt.12048>
- Mazzoni, D., & Dannenberg, R. B. (2002). A fast data structure for disk-based audio editing. *Computer Music Journal*, 26(2), 62-76. <https://www.jstor.org/stable/3681457>
- McCullough, L. (Ed.). (2003). *Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy*. Guilford Press. ISBN 1-57230-810-9
- McCullough, L., & Andrews, S. (2001). Assimilative integration: Short-term dynamic psychotherapy for treating affect phobias. *Clinical Psychology: science and practice*, 8(1), 82–97. <https://doi.org/10.1093/clipsy.8.1.82>
- McCullough, L., Larsen, A. E., Schanche, E., Andrews, S., Kuhn, N., Hurley, C. L., & Wolf, J. (2003). Achievement of therapeutic objectives scale: ATOS scale. *Unpublished manual*, 1-19.
- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2001). Attachment style. *Psychotherapy*, 38, 466–472.
- Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy*, 48(1), 98–102. <https://doi.org/10.1037/a0022161>
- Pinto, D., de Sousa, I. P., Pinheiro, A., Freitas, A. C., & Ribeiro, E. (2018). The therapeutic collaboration in dropout cases of narrative therapy: An exploratory study. *Revista de psicoterapia*, 29(110), 167-184.
- Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A. S., Stiles, W. B., Pires, N., Santos, B., & Salgado, J. (2016). Therapeutic collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 26(6), 665-680. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1208853>
- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(3), 294–314. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x>
- Ryttinger, R., Serralta, F., Pires, N., Basto, I., Melo, G., & Ribeiro, E. (2022). Therapeutic collaboration in a comfort zone: a non-improved borderline patient psychotherapy case study (Colaboração terapéutica en una zona de confort: estudio de un caso de psicoterapia de un paciente borderline que no experimentó mejoría). *Studies in Psychology*, 43(3), 639-665. <https://doi.org/10.1080/02109395.2022.2132750>
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 406–412. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.406>
- Sales, C. M. D., Gonçalves, S., Silva, I.F., Duarte, J., Sousa, D., Fernandes, E., Sousa, Z., & Elliott, R. (2007). *Formulário – Aspectos Úteis da Terapia (HAT)*. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa, Departamento de Psicologia.

- Stiles, W. B. (2009). Logical operations in theory-building case studies. *Pragmatic case studies in psychotherapy*, 5(3), 9-22. <https://doi.org/10.14713/pcsp.v5i3.973>
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical psychology: Science and practice*, 5(4), 439-458. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x>
- Xiao, H., Castonguay, L. G., Janis, R. A., Youn, S. J., Hayes, J. A., & Locke, B. D. (2017). Therapist effects on dropout from a college counseling center practice research network. *Journal of Counseling Psychology*, 64(4), 424-431. <https://doi.org/10.1037/cou0000208>
- Zimmermann, D., Rubel, J., Page, A. C., & Lutz, W. (2016). Therapist effects on and predictors of non-consensual dropout in psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(2), 312-321. <https://doi.org/10.1002/cpp.2022>

ANEXOS

Anexo A.

*Escala de caracterização da intervenção terapêutica na Terapia para as Fobias e Afetos (ECIT – TFA) **

Nesta escala é descrito o foco e técnicas básicas da intervenção terapêutica para cada um dos seis objetivos de tratamento da Terapia para as Fobias e Afetos (McCullough et al., 2003). Visualize, sem interrupções, toda a sessão psicoterapêutica e assinale com um círculo o grau em que o terapeuta realiza intervenções específicas de determinado objetivo. Para cada objetivo encontra uma escala que varia entre “Nada Característico da Sessão” a “Muito Característico da Sessão”.

Observador: _____	ID Cliente: _____
Data: _____	Código Gravação: _____

I. Reestruturação das Defesas

1. Reconhecimento das Defesas

O terapeuta identifica e assinala as defesas/padrões desadaptativos do cliente. Para além de assinalar as defesas, procura descrever a função que estas cumprem face aos afetos ativadores e inibitórios. A constatação da função das defesas é feita sem julgamento, procurando o terapeuta explorar a origem das mesmas e qual a sua interligação com o presente.

1	2	3	4	5
Nada Característico da Sessão	Ligeiramente Característico da Sessão	Moderadamente Característico da Sessão	Caraterístico da Sessão	Muito Característico da Sessão

2. Renúncia das Defesas

O terapeuta procura ajudar o cliente a renunciar às defesas, intervindo para que o cliente explore os custos, benefícios, ganhos primários e secundários das mesmas. Mantém-se focado no desconforto gerado pelas defesas, comunica que estas são egodistónicas e descreve o potencial de mudança. Dá suporte para que o cliente faça o luto pelas suas defesas, podendo, neste contexto, validar as mesmas.

1	2	3	4	5
Nada Caraterístico da Sessão	Ligeiramente Caraterístico da Sessão	Moderadamente Caraterístico da Sessão	Caraterístico da Sessão	Muito Caraterístico da Sessão

II. Reestruturação dos Afetos

1. Experiência dos Afetos

O terapeuta intervém com o objetivo de expor o cliente à experiência adaptativa dos afetos. Aplica ciclos de exposição gradual ao afeto temido, com prevenção da resposta e regulação da ansiedade. Ajuda o cliente a nomear corretamente o afeto; a identificar as sensações físicas e a fantasiar a ação correspondente ao que está a sentir. As intervenções do terapeuta são deliberadas e focadas com o objetivo de auxiliar o cliente a entrar em contacto com as suas emoções.

1	2	3	4	5
Nada Caraterístico da Sessão	Ligeiramente Caraterístico da Sessão	Moderadamente Caraterístico da Sessão	Caraterístico da Sessão	Muito Caraterístico da Sessão

2. Expressão dos Afetos

O terapeuta foca-se na expressão guiada dos pensamentos, sentimentos, desejos ou necessidades do cliente. Ajuda o cliente a enfrentar e tolerar conflitos interpessoais, a estar apto para receber e responder adequadamente aos afetos que os outros expressam e a comunicar de forma madura, sem culpabilizações ou críticas severas. Procura que o cliente consiga integrar e equilibrar diferentes reações emocionais. Assinala as evoluções que observa e auxilia o cliente a ver as mudanças que alcançou, dentro e fora da sessão.

1	2	3	4	5
Nada Caraterístico da Sessão	Ligeiramente Caraterístico da Sessão	Moderadamente Caraterístico da Sessão	Caraterístico da Sessão	Muito Caraterístico da Sessão

III. Reestruturação do *Self* e dos Outros

1. Reestruturação do *Self*

O trabalho terapêutico centra-se em auxiliar o cliente a melhorar a sua autoimagem. Isto é: pergunta diretamente ao cliente se reconhece as suas necessidades; identifica em que circunstâncias os pacientes são negligentes e abusivos, em vez de serem carinhosos consigo mesmos; ajuda o cliente a ter uma autoestima mais saudável, a ser compassivo e a aceitar as suas forças e vulnerabilidades, desafiando a culpa e/ou a vergonha. Providencia suporte e encorajamento em relação ao empenho do cliente e/ou ajuda o cliente a imaginar um self ideal, capaz de lidar com as dificuldades de maneira diferente.

1	2	3	4	5
Nada Caraterístico da Sessão	Ligeiramente Caraterístico da Sessão	Moderadamente Caraterístico da Sessão	Caraterístico da Sessão	Muito Caraterístico da Sessão

2. Reestruturação dos Outros

O terapeuta intervém maioritariamente para auxiliar o cliente a melhorar a sua perceção dos outros. Procura ajudar o cliente a construir uma visão mais saudável dos outros, a ser compassivo e aceitar as forças e vulnerabilidades dos outros, sem idealização ou desvalorização. O terapeuta conversa com o cliente sobre episódios das suas relações; e/ou ajuda o cliente a analisar a visão que este tem acerca das pessoas significativas na sua vida, bem como do terapeuta, de modo que o cliente consiga desenvolver perspetivas mais realistas e adaptativas das suas relações. Foca-se nos afetos inibitórios associados aos sentimentos positivos face aos outros; procura que o cliente se torne mais recetivo e obtenha conceções diferentes das mensagens dos outros e/ou ajuda o cliente a mudar ou abandonar relacionamentos destrutivos/apegos negativos.

1	2	3	4	5
Nada Caraterístico da Sessão	Ligeiramente Caraterístico da Sessão	Moderadamente Caraterístico da Sessão	Caraterístico da Sessão	Muito Caraterístico da Sessão

* Adaptação portuguesa de Ferreira, Ribeiro & Janeiro (2023)

Anexo B.

Sistema de Codificação dos Objetivos Terapêuticos (SCOT) – Versão Terapeuta (ACHIEVEMENT OF THERAPEUTIC OBJECTIVES SCALE; ATOS)*

O Sistema de Codificação dos Objetivos Terapêuticos (SCOT) é uma medida de observação criada com base nos pressupostos terapêuticos do modelo da Terapia para as Fobias de Afetos de McCullough e colegas (2003). Permite identificar o tipo de objetivo terapêutico presente na interação entre terapeuta e cliente, a partir da visualização das sessões de psicoterapia.

Abaixo, encontrará uma descrição breve e concisa acerca dos conteúdos de cada objetivo de tratamento e da regulação dos afetos inibitórios. Para cada intervenção do terapeuta, indique, por favor, qual o objetivo a que corresponde o seu discurso.

A – RECONHECIMENTO DAS DEFESAS / INSIGHT

O terapeuta identifica e assinala as defesas/padrões desadaptativos do cliente. Para além de assinalar as defesas, procura descrever a função que estas cumprem face aos afetos ativadores e inibitórios. A constatação da função das defesas é feita sem julgamento, procurando o terapeuta explorar a origem das mesmas e qual a sua interligação com o presente.

Exemplos:

- Terapeuta 1 – *É natural que seja difícil relaxar para si, quando o que aprendeu com os seus pais foi que isso era ser preguiçoso [vergonha] e, por isso, mesmo quando pode descansar, acaba por arranjar mais tarefas domésticas que o sobrecarregam;*
- Terapeuta 2 – *Já reparou que sorri enquanto me relata esse episódio triste?*

B – RENÚNCIA DAS DEFESAS / MOTIVAÇÃO

O terapeuta procura ajudar o cliente a renunciar às defesas, intervindo para que o cliente explore os custos, benefícios, ganhos primários e secundários das mesmas. Mantém-se focado no desconforto gerado pelas defesas, comunica que estas são egodistónicas e descreve o potencial de mudança. Dá suporte para que o cliente faça o luto pelas suas defesas, podendo, neste contexto, validar as mesmas. Exemplos:

- Terapeuta 1 – *Nós não estamos aqui para culpá-lo a si ou aos seus pais, porque fazê-lo seria destrutivo. Estamos aqui para examinar como os seus pais foram responsáveis pelas*

condições em que os seus padrões defensivos se iniciaram – mesmo que tenham feito o melhor que sabiam na altura. Mas agora, só você tem a responsabilidade para os manter ou atuar sobre esses padrões...

- Terapeuta 2 – Consegue reparar que mesmo quando está exausto, continua a trabalhar em vez de parar para descansar. Já viu como está a ser severo consigo mesmo. Isso é triste...

C – EXPERIÊNCIA DOS AFETOS / EXPOSIÇÃO

O terapeuta intervém com o objetivo de expor o cliente à experiência adaptativa dos afetos. Aplica ciclos de exposição gradual ao afeto temido, com prevenção da resposta e regulação da ansiedade. Ajuda o cliente a nomear corretamente o afeto; a identificar as sensações físicas e a fantasiar a ação correspondente ao que está a sentir. As intervenções do terapeuta são deliberadas e focadas com o objetivo de auxiliar o cliente a entrar em contacto com as suas emoções.

Exemplos:

- Terapeuta 1 – Conforme me retrata essa situação, eu sinto-me chateado pelo que teve de passar.... Mas a minha zanga deve ser muito pequena comparada com a sua;

- Terapeuta 2 – O que sentiu fisicamente quando experienciou essa raiva? O que lhe apetecia fazer?

D – EXPRESSÃO DOS AFETOS / NOVA APRENDIZAGEM EMOCIONAL

O terapeuta foca-se na expressão guiada dos pensamentos, sentimentos, desejos ou necessidades do cliente. Ajuda o cliente a enfrentar e tolerar conflitos interpessoais, a estar apto para receber e responder adequadamente aos afetos que os outros expressam e a comunicar de forma madura, sem culpabilizações ou críticas severas. Procura que o cliente consiga integrar e equilibrar diferentes reações emocionais. Assinala as evoluções que observa e auxilia o cliente a ver as mudanças que alcançou, dentro e fora da sessão.

Exemplos:

- Terapeuta 1 – Como imagina que poderia dizer-lhe isso que está a sentir?

- Terapeuta 2 – Consigo ver que se sente mais capaz de dizer à sua mulher quando está zangado com ela, e de a ouvir quando ela está zangada consigo, ainda que tenha sido desconfortável para si lidar com os conflitos!

E – AFETOS INIBITÓRIOS / INIBIÇÃO

O terapeuta procura regular os afetos inibitórios (ansiedade, culpa, vergonha, medo). Intervém com o intuito de ajustar o ritmo do trabalho terapêutico para que o cliente consiga tolerar. Procura encorajar e tranquilizar o cliente.

Exemplos:

- Terapeuta 1 – *Deve ser difícil para si renunciar a um comportamento que o fez sentir seguro grande parte da sua vida. O que é que o assusta mais nisso?*
- Terapeuta 2 – *Disse que tinha medo de vir aqui todas as semanas. O que é que pode acontecer aqui que seja assim tão mau? Qual é a pior parte de vir até à terapia?*

F – REESTRUTURAÇÃO DO SELF / AUTOPERCEÇÃO

O terapeuta procura auxiliar o cliente a melhorar a sua autoimagem. Isto é: pergunta diretamente ao cliente se reconhece as suas necessidades; identifica em que circunstâncias os pacientes são negligentes e abusivos, em vez de serem carinhosos consigo mesmos; ajuda o cliente a ter uma autoestima mais saudável, a ser compassivo e a aceitar as suas forças e vulnerabilidades, desafiando a culpa e/ou a vergonha. Providencia suporte e encorajamento em relação ao empenho do cliente e/ou ajuda o cliente a imaginar um *self* ideal, capaz de lidar com as dificuldades de maneira diferente.

- Terapeuta 1 – *Dorme bem e tempo suficiente? Alimenta-se/Veste-se adequadamente [em relação à temperatura, por exemplo]?; Preocupa-se com as suas necessidades médicas?*
- Terapeuta 2 – *Cuidar de si não tem de competir com o cuidado que proporciona aos outros. Quanto mais conseguir reconhecer as suas próprias necessidades mais se sentirá capaz de atender genuinamente aos outros. O que lhe parece?*

G – REESTRUTURAÇÃO DOS OUTROS / ALIANÇA E RELAÇÕES

O terapeuta intervém para auxiliar o cliente a melhorar a sua perceção dos outros. O terapeuta procura ajudar o cliente a construir uma visão mais saudável dos outros, a ser compassivo e aceitar as forças e vulnerabilidades dos outros, sem idealização ou desvalorização. O terapeuta conversa com o cliente sobre episódios das suas relações; e/ou ajuda o cliente a

analisar a visão que este tem acerca das pessoas significativas na sua vida, bem como do terapeuta, de modo que o cliente consiga desenvolver perspectivas mais realistas e adaptativas das suas relações. Foca-se nos afetos inibitórios associados aos sentimentos positivos face aos outros; procura que o cliente se torne mais recetivo e obtenha conceções diferentes das mensagens dos outros e/ou ajuda o cliente a mudar ou abandonar relacionamentos destrutivos/apegos negativos.

- Terapeuta 1 – *Veja se consegue imaginar sentir-se cuidado por ele, sem lutar contra isso;*

- Terapeuta 2 – *Como se sente acerca de mim, tendo em conta que cheguei atrasado esta manhã?*

Anexo C.

Sistema de Codificação dos Objetivos Terapêuticos (SCOT) – Versão Cliente (ACHIEVEMENT OF THERAPEUTIC OBJECTIVES SCALE; ATOS)*

O Sistema de Codificação dos Objetivos Terapêuticos (SCOT) é uma medida de observação criada com base nos pressupostos terapêuticos do modelo da Terapia para as Fobias de Afetos de McCullough e colegas (2003). Permite identificar o tipo de objetivo terapêutico presente na interação entre terapeuta e cliente, a partir da visualização das sessões de psicoterapia.

Abaixo, encontrará uma descrição breve e concisa acerca dos conteúdos de cada objetivo de tratamento ou características de respostas de inibições. Para cada fala do cliente, indique, por favor, qual o objetivo a que corresponde o seu discurso.

A – RECONHECIMENTO DAS DEFESAS / INSIGHT

O cliente demonstra alguma identificação e elaboração acerca dos seus padrões problemáticos e das defesas que utiliza.

Mostra insight, ou seja, toma consciência de que as suas defesas cumprem uma função em relação aos seus afetos inibitórios e ativadores em conflito. Interliga os padrões problemáticos com o passado, procurando compreender a origem desses mesmos padrões.

Exemplos:

- Cliente 1 – *Faço isso? Nem reparo... Isso deve significar que estou a evitar algo;*
- Cliente 2 – *Sabe, agora que o diz, percebo que faço o mesmo com a minha mãe, sempre que ela diz que tem saudades do meu pai. Nem sequer consigo olhar para ela e sinto necessidade de sair logo dali.*

Ad – COMPORTAMENTO DEFENSIVO

O cliente não reconhece os seus padrões problemáticos e revela as defesas no diálogo com o terapeuta. As defesas podem ser comportamentos, pensamentos ou mesmo sentimentos expressos no discurso. O cliente nega/invalida a intervenção do terapeuta. Não interliga os padrões problemáticos com o passado.

Exemplos:

- Cliente 1 – *Acho que não senti nada de negativo por os meus amigos desmarcarem sempre em cima da hora. Tentei sempre compreender os seus motivos;*
- Cliente 2 – *Não estou triste. Estou a rir-me porque ela é tão patética. Acho que você está a dar demasiada importância a uma coisa trivial.*

B – RENÚNCIA DAS DEFESAS / MOTIVAÇÃO

O cliente mostra-se motivado para renunciar aos padrões desadaptativos. Fala sobre os custos, benefícios e ganhos primários e secundários das suas defesas. Faz o luto pelas defesas e é capaz de distinguir a origem e a manutenção dos comportamentos defensivos. Expressa desconforto, tristeza e abertura à mudança relatados de forma significativa.

Exemplos:

- Cliente 1 – *Hoje vejo que estar distante, em vez de entusiasmado e envolvido, permite-me sentir seguro e protegido em relação a eventuais críticas dos outros... isso deixa-me triste!;*
- Cliente 2 – *Agora percebo como fui duro para mim mesmo. Chega! Mereço melhor...*

Br – RESISTÊNCIA

O cliente expressa falta de motivação para renunciar aos padrões desadaptativos, com manutenção da rotina, falta de autonomia e receio de assumir responsabilidades pessoais. Defesas a um nível ego-sintónico: “é assim que eu sou!”. Não apresenta consciência do seu papel ativo no tratamento e na sua vida, com atribuição das responsabilidades a outrem. Totalmente resistente.

Exemplos:

- Cliente 1 – *Isto faz parte de mim, será impossível agir de outra forma!*
- Cliente 2 – *Talvez não seja capaz dessa mudança... Não vejo como poderia deixar de ser assim.*

C – EXPERIÊNCIA DOS AFETOS / EXPOSIÇÃO

Existem sinais verbais ou não-verbais de ativação dos afetos temidos/em conflito. O cliente expõe-se às emoções evitadas e: nomeia corretamente a emoção e/ou experiencia a emoção a nível corporal, sendo capaz de identificar as sensações físicas e/ou fantasia a ação

concordante com emoção, através da imaginação. O cliente experiencia de forma bem integrada os afetos: luto, proximidade/carinho, alegria, raiva, etc.

Exemplos:

- Cliente 1 – *Sinto um calor no meu peito. E quero mostrar isso - um sentimento de querer abraçá-la e abraçá-la.*

- Cliente 2 – *É como se sentisse toda uma energia dentro de mim. Começa no meu peito, mas depois flui para os meus braços e pernas. É um sentimento poderoso - a raiva. Apetecia-me cravar as minhas unhas na pele dela e vê-la gritar!*

D – EXPRESSÃO DOS AFETOS / NOVA APRENDIZAGEM EMOCIONAL

O cliente fala sobre a sua capacidade para experienciar e comunicar a plenitude dos afetos sentidos de forma adaptativa. Mostra-se apto à expressão de sentimentos, necessidades, pensamentos ou desejos nos seus relacionamentos interpessoais. É capaz de enfrentar e tolerar os conflitos, de comunicar de forma madura, sem culpabilizações ou críticas severas; de integrar os sentimentos positivos e negativos no seu discurso emocional; e comunicar na primeira pessoa.

Exemplos:

- Cliente 1 – *Ontem, um dos meus colegas tentou ficar com os louros da ideia na reunião de equipa. Fiquei tão chateada e, desta vez, quando ficámos os dois sozinhos no gabinete, disse-lhe: “Não gostei do que disseste na reunião desta manhã e quero falar contigo sobre isso”.*

- Cliente 2 – *Depois de termos falado sobre a morte da minha mãe na última sessão, finalmente consegui sentir alívio...*

E – AFETOS INIBITÓRIOS / INIBIÇÃO

O cliente mostra desconforto face à intervenção do terapeuta quando este o expõe aos afetos ativadores. Apresenta sinais verbais ou não- verbais de ansiedade, culpa, vergonha ou medo. Isto é, a inibição pode ser identificada através das temáticas (de afetos inibitórios) expressas pelo cliente no seu discurso verbal, mas também pelas hesitações, tom de voz, expressão corporal e outros indicadores não-verbais.

Exemplos:

- Cliente 1 – *Sinto-me envergonhado por falar sobre isso, é muito constrangedor...*

- Cliente 2 – *A minha mulher dá-me muito apoio, mas está realmente frustrada com a nossa vida sexual. Sempre que tentamos fazer amor, eu fico com vontade no início, mas, à medida que o tempo vai passando, sinto-me mais e mais envergonhado de mim mesmo por desejar fazê-lo.*

F – REESTRUTURAÇÃO DO SELF / AUTOPERCEÇÃO

O cliente aborda conteúdos relacionados com os sentimentos positivos face ao self, isto é, relativamente à perceção de si mesmo. Relata melhorias relativas ao seu autocuidado, autoestima, autoconfiança. Identifica circunstâncias em que é negligente e abusivo consigo mesmo. Demonstra perceção de si mesmo com maior compaixão face às suas forças e vulnerabilidades.

Exemplos:

- Cliente 1 – *Ao vê-lo a si a celebrar a promoção que tive no trabalho, entendo que posso celebrar sem que isso faça de mim egocêntrico ou algo do género;*

- Cliente 2 – *Já não me custa dizer que eu mereço ser cuidada! Todos merecemos; e eu não sou exceção.*

Fa – REESTRUTURAÇÃO DO SELF / AUTOPERCEÇÃO

O cliente aborda conteúdos relacionados com os sentimentos positivos face ao self, isto é, relativamente à perceção de si mesmo. Demonstra falta de autocuidado, autoestima, autoconfiança. Apresenta comportamentos de autoataque excessivo.

Exemplos:

- Cliente 1 – *Quando estou em situações sociais, sinto que sou arrogante e egoísta e claro que ninguém vai querer estar comigo!;*

- Cliente 2 – *Não me parece assim tão importante cuidar de mim.*

G – REESTRUTURAÇÃO DOS OUTROS / ALIANÇA E RELAÇÕES

A resposta do cliente centra-se na sua visão acerca dos outros, nos seus relacionamentos interpessoais e/ou na relação com o seu terapeuta. O cliente reflete acerca da perceção que tem sobre as pessoas significativas da sua vida e dos afetos inibitórios associados aos

sentimentos em relação aos outros. Responde relativamente aos sentimentos que os outros nutrem por eles. Mostra-se mais recetivo a conceções diferentes das mensagens dos outros e à construção de imagens internas de relacionamentos mais afirmativos e prazerosos, com compaixão, aceitação e confiança.

Exemplos:

- Cliente 1 – *Agora consigo ver como ele poderia ter uma intenção diferente daquela em que pensei... Poderia estar a ter um mau dia e não estar necessariamente chateado comigo;*

- Cliente 2 – *Apetece-me ir devagar com o Filipe. Não tenho estado disponível para outras pessoas desde que eu e o João nos separámos, mas sinto que agora estou pronta. Ao meu ritmo.*

Ga – REESTRUTURAÇÃO DOS OUTROS / ALIANÇA E RELAÇÕES

O cliente apresenta uma visão pessimista e irrealista acerca dos outros, dos seus relacionamentos interpessoais e/ou da relação com o seu terapeuta. A perceção que tem sobre as pessoas significativas da sua vida e dos sentimentos que os outros nutrem por eles caracteriza-se por elevada desconfiança, idealização ou desvalorização.

Exemplos:

- Cliente 1 – *Não confio em ninguém. E levo algum tempo a voltar a confiar em si após ter desmarcado a última sessão;*

- Cliente 2 – *Não acredito que ele se preocupe comigo.*

Anexo D.

Codificação das Intervenções do Terapeuta

Tabela 3

Codificação das Intervenções do Terapeuta

Codificação Terapeuta	Codificação em Letras	Codificação em Números
Reconhecimento das Defesas/Insight	A	1
Renúncia das Defesas/Motivação	B	2
Experiência dos Afetos/Exposição	C	3
Expressão dos Afetos/Nova Aprendizagem Emocional	D	4
Afetos Inibitórios/Inibição	E	5
Reestruturação do Self/Auto percepção	F	6
Reestruturação dos Outros/Aliança e Relações	G	7

Anexo E.

Codificação das Respostas do Cliente

Tabela 4

Codificação das Respostas do Cliente

Codificação Cliente	Codificação em Letras	Codificação em Números
Reconhecimento das Defesas/Insight	A	1
Comportamento Defensivo	Ad	2
Renúncia das Defesas/Motivação	B	3
Resistência	Br	4
Experiência dos Afetos/Exposição	C	5
Expressão dos Afetos/Nova Aprendizagem Emocional	D	6
Afetos Inibitórios/Inibição	E	7
Reestruturação do Self/Auto percepção (Visão Realista)	F	8
Reestruturação do Self/Auto percepção (Visão Irrealista)	Fa	9
Reestruturação dos Outros/Aliança e Relações (Visão Realista)	G	10
Reestruturação dos Outros/Aliança e Relações (Visão Irrealista)	Ga	11

Anexo F.

Explicação dos Procedimentos necessários para a realização da análise na GridWare

Para a realização da análise no software GridWare, foi necessário a passagem dos dados referentes às sessões do programa Audacity para uma base de dados do SPSS, de forma a ser visualmente mais fácil a sua interpretação e realização dos ICC's.

Com esta passagem, foi possível colocar os dados em Excel para continuar a realização dos procedimentos. Aqui, foi necessário colocar o tempo início da interação do terapeuta com o tempo final de interação do cliente, de maneira a ser possível chegar ao tempo que durou a interação da díade, que está representado na coluna Onset, que começa obrigatoriamente em 0. As intervenções da terapeuta e as respostas do cliente são representadas em conjunto com a coluna Onset, representadas em números devido à codificação da GridWare.

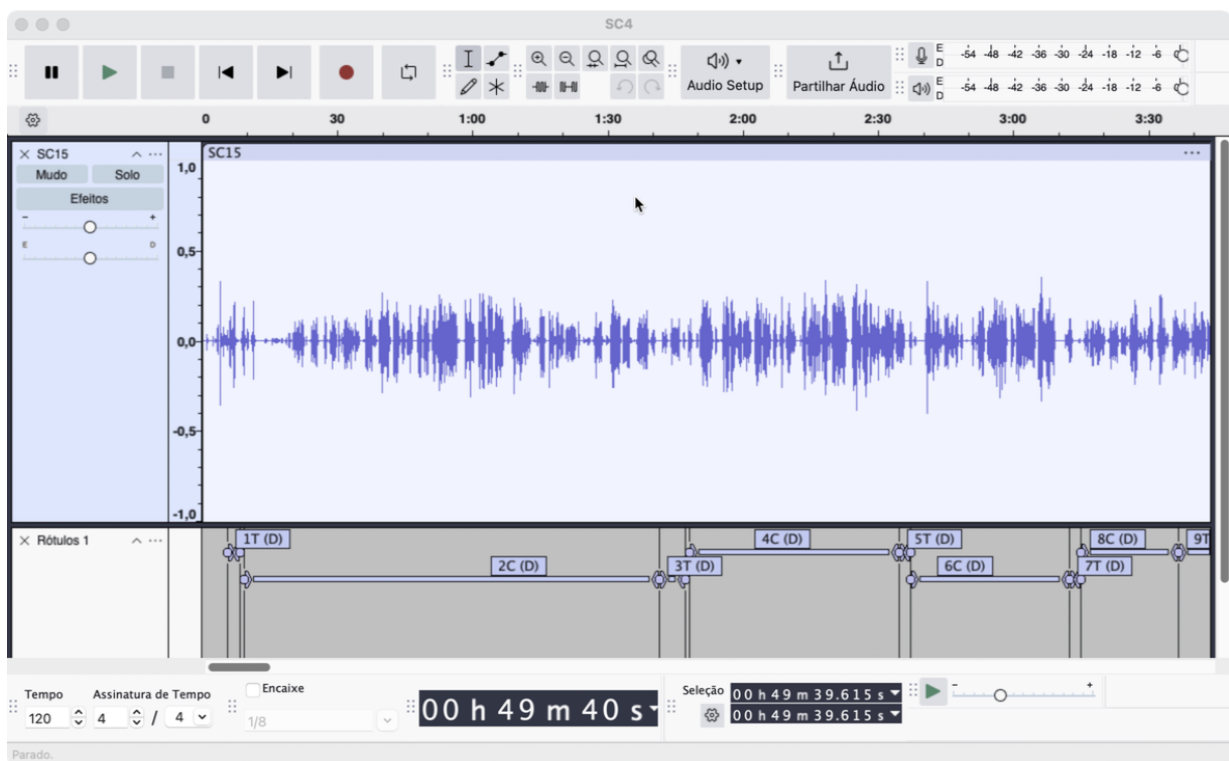
Em seguida, foi necessário a passagem destas três colunas para um documento nota (e.g., sessão 4.txt), sendo realizada para as três sessões separadamente. Posteriormente, foram modificados os documentos nota em arquivos de trajetória (passagem de, e.g., sessão 4.txt para sessão 4.trj), guardados numa pasta com o nome sessoes_trjs. Foi criado, ainda, um documento nota que serve de resumo, com o nome das sessões a serem analisadas, e guardado no ambiente de trabalho.

Após este passo, foi possível rodar o software de forma a obter as grelhas de interação terapeuta – cliente para cada sessão. Para isso, foi necessário a definição das variáveis a serem utilizadas: SESSION (neste caso, da sessão 4 à sessão 17), Intervenção Terapeuta (neste caso, da 1 à sessão 7) e Resposta Cliente (neste caso, da 1 à 11).

De seguida, de forma a realizar o cálculo dos Atratores, na mesma base de dados do Excel, foi criada uma tabela com a designação “duration”, onde é possível verificar a duração dos episódios por cada atrator e realizar o tempo expectável para cada atrator. Para isso, foi utilizado no software o método winnowing, descrito por Hollenstein (2013), onde somente os dados com maior relevância são apurados.

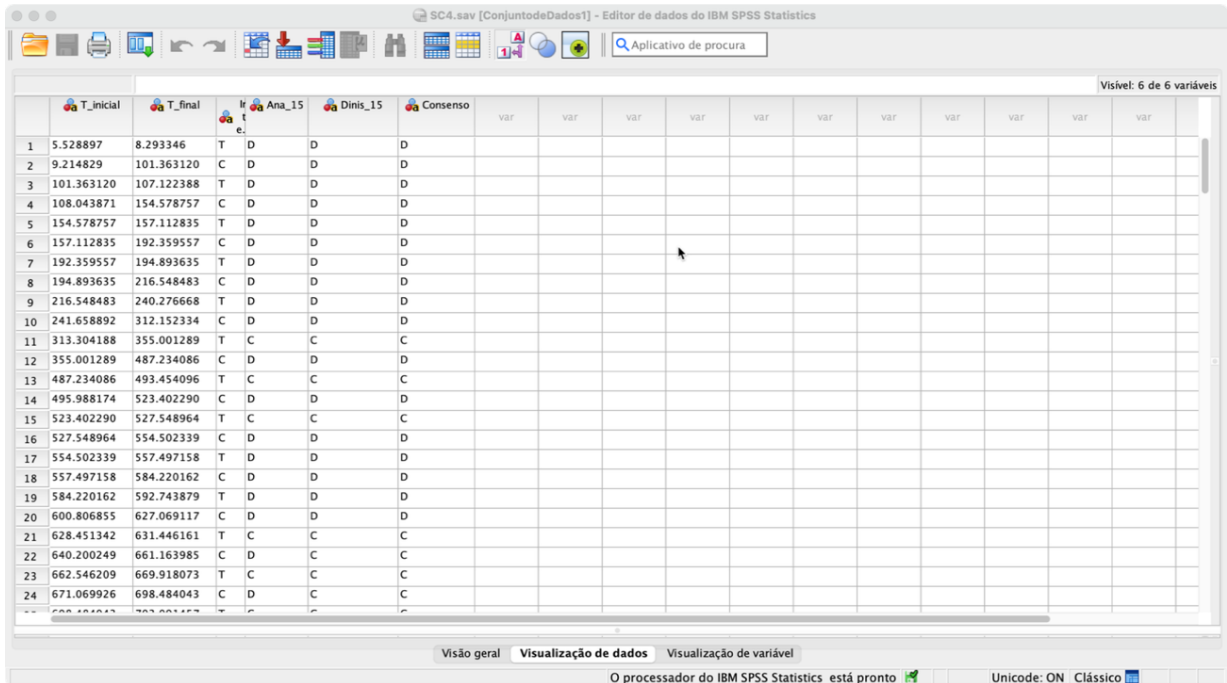
Anexo G.

Exemplo de cotação das sessões no programa Audacity



Anexo H.

Exemplo Tabela das interações da diade em base de dados SPSS



SC4.sav [Conjunto de Dados1] - Editor de dados do IBM SPSS Statistics

Aplicativo de procura

Visível: 6 de 6 variáveis

	T_inicial	T_final	Inte. ração	Ana_15	Dinis_15	Consenso	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var
1	5.528897	8.293346	T	D	D	D										
2	9.214829	101.363120	C	D	D	D										
3	101.363120	107.122388	T	D	D	D										
4	108.043871	154.578757	C	D	D	D										
5	154.578757	157.112835	T	D	D	D										
6	157.112835	192.359557	C	D	D	D										
7	192.359557	194.893635	T	D	D	D										
8	194.893635	216.548483	C	D	D	D										
9	216.548483	240.276668	T	D	D	D										
10	241.658892	312.152334	C	D	D	D										
11	313.304188	355.001289	T	C	C	C										
12	355.001289	487.234086	C	D	D	D										
13	487.234086	493.454096	T	C	C	C										
14	495.988174	523.402290	C	D	D	D										
15	523.402290	527.548964	T	C	C	C										
16	527.548964	554.502339	C	D	D	D										
17	554.502339	557.497158	T	D	D	D										
18	557.497158	584.220162	C	D	D	D										
19	584.220162	592.743879	T	D	D	D										
20	600.806855	627.069117	C	D	D	D										
21	628.451342	631.446161	T	C	C	C										
22	640.200249	661.163985	C	D	C	C										
23	662.546209	669.918073	T	C	C	C										
24	671.069926	698.484043	C	D	C	C										

Visão geral Visualização de dados Visualização de variável

O processador do IBM SPSS Statistics está pronto Unicode: ON Clássico

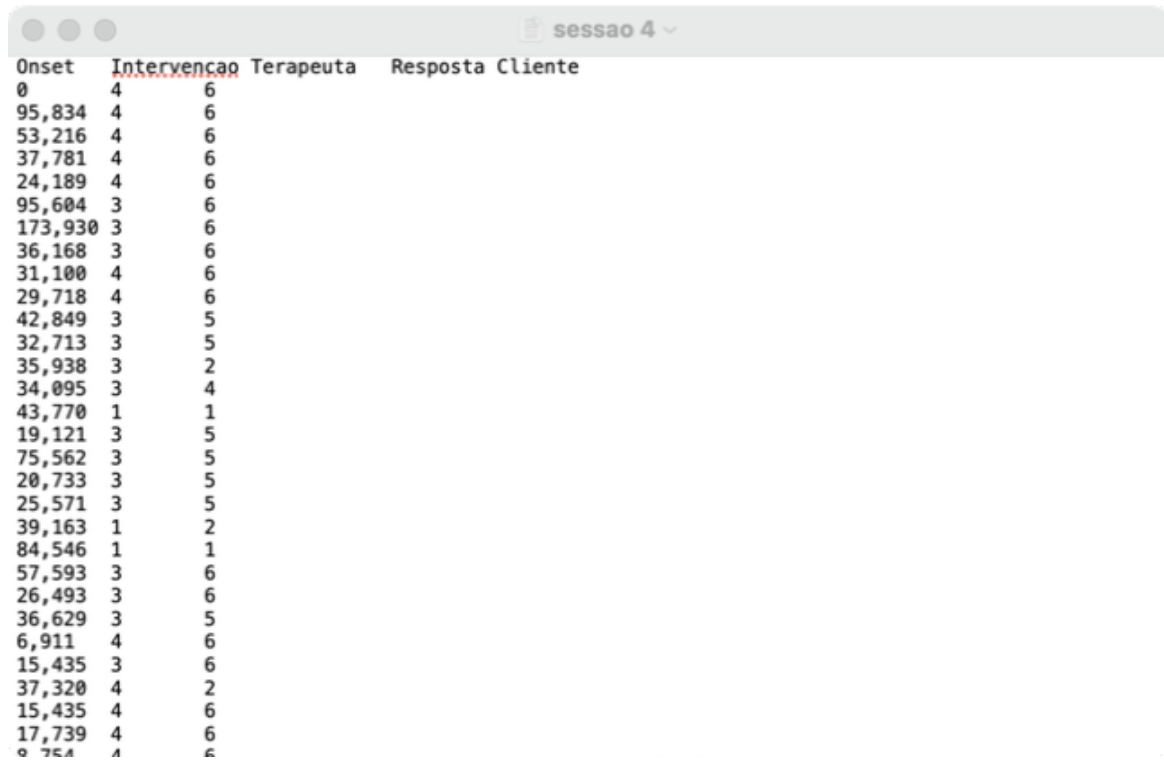
Anexo I.

Exemplo Tabela das interações da diade em Excel

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	W	X	Y	Z	
1	Inicio Interação	Fim Interação	Oset	Intervencoes	Tempo/Resposta Cliente	Tempo/Resposta	Cliente	Sessao	Oset	Intervencoes	Tempo/Resposta Cliente	Oset	Intervencoes	Tempo/Resposta Cliente	Oset	Intervencoes	Tempo/Resposta Cliente	Oset	Intervencoes	Tempo/Resposta Cliente	Oset	Intervencoes	Tempo/Resposta Cliente	Oset	Intervencoes	Tempo/Resposta Cliente	Oset
2			0	4	6		D	D	4				0	4	6												
3	5.528997	181.26312	95.834	4	6		D	D	4				95.834	4	6												
4	101.26312	154.578757	53.216	4	6		D	D	4				53.216	4	6												
5	154.578757	192.359557	37.781	4	6		D	D	4				37.781	4	6												
6	192.359557	216.548483	24.189	4	6		D	D	4				24.189	4	6												
7	216.548483	312.152334	95.604	3	6		C	D	4				95.604	3	6												
8	313.304188	487.234086	173.930	3	6		C	D	4				173.930	3	6												
9	487.234086	523.40229	36.188	3	6		C	D	4				36.188	3	6												
10	523.40229	554.502339	31.100	4	6		D	D	4				31.100	4	6												
11	554.502339	584.220162	29.718	4	6		D	D	4				29.718	4	6												
12	584.220162	627.099117	42.349	3	5		C	C	4				42.349	3	5												
13	628.451342	661.163985	32.713	3	5		C	C	4				32.713	3	5												
14	662.546209	698.484943	35.938	3	2		C	Ad	4				35.938	3	2												
15	698.484943	732.57891	34.095	3	4		C	Br	4				34.095	3	4												
16	732.57891	776.349348	43.770	1	1		A	A	4				43.770	1	1												
17	777.270831	796.391601	19.121	3	5		C	C	4				19.121	3	5												
18	796.391601	874.266007	75.562	3	5		C	C	4				75.562	3	5												
19	875.639131	896.372497	20.733	3	5		C	C	4				20.733	3	5												
20	900.51917	926.09932	25.571	3	5		C	C	4				25.571	3	5												
21	926.09932	965.253344	39.163	1	2		A	Ad	4				39.163	1	2												
22	966.405197	1050.051254	84.546	1	1		A	A	4				84.546	1	1												
23	1052.263849	1110.186531	57.593	3	6		C	D	4				57.593	3	6												
24	1111.999497	1138.49213	26.493	3	6		C	D	4				26.493	3	6												
25	1140.565467	1177.194412	36.629	3	5		C	C	4				36.629	3	5												
26	1177.194412	1184.105554	6.911	4	6		D	D	4				6.911	4	6												
27	1185.257388	1200.692226	15.435	3	6		C	D	4				15.435	3	6												
28	1200.692226	1238.012284	37.320	4	2		D	Ad	4				37.320	4	2												
29	1238.012284	1255.447123	15.435	4	6		D	D	4				15.435	4	6												
30	1255.447123	1271.185669	17.739	4	6		D	D	4				17.739	4	6												
31	1271.185669	1279.939756	8.754	4	6		D	D	4				8.754	4	6												
32	1279.939756	1287.722361	7.833	4	6		D	D	4				7.833	4	6												
33	1287.722361	1300.442751	12.670	4	6		D	D	4				12.670	4	6												
34	1301.364234	1455.021508	153.657	3	6		C	D	4				153.657	3	6												
35	1455.021508	1472.990425	17.969	6	9		F	Fa	4				17.969	6	9												
36	1473.91908	1481.514142	7.602	3	5		C	C	4				7.602	3	5												
37	1481.514142	1523.211243	41.697	4	6		D	D	4				41.697	4	6												
38	1523.211243	1617.2025	93.991	7	10		G	G	4				93.991	7	10												
39	1617.2025	1634.480304	17.278	3	5		C	C	4				17.278	3	5												
40	1635.401787	1686.962577	31.561	4	6		D	D	4				31.561	4	6												
41	1686.962577	1683.318498	16.356	4	6		D	D	4				16.356	4	6												
42	1683.318498	1695.067805	11.749	3	4		C	Br	4				11.749	3	4												
43	1695.067805	1710.963385	15.896	3	5		C	C	4				15.896	3	5												
44	1711.884868	1726.398224	14.513	3	6		C	D	4				14.513	3	6												
45	1726.398224	1778.001267	51.603	3	6		C	D	4				51.603	3	6												
46	1778.001267	1795.122037	19.121	5	7		E	E	4				19.121	5	7												
47	1792.122037	1812.133387	35.016	3	6		C	D	4				35.016	1	6												

Anexo J.

Exemplo Tabela das interações da diade em documento nota para a Gridware



The image shows a screenshot of a software application window titled "sessao 4". The window contains a table with four columns: "Onset", "Intervencao", "Terapeuta", and "Resposta Cliente". The data is organized into 30 rows, each representing a specific interaction. The "Onset" column contains numerical values, the "Intervencao" column contains integers from 1 to 6, the "Terapeuta" column contains integers from 1 to 6, and the "Resposta Cliente" column contains integers from 1 to 6. The table is presented in a monospaced font, typical of a terminal or a data viewer.

Onset	Intervencao	Terapeuta	Resposta Cliente
0	4	6	
95,834	4	6	
53,216	4	6	
37,781	4	6	
24,189	4	6	
95,604	3	6	
173,930	3	6	
36,168	3	6	
31,100	4	6	
29,718	4	6	
42,849	3	5	
32,713	3	5	
35,938	3	2	
34,095	3	4	
43,770	1	1	
19,121	3	5	
75,562	3	5	
20,733	3	5	
25,571	3	5	
39,163	1	2	
84,546	1	1	
57,593	3	6	
26,493	3	6	
36,629	3	5	
6,911	4	6	
15,435	3	6	
37,320	4	2	
15,435	4	6	
17,739	4	6	
0,754	4	6	

Anexo K.

Exemplo Tabela das interações da diade no cálculo dos Atratores

The image shows a screenshot of a Microsoft Excel spreadsheet. The interface includes the standard Excel ribbon with tabs for Base, Inserir, Desenhar, Esquema da Página, Fórmulas, Dados, Reverter, and Ver. The 'Automatizar' tab is active, showing various tool icons. The spreadsheet itself is divided into several sections, each with a header row and multiple data rows. The sections are labeled 'Sessão 4', 'Sessão 10', 'Sessão 17', and 'Cálculo Atratores'. Each section contains columns of numerical data, some of which are formatted with scientific notation or specific decimal places. The 'Cálculo Atratores' section appears to be a summary or calculation table based on the data from the previous sessions. The spreadsheet is displayed on a grid, and the status bar at the bottom indicates 'Pronto' and 'Acessibilidade: investigue'.