ISSN 1982-3541
2011, Vol. XIII, nº 1, 71-86

Revista Brasileira
de Terapia Comportamental
e Cognitiva

Rupturas na aliança terapêutica e expressão verbal de necessidades do cliente: um estudo de caso

Psychotherapeutic alliance ruptures and verbal expression of client´s needs: a case study

Eugénia Ribeiro, PhD ✉; Joana Coutinho, Zita Sousa, & Catarina Machado

Escola de Psicologia, Universidade do Minho

Resumo

Apresentamos um estudo de caso cujo objectivo foi explorar a associação entre as rupturas na aliança terapêutica e a expressão verbal de necessidades do cliente em psicoterapia. Foi analisado um caso de insucesso de um cliente diagnosticado com Transtorno de Pânico com Agorafobia, através do Rupture Resolution Rating System (3R's) e do Sistema de Observação de Responsividade Terapêutica Os dados resultantes da aplicação dos dois sistemas de observação foram analisados com o software de análise de séries temporais SMA. Os resultados indicam que um aumento da Expressão Verbal de Necessidades numa sessão está associada a uma diminuição dos marcadores de ruptura após três e quatro sessões e um aumento dos marcadores de rupturas numa sessão está associado a um aumento da EVN após quatro sessões. Esta associação foi mais evidente entre as rupturas de confronto, particularmente do marco de insatisfação com as actividades da terapia, e a expressão de necessidades directamente relacionadas com a terapia.

Palavras-chave: rupturas na aliança terapêutica; expressão verbal de necessidades; estudo de caso.

✉ Correspondência relativa a este artigo deve ser dirigida para:
Eugénia Ribeiro, Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar 4710-057 Braga, Portugal.
Email: eugenia@psi.uminho.pt – Tel: +351 253604612, Fax: +351604224

Abstract

We present a case study whose main goal was to explore the relationship between therapeutic alliance´s ruptures and the client's verbal expression of needs in psychotherapy. We intensively analyzed an unsuccessful case of a client with Panic Disorder with Agoraphobia. The sessions were analyzed using the Ruptures Resolution Rating System (3R's) and the Sistema de Observação de Responsividade Terapêutica . The results indicate that an increase in the Verbal Expression of Needs (EVN) is associated with a decrease of the ruptures three and four sessions later and that an increase in ruptures is associated with an increase of EVN four sessions later. There was a more clear association between the confrontation ruptures, particularly the expression of dissatisfaction about therapeutic activities, and a specific type of EVN:the client´s expression of direct requests related to therapy.

Keywords: ruptures in therapeutic alliance; verbal expression of needs; case study

Na literatura sobre aliança terapêutica existe consenso de que as rupturas na aliança são episódios frequentes em terapia e de que uma das mais importantes competências terapêuticas consiste na sua negociação de forma construtiva (Safran & Muran, 2000). De igual modo, a investigação empírica indica que o sucesso na responsividade do terapeuta às necessidades expressas pelo cliente se reflecte numa aliança terapêutica positiva, a qual por sua vez prediz um bom resultado (Horvath & Bedi, 2002).
A atenção do terapeuta à expressão de necessidades por parte do cliente é importante para a definição da agenda terapêutica, seja na definição de objectivos seja na selecção das tarefas terapêuticas. Por outro lado, as expressões de resistência por parte do cliente a esta agenda, que neste enquadramento são conceptualizadas como rupturas na aliança, podem não só significar a falta de atenção do terapeuta às necessidades do cliente como a sua incapacidade para as integrar na negociação da agenda terapêutica.
Assim, neste estudo procuramos explorar a relação entre as rupturas na aliança terapêutica e a expressão verbal de necessidades do cliente (daqui em diante EVN) em psicoterapia e suas implicações clínicas. Estes dois conceitos apesar de terem recebido a influência de diferentes formulações teóricas, têm essencialmente um carácter transteórico, o qual se enquadra na tradição dos factores comuns em psicoterapia. Dito de outro modo, quer o conceito de rupturas na aliança quer o de responsividade às necessidades do cliente podem ser usados por clínicos e investigadores para compreender a evolução do processo terapêutico qualquer que seja o modelo teórico adoptado pelo clínico (psicodinâmico, comportamental, experiencial, etc). De notar que ambos os conceitos estão intimamente relacionados com aquele que, dentro da tradição dos factores comuns em psicoterapia, tem sido mais amplamente estudado: a aliança terapêutica.

De acordo com Bordin (1979), a aliança consiste na colaboração entre terapeuta e cliente e é constituída por três componentes relacionados que determinam a força e qualidade da mesma, nomeadamente:

(a) o acordo nos objectivos terapêuticos; (b) o acordo nas tarefas para os alcançar e (c) o desenvolvimento de um vínculo entre terapeuta e cliente. Este autor propôs igualmente que, em condições normais, o progresso terapêutico engloba uma variação na força da aliança, havendo momentos de maior e menor qualidade da aliança. Estes momentos de menor qualidade da aliança constituem rupturas na aliança, cuja reparação contribui para a melhoria da aliança e se associa à eficácia da relação de ajuda.

Na linha de investigação sobre rupturas na aliança terapêutica destacam-se os estudos de Safran e colaboradores (e.g., Safran, Crocker, McCain, & Murray, 1990; Safran & Muran, 1996, 1998, 2000, 2006; Safran, Muran, Samstag, & Winston, 2005), segundo os quais uma ruptura na aliança pode ser definida como um enfraquecimento no processo colaborativo entre terapeuta e cliente, uma pobre qualidade da relação terapeuta-cliente, uma deterioração na comunicação ou uma falha no desenvolvimento de um processo colaborativo desde o início da terapia (e.g., Safran & Muran, 2006). Embora a frequência e intensidade das rupturas varie de caso para caso, a maioria dos casos clínicos é caracterizada por uma ou mais rupturas ao longo do processo, mesmo os que apresentam maior sucesso terapêutico. As rupturas podem variar na intensidade, duração e frequência, dependendo de diversos factores tais como a problemática clínica do paciente e a orientação teórica adoptada pelo terapeuta (Safran et al., 1990). Assim, as rupturas podem não passar de tensões mínimas percebidas por apenas um ou ambos os participantes, ou podem constituir quebras significativas na compreensão e comunicação, que em casos extremos, ou nos quais não há uma tentativa de resolução, poderão culminar em dropout ou insucesso terapêutico (Safran & Muran, 1996).

Safran e colaboradores (1990) começaram por estudar segmentos de sessões terapêuticas em que tinham sido identificadas rupturas, procurando encontrar redundâncias nos temas desses episódios, dando um importante passo na identificação de uma tipologia de rupturas. Tendo inicialmente definido uma lista de sete marcos de ruptura na aliança, com o desenvolvimento do seu programa de investigação, os autores verificaram que era mais útil distinguir apenas dois tipos principais de rupturas: as rupturas de evitamento e as rupturas de confronto (Safran & Muran, 1996, 2000). Nas primeiras, os pacientes lidam com as dificuldades ou desentendimentos que surgem na relação terapêutica, através do evitamento ou desligamento da sua experiencia acerca do terapeuta ou da terapia. Poderão, por exemplo, concordar de modo excessivamente submisso com o terapeuta, responder às suas questões com respostas mínimas ou expressar sentimentos negativos de forma indirecta. Nas segundas, os clientes expressam directamente a sua insatisfação ou sentimentos negativos em relação ao terapeuta ou a algum elemento do processo, podendo-o mesmo fazer de forma acusatória ou hostil (Safran et al. , 2005). Enquanto nas rupturas de evitamento os clientes desinvestem de algum aspecto da terapia num movimento de recuo por vezes tão subtil de que o terapeuta nem se apercebe, nas rupturas de confronto assiste-se à expressão aberta e directa de raiva ou insatisfação do cliente, existindo ainda alguns casos em que o marco de ruptura pode ser caracterizado por uma mistura de confronto e evitamento (Safran et al., 2002). Para Safran e Muran (1998) os diferentes tipos de rupturas correspondem a diferentes formas do cliente lidar com a tensão existente em todos os indivíduos entre as necessidades opostas de agência e de proximidade ao outro, sendo que nas rupturas de evitamento o paciente de

algum modo privilegia a necessidade de proximidade ao outro (i.e., do terapeuta) a custo da necessidade de agência ou auto-definição, ao passo que nas rupturas de confronto, o paciente negoceia o conflito favorecendo a necessidade de agência ou auto-definição.

Para além da identificação precoce de rupturas pelo terapeuta constituir um aspecto fulcral do processo terapêutico por disso depender a continuidade e o sucesso da terapia, Safran e colaboradores consideram que da resolução das rupturas podem resultar importantes momentos de mudança (e.g., Safran et al., 1990; Safran & Muran, 2000).

Estudos anteriores evidenciaram a existência de uma relação entre a presença de marcos de ruptura não resolvidos e finalizações unilaterais da terapia ou insucesso clínico. A literatura a este nível faz-nos pensar que a incapacidade do terapeuta explorar e responder às necessidades do cliente durante os episódios de ruptura contribuirá para essa associação. Safran et al. (1990) observaram que um dos primeiros passos no processo de resolução de rupturas passa pela exploração da experiência imediata do cliente, nomeadamente daqueles aspectos da experiência que se relacionam com a pessoa do terapeuta ou com qualquer aspecto do processo terapêutico. Sabe-se por exemplo, que casos em que o cliente não vê as suas necessidades atendidas em terapia são mais vulneráveis ao aparecimento de rupturas e resultados pobres (e.g., Iwakabe, Rogan, & Stalikas, 2000; Horvath & Bedi, 2002). Também Iwakabe e colaboradores (2000), verificaram que em sessões com baixa aliança, o cliente expressava emoções mais direccionadas para o terapeuta. Os autores verificaram ainda que nas díades com aliança elevada os terapeutas mostraram maiores níveis de empatia e responsividade à resposta emocional dos clientes, ao passo que nas díades com aliança baixa e insucesso clínico se observou uma diminuição do envolvimento nas tarefas terapêuticas, sinais de trabalho não produtivo e expressão de frustração e desacordo para com o terapeuta.

Parece-nos assim que casos de insucesso descritos como tendo sido marcados por problemas de negociação da aliança apresentem marcadores de ruptura, bem como a marcadores EVN por parte do cliente, nomeadamente aquelas necessidades que se relacionam mais directamente com aspectos do processo terapêutico.

Assim consideramos que seria oportuno compreender de que modo ao longo do processo terapêutico, a emergência de rupturas se vai associando à expressão verbal de necessidades por parte do cliente, num caso de insucesso clínico. O objectivo do estudo passa ainda por particularizar essa associação em termos dos subtipos de cada um dos marcadores de ruptura e de EVN, procurando assim perceber se alguns marcadores de ruptura estão mais estreitamente associados à emergência de EVNs de algum tipo específico.

O sistema por nós adoptado para identificar as EVN, o Sistema de Observação da Responsividade Terapêutica SORT (Sousa, Ribeiro & Horvath, 2009) concebe-as como marcadores que emergem no decurso da interacção terapêutica e que indicam uma oportunidade para a responsividade do terapeuta. Essas necessidades expressas verbalmente pelo cliente podem ser de diferentes tipos: vontades, intenções e expectativas do cliente; dificuldades de natureza intra ou interpessoal; dúvidas, incertezas ou dilemas do cliente e por fim vontades ou pedidos

do cliente directamente relacionados com a terapia, o terapeuta ou a relação terapêutica.

Método

Participantes

Cliente

O cliente era um jovem estudante universitário, do sexo masculino, com 23 anos de idade, que recorreu a ajuda psicológica de um centro universitário devido a sintomas de pânico e agorafobia persistentes/ que duravam há vários anos e para os quais já tinha recebido acompanhamento psiquiátrico sem sucesso a longo prazo.

Terapeuta

A terapeuta era do sexo feminino, tinha 23 anos de idade e estava em fase de término do mestrado. Recebeu supervisão semanal durante o acompanhamento do caso.

Tratamento

A intervenção psicológica utilizada foi comportamental e cognitiva seguindo o manual de Barlow (1988) para o tratamento do Pânico. O processo terapêutico foi finalizado com mútuo acordo entre terapeuta e cliente e compreendeu 20 sessões com uma periodicidade semanal.

Juízes

Na cotação das rupturas na aliança participaram três juízes com treino prévio no Rupture Resolution Rating System (3R's) (Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2009), duas estudantes do Mestrado sem experiência clínica e uma estudante de Doutoramento com 5 anos de experiência clínica. Na codificação da EVN, participaram quatro juízes com treino no Sistema de Observaçao de Responsividade Terapêutica SORT (Sousa, Ribeiro, & Horvath, 2010), três estudantes do Mestrado sem experiência clínica e uma estudante de Doutoramento com 10 anos de experiencia clínica. De notar que se criaram duas equipas de juízes separadas de modo a que os juízes fossem cegos aos resultados do outro sistema de codificação usado no estudo.

Instrumentos

- *Outcome Questionaire* - OQ-45.2 (Lambert & Burlingame, 1996; versão portuguesa adaptada por Machado, Machado, & Klein, 2002) é uma medida de auto-relato com 45 items que demora cerca de 5 minutos a preencher e que foi desenhada para a avaliação repetida do estado do cliente ao longo da terapia e na finalização, porque é uma medida sensível a mudanças nos sintomas em curtos períodos de tempo. Cada item do OQ45 é respondido numa escala de 5 pontos (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = as vezes, 3 = frequentemente, ou 4 = quase sempre), permitindo scores entre 0 e 180, com valores mais elevados a indicar um pior funcionamento do sujeito. Lambert et al. (1996) relataram adequada consistência interna para o OQ45 (r = .93). O valor para o teste-reteste de 3 semanas é também satisfatório (r = .84; Lambert, Burlingame, et al., 1996). A validade concorrente medida através da correlação entre o score total do OQ45 e outras medidas de resultado foi sempre significativa ao nível de.01 (rs = .50 - .85). As qualidades psicométricas da versão portuguesa do instrumento são igualmente satisfatórias., sendo que a consistência interna apresenta uma valor de r=.92. Também os valores de teste-reteste e a validade concorrente da versão portuguesa são satisfatórios.

- *Inventário da Aliança Terapêutica* (IAT, versão portuguesa adaptada por Machado & Horvath, 1999

do Working Alliance Inventory, Horvath & Greenberg 1994), versão reduzida para o cliente. Este instrumento foi utilizado para avaliar a qualidade da aliança terapêutica e foi preenchido no final de cada sessão como parte de um questionário pós sessão (QPS, Safran), traduzido para a população portuguesa. O IAT é composto por três sub-escalas: (1) acordo nas tarefas realizadas; (2) acordo relativamente aos objectivos e (3) desenvolvimento da ligação ou vínculo entre terapeuta e cliente. A versão completa do inventário é constituída por 36 itens e a versão reduzida incluída no QPS é constituída por 17 itens retirados da versão original, perante os quais o cliente se posiciona de acordo com uma escala tipo likert de sete pontos (desde 1- "nunca" a 7 - "sempre"). Quer a versão original, quer a versão portuguesa completa do WAI apresentam índices elevados de consistência interna e de fidelidade, nomeadamente, a versão Portuguesa completa apresenta um Alpha de Cronbach entre 0.83 e 0.93 para a escala total (Machado & Horvath, 1999).

-*Ruptures Resolution Rating System* (3R's) (Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2009)
Este manual foi utilizado na identificação de rupturas na aliança terapêutica, sendo que o processo de cotação de rupturas implica que o juiz esteja atento durante a visualização do vídeo à presença dos momentos em que se tenha observado uma diminuição da colaboração nas tarefas ou objectivos ou da ligação entre terapeuta e cliente. Posteriormente o juiz identifica o tipo de ruptura presente (evitamento, confronto ou uma mistura de ambos) e o subtipo dentro de cada grupo tendo em conta a definição operacional dos diferentes marcos descritos no manual. Os marcos de evitamento descritos no manual são: negação, resposta mínima, comunicação abstracta, storytelling de evitamento e/ou mudança de tópico, deferência e submissão, incongruência entre afecto e discurso e o auto-criticismo e/ou desânimo. Os marcos de ruptura de confronto são: insatisfação com o terapeuta; o paciente rejeita a formulação, interpretação ou intervenção de forma não colaborativa; insatisfação com as actividades da terapia; insatisfação com os parâmetros da terapia; insatisfação com o progresso da terapia; o paciente defende-se do terapeuta e, por último, esforços directos para controlar/pressionar o terapeuta. Na parte final do processo de cotação o juiz atribui uma classificação geral de evitamento e confronto (com base no numero de marcos e saliência dos mesmos) para a globalidade da sessão. Esta classificação geral que deve reflectir o impacto de ambos os tipos de marcos na colaboração entre cliente e terapeuta é dada numa escala de 5 pontos (desde 1 "não ocorreram rupturas, sem significância na aliança" a 5 "ocorreram rupturas, significância máxima").

- *Sistema de Observação da Responsividade Terapêutica* (SORT) (Sousa, Ribeiro, & Horvath, 2009)
O SORT consiste num sistema de observação da responsividade terapêutica que codifica a expressão de necessidades do cliente. A codificação é feita com base na transcrição das sessões, podendo no entanto, a visualização das sessões identificar auxiliares não verbais (como interjeições, choro, silêncios prolongados ou frases incompletas) que, apesar de não serem imprescindíveis, podem facilitar e reforçar a identificação dos Eixos e Tipos de EVN. O SORT organiza a multiplicidade de necessidades expressas verbalmente pelo cliente em quatro Eixos e respectivos Tipos de marcadores de EVN: (1) Eixo A – Eixo do Querer, que engloba os marcadores de EVN A.1. Vontades/Motivações relacionadas com a mudança, A.2. Vontades/Motivações relacionadas com o problema e A.3. Expectativas; (2) Ei-

xo B – Eixo das Dificuldades, que compreende os marcadores de EVN B.1. Dificuldades intrapessoais, B.2. Dificuldades interpessoais e B.3. Dificuldades relacionadas com o self; (3) Eixo C - Eixo das Hesitações, que engloba os marcadores de EVN C.1. Dilemas pessoais e C.2. Dúvidas; e (4) Eixo D – Eixo dos Pedidos Directos, que compreende D.1. Vontades do cliente directamente relacionadas com a terapia, o terapeuta ou a relação terapêutica, D.2. Expectativas do cliente directamente relacionadas com a terapia, o terapeuta ou a relação terapêutica, D.3. Solicitações do cliente directamente relacionadas com a terapia, o terapeuta ou a relação terapêutica, D.4. Dificuldades do cliente directamente relacionadas com a terapia, o terapeuta ou a relação terapêutica e D.5. Dúvidas do cliente directamente relacionadas com a terapia, o terapeuta ou a relação terapêutica. O processo de codificação implica que o observador identifique expressões lexicais que remetam para um dos quatro possíveis Eixos de EVN. Os diferentes eixos são mutuamente exclusivos, ou seja, uma expressão lexical no contexto específico no qual emerge serve para ilustrar um e só um Tipo (dentro de um Eixo). Os eixos são relativos à experiência actual do cliente.

Procedimento

Selecção do caso

Este caso clínico foi seleccionado pelo facto da terapeuta ter relatado a observação da expressão constante por parte do cliente de dificuldades e insatisfação na execução das tarefas terapêuticas.

O OQ45 e o IAT foram preenchidos todas as sessões e utilizados para avaliar o progresso do cliente ao nível da sintomatologia e a evolução da aliança no decurso do processo psicoterapêutico. No início do processo o cliente apresentava um score total na medida sintomática OQ45 de 56 e de 72 na última sessão, oscilando do entre estes valores as pontuações deste questionário ao longo das sessões. Como este valores do OQ45 pré-pós terapia revelam, este é um caso clínico de insucesso. Observa-se contudo que os valores no IAT, na perspectiva do cliente, são sempre elevados durante todo o processo variando entre a pontuação mínima de 5,41 na 1ª sessão e a pontuação máxima de 6.23 na 12ª sessão, sendo a média das pontuações obtidas 5.98

Por questões técnicas relacionadas com a vídeo -gravação das sessões, as sessões 1, 4, 6 e 9 não foram analisadas.

Treino nos sistemas de observação

A realização desta investigação englobou um período de treino nos manuais de observação utilizados. O treino no Ruptures Resolution Rating System (3R's) (Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2009) ocorreu ao longo de dois meses, compreendeu a realização de oito reuniões semanais e a cotação de sete sessões de treino. Relativamente, ao treino no SORT (Sousa, Ribeiro, & Horvath, 2010), ocorreu ao longo de três meses, englobou a codificação de 24 episódios e a realização de oito reuniões semanais de três horas.

Codificação do material clínico com sistemas de observação

Na primeira etapa todas as sessões do processo terapêutico foram analisadas por observação através do Ruptures Resolution Rating System (3Rs) (Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2009), identificando-se para cada uma delas o número e tipo de rupturas. A segunda etapa da codificação compreendeu a observação de todas as sessões, por dois juízes através do SORT (Sousa, Ribeiro, & Horvath, 2010), no sentido de se identificar a expressão de necessidades do

cliente ao longo da intervenção. A codificação da EVN foi efectuada de forma independente e cega à identificação de rupturas da aliança.

Procedimentos de validação

A cotação das rupturas na aliança terapêutica realizou-se com o recurso a três juízes com treino no Ruptures Resolution Rating System (3R's) Manual (Eubanks-Carter, Muran, & Safran, 2009). Um dos autores do estudo cotou como juiz a totalidade da amostra e os restantes dois juízes cotaram 37.5% das sessões, para as quais foi realizado o cálculo do acordo inter-juízes. Este valor foi calculado para os scores globais de evitamento e de confronto de cada sessão, usando-se o coeficiente de correlação intra-classes, sendo que o valor obtido para o evitamento foi de 0.583 e para o confronto de 0.956.

As codificações da EVN foram realizadas por três juízes com treino no SORT (Sousa, Ribeiro, & Horvath, 2010), tendo o treino apenas sido concluído quando os juízes chegaram a um grau de acordo inter-juízes superior a 0.7 (r = 0.89). No que respeita às codificações da amostra deste estudo, um dos autores do estudo cotou a totalidade das sessões e os restantes dois juízes cotaram independentemente 30% das sessões, recorrendo à metodologia de consenso nas codificações em que se verificou desacordo.

Procedimentos de análise

Realizamos uma análise de Séries Temporais (Borckardt, Nash, Murphy, Moore, Shaw, & O'Neil, 2008) de modo a compreender de que modo co-variavam ao longo do tempo as duas variáveis em estudo: as rupturas na aliança e a expressão verbal de necessidades por parte do cliente. Para isso recorremos ao software estatístico SMA Simulation Modeling Analysis (S.M.A. 8.3.3., Borckardt, 2006), que permite inferir uma relação entre duas séries de dados recolhidas ao longo do processo de um estudo de caso único. O programa assegura o tratamento da influência de auto-correlações entre os dados, acautelando erros do tipo I. As correlações obtidas pelo programa são calculadas assumindo a correcção de Bonferonni. Utilizamos neste estudo a versão do mesmo software para dados não paramétricos uma vez que a análise exploratória de dados revelou que os dados não obedeciam a uma distribuição normal.

Num segundo momento, procedemos a uma análise qualitativa da co-ocorrência do tipo de marcos rupturas e do tipo de marcos de EVN. Esta análise foi efectuada para cada uma das sessões do processo, considerando a co-ocorrência ao nível episódio.

Resultados

Começaremos por descrever os resultados relativos à emergência de marcadores de rupturas e da EVN. Posteriormente, apresentamos os resultados da análise quantitativa de série temporais efectuada e por fim da análise qualitativa da co-ocorrência dos marcadores de ruptura e de EVN identificados.

Resultados dos marcadores de rupturas

O gráfico 1 ilustra o número de marcos de ruptura identificados em cada sessão do processo terapêutico. Ao longo da terapia foram cotados 36 marcadores de ruptura dos quais 25% são marcadores de evitamento e 75% são marcadores de confronto. Apesar de se terem identificado vários marcos de confronto nomeadamente de insatisfação com as actividades da terapia, a intensidade desses marcos não foi muito elevada, o que de algum modo é congruente com os valores elevados da aliança terapêutica pontuados pelo cliente. Observa-se uma

prevalência das rupturas de confronto ao longo do processo psicoterapêutico e um número mais elevado de marcadores de ruptura até à 12ª sessão, sendo que a partir daí o número de marcadores de ruptura observados diminui. Apenas não foram identificadas rupturas na 13ª, 18ª e 19ª sessões.

Resultados dos marcadores de expressão verbal de necessidades

O gráfico 2 ilustra o número de marcadores de EVN identificados em cada sessão do processo terapêutico. Ao longo do processo psicoterapêutico foram cotados 425 marcadores de EVN, dos quais 14% são marcadores de Eixo do Querer, 45% são marcadores do Eixo das Dificuldades, 5% são marcadores do Eixo das Hesitações e 36% são marcadores do Eixo dos Pedidos Directos.

De um modo global, observa-se um número crescente de marcadores de EVN ao longo do processo psicoterapêutico.

Apesar de pouco frequentes, os marcadores de EVN do Eixo do Querer emergem a partir da 5ª sessão, estando mais presentes nas últimas sessões do processo psicoterapêutico. No que concerne aos marcadores de EVN do Eixo das Dificuldades, verifica-se uma emergência oscilante mas tendencialmente crescente no decorrer do processo. Os marcadores da EVN do Eixo das Hesitações são residuais ao longo de todo o processo, tendo sido observado o valor mais elevado na penúltima sessão. Por fim, os marcadores do Eixo dos Pedidos Directos – relacionados com a terapia, o terapeuta ou a relação terapêutica – emergem de um modo

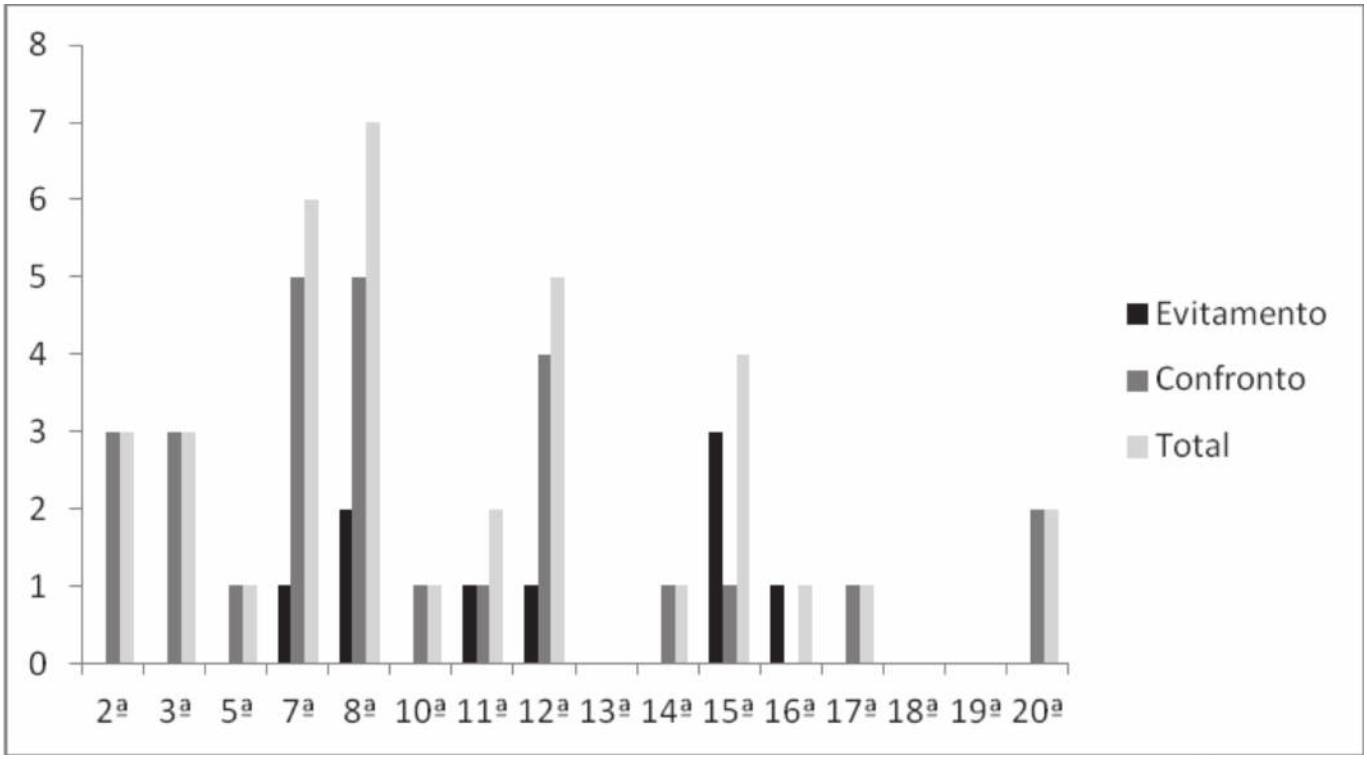

Gráfico 1. Número de marcadores de ruptura identificados por sessão

oscilante ao longo do processo, tendo sido observado o valor mais elevado na 12ª sessão e o valor mais baixo na 16ª sessão.

Resultados da análise Time Series

A análise de Time Series evidenciou a existência de três correlações estatisticamente significativas: uma correlação positiva, na Lag -3 (r=.18, p< .05), o que significa que um aumento do número de marcos de rupturas numa sessão influencia um aumento do número de marcadores de EVN três sessões mais tarde; (2) uma correlação positiva, na Lag +2 (r=.37, p< .05), o que indica que um aumento dos marcadores de EVN numa sessão influencia um aumento do número de marcos de ruptura duas sessões mais tarde e (3) uma correlação positiva, , na Lag +3 (r=.12, p< .05), o que traduz que um aumento dos marcadores de EVN numa sessão influencia um aumento do número de marcos de ruptura três sessões mais tarde.

Resultados da análise qualitativa dos marcos de rupturas e marcadores de EVN

Os momentos nos quais foram identificados marcos de ruptura e marcadores de EVN foram detalhadamente analisados verificando-se que em todas as sessões nas quais se detectaram marcos de ruptura (13 das 16 sessões analisadas) co-ocorreu a emergência de marcadores de EVN. A tabela 1 representa os marcos de ruptura e de EVN coincidentes, observando-se que uma das associações mais frequentes é a coincidência entre o marco de ruptura de confronto insatisfação com as actividades da terapia e a o marco de expressão de dificuldades relacionadas com a terapia.

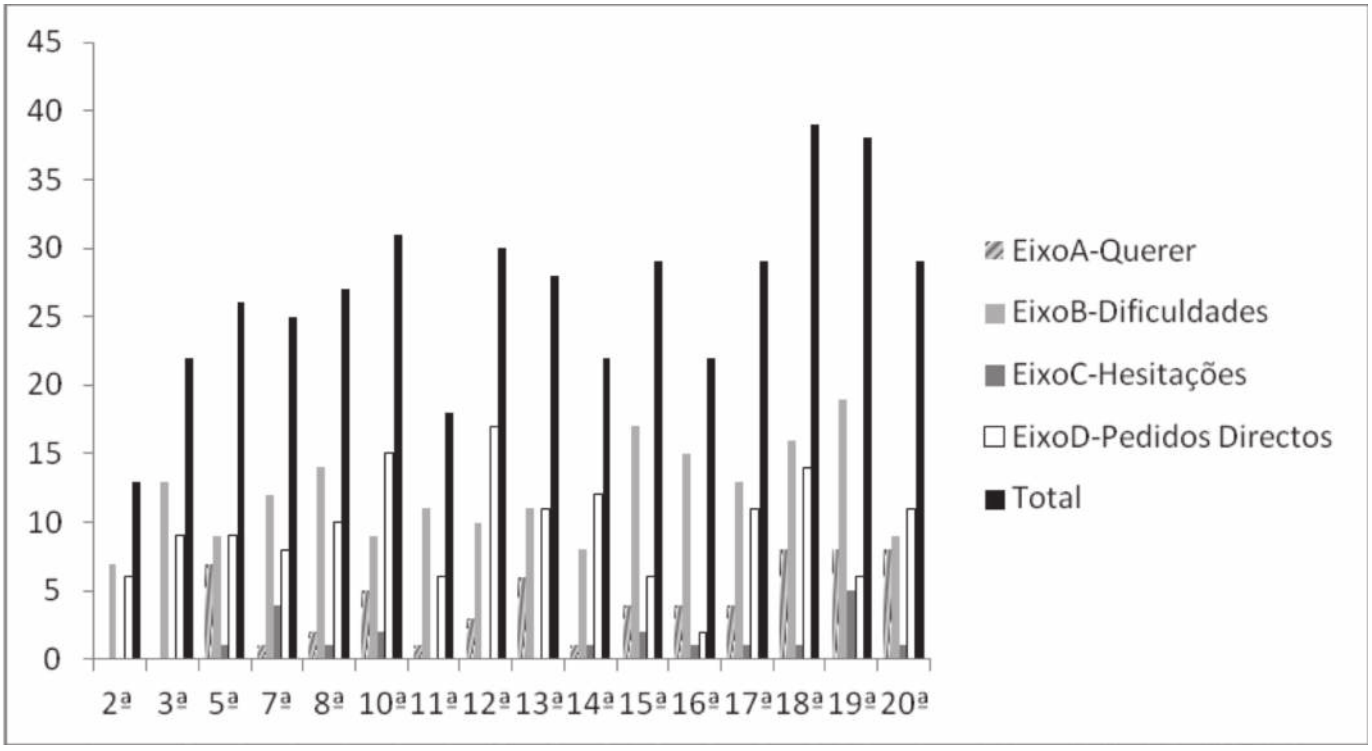

Gráfico 2: Número de marcadores de expressão verbal de necessidades identificados por sessão

Tabela 1. Marcos de ruptura e de expressão verbal de necessidades coincidentes em cada sessão

Sessão	Marcadores de ruptura	Marcadores de expressão verbal de necessidades	Nº de momentos de co-ocorrências
2ª	Insatisfação com as actividades na terapia	Dificuldades relacionadas com a terapia	2
3ª	Insatisfação com as actividades na terapia	Dificuldades relacionadas com a terapia	3
4ª	Sessão não analisada		
5ª	Insatisfação com as actividades da terapia	Dificuldades relacionadas com a terapia	1
6ª	Sessão não analisada		
7ª	Insatisfação com as actividades da terapia	Dificuldades relacionadas com a terapia	2
	Resposta mínima	Duvidas	1
8ª	Insatisfação com as actividades da terapia	Dificuldades relacionadas com a terapia	2
	Auto-criticismo e/ou desânimo	Duvidas relacionadas com a terapia	1
9ª	Sessão não analisada		
10ª	O paciente rejeita a intervenção do terapeuta de forma não colaborativa	Dificuldades intrapessoais	1
11ª	Insatisfação com as actividades da terapia	Dificuldades relacionadas com a terapia	1
	Auto criticismo e/ou desânimo	Dificuldades relacionadas com a terapia	1
12ª	Insatisfação com as actividades da terapia	Dificuldades relacionadas com a terapia	3
	O paciente rejeita a formulação/intervenção do terapeuta de forma não colaborativa	Dificuldades relacionadas com a terapia	2
	O paciente rejeita a formulação/intervenção do terapeuta de forma não colaborativa	Expectativas	1
	Auto criticismo e/ou desânimo	Dificuldades relacionadas com o self	1
	Auto criticismo e/ou desânimo	Dificuldades intrapessoais	1
13ª	Sem Rupturas		
14ª	Insatisfação com as actividades da terapia	Dificuldades relacionadas com a terapia	1
15ª	Auto-criticismo e/ou desânimo	Dificuldades intrapessoais	3
16ª	Auto-criticismo e/ou desânimo	Dificuldades relacionadas com a terapia	1
17ª	Insatisfação com o progresso da terapia	Dificuldades relacionadas com a terapia	1
	Insatisfação com o progresso da terapia	Vontades relacionadas com a terapia	1
18ª e 19ª	Sem Rupturas		
20ª	Insatisfação com o progresso da terapia	Duvidas relacionadas com a terapia	1
	Insatisfação com o progresso da terapia	Duvidas	1

Apresentamos de seguida uma ilustração clínica que ocorreu na 5ª sessão, deste tipo de associação entre o marco de ruptura que engloba a expressão directa por parte do cliente de incompreensão, insatisfação ou desconforto face às actividades da terapia e o marco de EVN de expressão de dificuldades relacionadas com a terapia.

Ilustração clínica 1:

Cliente: *O problema de tudo é, lá está, é identificar o que é os pensamentos.*

Terapeuta: *É a parte mais difícil.*

Cliente: *É difícil, que eu não...*

Terapeuta: *Mas hoje o João já fez, já fizemos aqui os dois e o João avançou.*

Cliente: *Pois que eu não consigo muito mais assim, não sei é tudo inconsciente, o que for agora, já também, já passou algum tempo, mas mesmo não sei a origem sempre, é o problema é sempre esse.*
Terapeuta: *Mas por exemplo, o João já avançou mais um bocadinho... "o que é que aconteceria se desmaiasse, o que é que aconteceria se os outros me vissem naquele estado".*
Cliente: *Pois mas isso também, eu acho que qualquer pessoa ia, pelo menos, ia pensar assim, não é?*
Terapeuta: *Exactamente... (sobrepõe-se o discurso de ambos)*
Cliente: *É o que eu acho.*
Terapeuta: *Mas isso são pensamentos essenciais para nós...*
Cliente: *Pois, o que eu acho é que é comum, que qualquer pessoa, sei lá, pelo menos é, do que eu conheço, das pessoas que conheço é que...assim… qualquer pessoa pensa aquilo que eu penso.*

Ao nível das rupturas de evitamento o marco mais frequente foi o de auto-criticismo ou desanimo que se manifesta pela ocorrência de um afastamento do cliente da interacção com o terapeuta entrando num processo depressivo e/ou de autocrítica que parece limitar a possibilidade de ajuda do terapeuta. Este marco co-ocorreu em alguns casos com a expressão verbal de dificuldades intrapessoais tal como se observa na ilustração clínica 2, ocorrida na 12ª sessão.

Ilustração clínica 2:
Terapeuta: *Agora o desafio é tentar ficar bem, não é?*
Cliente: *Pois, isso é o que eu... Mas eu já tenho isto para aí há dez anos...*
Terapeuta: *Exactamente.*
Cliente: *É que já está tão interiorizado… há épocas em que não tenho isto, mas há outras em que fico assim muito...*
Terapeuta: *E nessas épocas é que devemos mobilizar as nossas estratégias.*
Cliente: *Eu quando estou mal uso o comprimido. Pronto e às vezes nem o comprimido faz o tal efeito.*

Discussão

Os resultados deste estudo de caso, quer ao nível da emergência de rupturas na aliança quer ao nível da expressão verbal de necessidades, contribuem para uma reflexão sobre a qualidade da interacção terapêutica que terá influenciado o insucesso terapêutico verificado neste caso. Estes resultados parecem também de algum modo desafiar a relação entre qualidade da aliança e resultados terapêuticos. Isto porque, apesar da avaliação da aliança, na perspectiva do cliente, ter sido sempre elevada, quando analisada a um nível microscópico e ao longo da sessão, nem sempre se observou a interacção colaborativa que se esperava estar associada a uma aliança terapêutica de qualidade. De facto, o cliente manifestou, desde o início e ao longo do processo, insatisfação com a terapia e verbalizou dificuldades relacionadas com as tarefas terapêuticas. Estas expressões de insatisfação relacionadas com a terapia implicaram quebras na colaboração terapêutica que, variando ao longo do processo, se associaram na mesma sessão ou em sessões posteriores com a expressão de necessidades ou dificuldades também relacionadas com a terapia, por parte do cliente. A associação dos marcos de ruptura de confronto, particularmente do marco de insatisfação com as actividades da terapia, com marcadores de EVN do eixo D (dificuldades relacionadas com a terapia), compreende-

-se, por um lado, pelo facto de a sintomatologia do cliente conduzir a dificuldades na execução das tarefas terapêuticas propostas pelo terapeuta e pela persistência da intervenção dirigida à gestão dessa sintomatologia. Em nosso entender, a maior percentagem de rupturas de confronto durante a primeira fase da terapia e sua diminuição a partir da 12ª sessão, associada a um aumento de expressão verbal de necessidades, também estas relacionadas com dificuldades na terapia ou de natureza intra-pessoal, sugere mais um desinvestimento / desistência por parte do cliente relativamente à terapia, do que propriamente uma resolução das mesmas, como seria de supor. O desenvolvimento da interacção ao longo do caso sugere também esta desistência progressiva do cliente, dado que ao longo do processo, quer os marcos de ruptura identificados, quer os marcadores de EVN deixam transparecer as dificuldades do cliente na adesão à terapia e aos desafios que esta lhe coloca. Assim, na fase inicial da terapia observa-se uma prevalência dos marcos de ruptura relativos à insatisfação com as actividades da terapia e um aumento das EVN do tipo dificuldades relacionadas com a terapia, associadas às dificuldades do cliente realizar tarefas terapêuticas propostas como por exemplo a identificação de pensamentos disfuncionais e de pensamentos alternativos. Assim, o cliente começa por invalidar as propostas do terapeuta que exigem de si uma postura mais activa face à sua própria mudança, sugerindo um desencontro na colaboração terapêutica (Ribeiro, Gonçalves, & Horvath, 2009). Numa segunda fase (da 8ª à 16ª sessão) começa a assistir-se ao aparecimento do marco de ruptura de evitamento auto-criticismo e/ou desânimo associado à EVN do eixo das dificuldades (eixo B), o que está associado ao facto da terapia não surtir os resultados esperados pelo cliente. Neste caso o cliente apesar de continuar a investir no processo de mudança, expressando as suas dificuldades, parece fazê-lo protegendo a relação e abdicando da afirmação da sua agência pessoal (Safran & Muran, 2000). Na fase final (a partir da 17ª sessão), começa a registar-se o marco de ruptura de confronto de insatisfação com o progresso da terapia associado à EVN relativas a pedidos directos (eixo D), ou seja ligadas a aspectos da terapia, do terapeuta ou da relação terapêutica. Nesta altura, apesar de a intervenção estar na fase final, não se verificaram melhorias significativas na sintomatologia do cliente, e este parece já não estar tão preocupado em proteger a relação.

O resultado da análise de séries temporais, em que de um modo significativo um aumento de rupturas leva a um aumento na expressão verbal de necessidades 3 sessões mais tarde, faria sentido teoricamente em casos em que as rupturas foram adequadamente resolvidas, uma vez que esse processo de resolução promove a maior colaboração do cliente nas actividades da terapia e por isso seria de esperar maior abertura para a expressão de necessidades por parte do cliente (principalmente do eixo A e B). Neste caso não parece ser esse o mecanismo que explica a associação pois, sendo um caso de insucesso, é mais provável que as rupturas não tenham sido adequadamente resolvidas. Sendo assim, e como discutimos acima, este aumento de EVN num momento posterior à emergência das rupturas parece reflectir essa não resolução, tanto mais que as necessidades expressas são relacionadas directamente com a terapia.

Por outro lado, um aumento de expressão verbal de necessidades leva a um aumento de rupturas 2 e 3 sessões mais tarde, pode ser explicada por um mecanismo semelhante, ou seja, o cliente expressa re-

petidamente dificuldades directamente relacionadas com a terapia que, porque não são adequadamente respondidas, levam a emergência de rupturas. Na verdade, estes dois construtos, as EVN relacionadas com o eixo D e as rupturas, são bastantes semelhantes no modo como se concretizam na interacção terapêutica e isso, só por si isso explicaria a associação.

A associação entre EVN e rupturas na aliança sugere que para além das fragilidades relacionadas com o cliente (e.g. dificuldades na adesão às tarefas terapêuticas propostas), outros factores relacionados com a terapeuta podem explicar esta associação e a consequente ineficácia terapêutica. Embora neste estudo não tenhamos analisado a resolução das rupturas, tendo em conta que se trata de um caso de insucesso terapêutico, consideramos que a terapeuta poderá ter sido pouco eficiente na identificação / resolução das rupturas, assim como poderá também não ter sido capaz de ser terapeuticamente responsiva às necessidades verbalizadas pelo cliente.

Estas duas fragilidades na intervenção terapêutica podem ter sido responsáveis pela associação positiva que encontrámos entre a emergência de rupturas e de expressão verbal de necessidades, cujos marcos na sua maioria sugerem a ineficácia da intervenção, sentida pelo cliente: insatisfação com a terapia e dificuldades com a terapia. De acordo com Safran e Muran (2000) o processo de resolução de rupturas ocorre ao longo de várias sessões e assenta num processo de negociação entre terapeuta e cliente com o qual os pacientes aprendem que podem expressar as suas necessidades de agência sem prejudicarem a relação (nas rupturas de evitamento) e que a expressão de necessidades de vulnerabilidade e dependência não tem consequências negativas (nas rupturas de confronto), sendo que estas necessidades podem corresponder a determinado tipo de marcadores de EVN.

A análise dos processos de resolução de ruptura e de responsividade às EVN permitiria compreender melhor a relação entre estas duas variáveis terapêuticas, nomeadamente que EVN surgem nos primeiros momentos em que emerge o marco de ruptura, e quais tendem a surgir quando as rupturas são resolvidas, ou que reacções do cliente às respostas do terapeuta se encontram mais em casos de sucesso e de insucesso. Assim, consideramos que a ausência desta análise constitui uma limitação deste estudo, que pretendemos colmatar em estudos futuros.

Finalmente, é importante ter em conta outras limitações desta investigação que exigem prudência na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, salienta-se a natureza exploratória dos dados e como tal a necessidade de uma maior consolidação dos mesmos em estudos posteriores. Ainda, o facto de se tratar de um estudo de caso único não permite generalizar as conclusões encontradas, sendo que no futuro seria útil comparar e procurar replicar os resultados deste estudo de caso, num design de estudo de caso múltiplo, incluindo casos de sucesso e insucesso terapêutico, casos de dropout e casos com aliança terapêutica baixa e elevada. Também, a impossibilidade da análise das sessões 1, 4, 6 e 9 constitui uma limitação, pois desconhecendo os dados destas sessões, e sendo esta uma análise microcroscópica, mas também tomando a sequência das sessões, temos que assumir que a análise da interacção nessas sessões poderia em última análise alterar os resultados que aqui apresentamos.

Referências

Barlow, D. (1988). Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic, New York: The Guilford Press.

Borckardt, J.J. (2006). Simulation modeling analysis - time series analysis for short time series data streams – user´s guide 8.3.3.

Borckardt, J.J., Nash, R.M., Murphy, M.D., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time series analysis. American psychologist, 63(2), 77-95.

Bordin, E.S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psycotherapy: Theory, research and practice, 16(3), 252-259.

Castonguay, L.G., Constantino, M.J., & Holtforth, M.G. (2006). The working alliance: where are we and were should we go? Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43(3), 271-279.

Eubanks-Carter, C. Muran, J.C., & Safran, J.D. (2009). Ruptures Resolution Rating System (3R's) Manual. Unpublished manuscript, New York: Beth Israel Medical Center.

Horvath, A.O. (1994). Research on the alliance. In A.O. Horvath & L.S. Greenberg (Eds.), The working alliance: Theory, research, and practice, (pp.109-128). New York: John Wiley and Sons.

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

Horvath, A.O., & Greenberg, L.S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. Journal of Counseling Psychology, 36(2), 223-233.

Iwakabe, S., Rogan, K., & Stalikas, A. (2000). The relationship between client emotional expressions, therapist interventions, and the working alliance: an exploration of eight emotional expression events. Journal of Psychotherapy Integration, 10(4), 375-401.

Norcross, J.C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J.C. Norcross (Ed.), Psychotherapy relationships that work (pp.3-16). New York: Oxford University Press.

Ribeiro, E, Gonçalves, M., & Horvath, A. (2009) Therapeutic alliance as a balance of therapist and client's complementary actions. European Conference of the Society for Psychotherapy Research, Bolzano, Itália.

Safran, J.D., Crocker, P., McCain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. Psychotherapy, 27(2), 406-458.

Safran, J.D., & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in therapeutic alliance. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64(3), 447-458.

Safran, J.D., & Muran, J.C. (1998). The therapeutic alliance in brief psychotherapy: General principles. In J.D. Safran & J.C. Muran (Eds.), The therapeutic alliance in brief Psychotherapy (pp.217-229). Washington: American Psychological Association.

Safran, J.D., & Muran, J.C. (2000). The therapeutic alliance as a process of intersubjective negotiation. In J.D. Safran & J.C. Muran (Eds.), Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide (pp.165-185). New York: The Guilford Press.

Safran, J.D., & Muran, J.C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43(3), 286-291.

Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., & Stevens, C. (2001). Repairing alliance ruptures. Psychotherapy, 38(4), 406-412.

Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In J.C. Norcross (Ed.), Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients (pp.235-254). New York: Oxford University Press.

Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., & Winston, A. (2005). Evaluating alliance-focused intervention for potential treatment failures: a feasibility study and descriptive analysis. Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42(4), 512-531.

Sousa, Z.C., Ribeiro, E., & Horvath A. O. (2009) Therapeutic Responsiveness as a micro-processing in developing the alliance. Comunicação apresentada no painel "Formation of the Therapeutic Alliance: in session interactional micro-processes", na European Society for Psychotherapy Research Conference, Bolzano, Itália, 1-3 Outubro.

Sousa, Z.C., Ribeiro, E., & Horvath, A.O. (2010). Sistema de Observação da Responsividade Terapêutica. Braga: Manuscrito não publicado. Braga. Escola de Psicologia, Universidade do Minho.

SPSS Inc. (1997). SPSS Base 7,5 for Windows – User´s guide (pp: 407-429). USA.