



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DA MAIA

Patrícia Alexandra Alves da Silva

Nº 28018

Estratégias terapêuticas para a resolução de ruturas na aliança terapêutica: Um estudo de quatro casos de Terapia Focada nas Emoções para a depressão

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação de Prof. Doutora Carla Alexandra Castro Cunha

(Instituto Universitário da Maia - ISMAI)

2018

Agradecimentos

Este foi sem dúvida um ano de muito conhecimento, desafios e obstáculos. Ao longo do mesmo foram várias as pessoas que me acompanharam e e ajudaram, de alguma forma, a que eu conseguisse ultrapassar todas as dificuldades que me foram aparecendo e conseguir superar este ano letivo que foi um grande desafio. A estas pessoas um MUITO OBRIGADA.

Em primeiro gostaria de agradecer à minha orientadora Doutora Carla Cunha por me ter aceite como sua orientanda, por ter sido sempre preocupada comigo e me ajudado em tudo o que pode.

Um obrigada muito especial à Dra. Ana Bela. Foi sem dúvida uma pessoa muito especial que me acompanhou ao longo deste ano difícil. Obrigada por todas as aprendizagens, por todas as palavras, por todo o ensinamento e por toda a preocupação que sempre teve comigo. Muito obrigada de coração por nunca me ter deixado desistir.

Quero agradecer muito aos meus pais, irmã e madrinha por terem suportado em todos os bons e maus momentos e acima de tudo obrigada por me terem dado esta oportunidade de realizar o meu curso. Sem vocês nada disto seria possível.

Um agradecimento especial também à minha colega de curso e companheira neste percurso: Diana Ferreira. Foste sem dúvida essencial, pois sempre me apoias-te e nunca me deixaste baixar os braços, caminhando comigo lado a lado.

Obrigada aos meus colegas de trabalho que sempre me foram incentivando e encorajando ao longo do tempo e acima de tudo obrigada pelas palavras de apoio que me deram todos os dias. Mas quero dar um agradecimento especial à Mariana, por ter sido sempre o meu ponto de equilíbrio e por todas as palavras de apoio, compreensão e incentivo.

Resumo

As rupturas na aliança terapêutica são definidas como momentos de deterioração na relação diádica entre terapeuta e cliente ao longo da psicoterapia. Diante de uma ruptura, o terapeuta deve trabalhar em colaboração com o cliente para reparar a relação (processo de resolução). Não resolver as rupturas pode influenciar negativamente o processo terapêutico, levando ao abandono da psicoterapia ou a maus resultados. Assim, uma resolução adequada das rupturas pode influenciar positivamente o processo terapêutico, facilitando o bom resultado. Embora o construto de rupturas da aliança seja transteórico, modelos diferentes podem usar estratégias de resolução distintas quando ocorrem rupturas. **Objetivos:** Este estudo foca-se em dois casos de terapia focada nas emoções (TFE – *Emotion Focused Therapy EFT*) para depressão, tendo objetivos: i) descrever as estratégias do terapeuta utilizadas para a resolução das diferentes rupturas na aliança terapêutica nestes dois casos de TFE, e ii) analisar a evolução das estratégias de resolução e mudanças nos sintomas depressivos e gerais ao longo do processo. **Métodos:** Cinco sessões de quatro casos de TFE para a depressão foram codificadas através da aplicação do *Rupture Resolution Rating System*. As sessões foram selecionadas para convergir com os dados do cliente recolhidos com o *Working Alliance Inventory* durante o processo terapêutico. **Resultados e discussão:** Verificou-se que o grau de resolução de rupturas terapêuticas não está associado com o OQ-10, o que vai de encontro ao estudo de Muran e Safran (2017), e o grau de resolução de rupturas e as pontuações da WAI estão associados, indo de encontro ao estudo de Ribeiro, Coutinho, Sousa e Machado (2011).

Palavras-chave: ruptura; aliança terapêutica; resolução de rupturas; sucesso terapêutico; terapia focada nas emoções

Abstract

Ruptures in the therapeutic alliance are defined as deteriorations in the dyadic relationship between therapist and client throughout psychotherapy. Faced with a rupture, the therapist must work collaboratively with the client in order to solve it (resolution process). Failing to resolve ruptures may negatively influence the therapeutic process, leading to psychotherapy dropout or poor outcome. Correspondingly, the correct resolution of ruptures may positively influence the therapeutic process, facilitating good outcome. Although the construct of ruptures of the alliance is transtheoretical, different models may use distinct resolution strategies when ruptures occur. **Aims:** This present study focuses on two cases of Emotion-Focused Therapy (EFT) for depression, with the aims to describe the therapist strategies used for the resolution of the different ruptures in the therapeutic alliance, as well as to analyze the evolution of resolution strategies and changes in depressive and general symptoms throughout the process. **Methods:** Five sessions of four cases of EFT for depression were coded through the application of the Rupture Resolution Rating System. Sessions were selected to converge with client data collected through the Working Alliance Inventory during the therapeutic process. **Results and discussion:** Results show that the degree of resolution of therapeutic ruptures is not associated with the OQ-10, which is in agreement with the study by Muran and Safran (2017), and there is an association between the degree of resolution of ruptures and the WAI scores, in agreement with the study of Ribeiro, Coutinho, Sousa and Machado (2011).

Keywords: rupture; therapeutic alliance; resolution of ruptures; therapeutic success; emotion-focused therapy

Índice

Resumo.....	I
Abstract	II
Índice de tabelas	V
Índice de figuras	VI
Introdução.....	1
Capítulo I – As rupturas na aliança terapêutica e as intervenções do terapeuta.....	2
1.1. Aliança terapêutica: Definição e relevância clínica	2
1.1.1 Aliança terapêutica na Terapia Focada nas Emoções (TFE)	3
1.2. Rupturas na aliança terapêutica	4
1.2.1. Tipos de rupturas e sua definição.....	5
1.2.2. Rupturas na aliança e processo terapêutico	9
1.3. Intervenções dos terapeutas na resolução das rupturas na aliança terapêutica.....	12
1.4. Pertinência do presente estudo	17
Capítulo II – Estudo Empírico	18
2. Questão de investigação e objetivos do estudo	18
3. Método.....	19
3.1.1 Clientes.....	19
3.1.2. Terapeuta.....	22
3.1.3. Investigadores.....	23
3.2. Medidas.....	23
3.2.1. Medidas de Resultado	23

3.2.1.1. <i>Beck Depression Inventory-II</i> (BDI-II)	23
3.2.1.2. <i>Outcome Questionnaire 45</i> (OQ-45)	24
3.2.1.3. <i>Working Alliance Inventory – Short Revised – WAI-SR</i>	24
3.2.2. Medidas de Processo	25
3.2.2.1. <i>Rupture Resolution Rating System</i> (3R's)	25
3.3. Procedimentos e Fidelidade	26
3.3.1. Codificação (treino).....	26
3.3.2. Seleção da amostra.	27
3.3.3. Codificação.....	27
3.3.3. Análise dos resultados.....	28
3.4. Resultados	28
3.5. Discussão	45
4. Conclusão, limitações e direções futuras.....	48
Referências Bibliográficas	I

Índice de tabelas

Tabela 1 - Ruturas de Evitamento

Tabela 2 - Ruturas de Confrontação

Tabela 3 - Formas de resolução das Ruturas Terapêuticas

Tabela 4 - Descrição dos casos clínicos

Tabela 5 - Resultados dos testes psicométricos das duas clientes

Tabela 6 - Descrição dos terapeutas

Tabela 7 - Síntese dos diferentes tipos de ruturas terapêuticas e seus subtipos

Tabela 8 - Síntese das diferentes formas de resolução de ruturas terapêuticas

Tabela 9 - Relação da Q1 e do OQ_10

Tabela 10 - Relação da Q1 e da WAI_C

Índice de figuras

Figura 1 - Total de Ruturas de Evitamento e Confrontação

Figura 2 - Tipos de ruturas de evitamento

Figura 3 - Tipos de ruturas de confrontação

Figura 4 - Total de ruturas por cada sessão nos 4 casos

Figura 5 - Significância

Figura 6 - Total de resoluções por cada sessão nos 4 casos

Figura 7 - Resoluções ocorridas

Introdução

A aliança terapêutica entre cliente e terapeuta é um tópico que tem vindo a ser debatido ao longo do tempo, sendo reconhecido como muito importante para a terapia. Aliás, dentro dos diferentes fatores da relação terapêutica, a aliança tem sido o fator de maior foco, porque influencia no resultado terapêutico (Schmidt, 2016). Quando este vínculo entre cliente e terapeuta é quebrado, acaba por haver uma incompatibilidade (Salgado, 2014) ou deterioração na relação terapêutica (Eubanks, Muran, & Safran, 2015). Para Bordin (1979), aliança terapêutica é quando existe vínculo terapêutico e um acordo entre a díade acerca dos objetivos do tratamento e as tarefas a realizar no mesmo.

Estas quebras na aliança terapêutica entre cliente e terapeuta são denominadas por ruturas na aliança terapêutica, que quando não ficam resolvidas, estão associadas a um mau resultado terapêutico ou ao *dropout* (i.e. abandono precoce) do cliente (Safran & Kraus 2014). As ruturas acabam por ter significado de não haver acordo entre terapeuta e cliente nas tarefas ou objetivos a fazer em sessão e ao longo da terapia (Ribeiro, 2009).

Apesar disso, as ruturas terapêuticas são “recuperáveis” ou reversíveis, caso terapeuta e cliente trabalhem nesse sentido. Desta forma, é importante então perceber que tipo de estratégias de resolução existem e se estas estão relacionadas com a diminuição da sintomatologia e a relação terapêutica. Por isso mesmo, este estudo pretende descrever todas as ruturas terapêuticas ocorridas em diferentes casos de psicoterapia e também todas as resoluções observadas. Isto pretende compreender que as formas resolução de ruturas existiram nestas sessões e, conseqüentemente, compreender também se estas resoluções estão associadas ou não a uma boa aliança entre cliente e terapeuta e se estão, também, associadas à evolução ou diminuição da sintomatologia.

Capítulo I – As rupturas na aliança terapêutica e as intervenções do terapeuta

1.1. Aliança terapêutica: Definição e relevância clínica

A aliança terapêutica é um aspecto fundamental no processo terapêutico, sendo caracterizada pela existência de uma relação de colaboração entre a díade terapeuta-cliente e de um vínculo entre os participantes (Horvath & Greenberg, 1994). Segundo diversos autores, a aliança terapêutica é vista como a chave (Bordin, 1979) para um resultado terapêutico positivo (Safran & Muran, 1996; Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011).

Por exemplo, Norcross e Hill (2004) destacam, como elementos efetivos gerais do relacionamento terapêutico, a aliança terapêutica, a empatia e a colaboração entre terapeuta e cliente quanto aos objetivos e tarefas a fazer ao longo do processo terapêutico. Para que possa ser desenvolvida uma aliança terapêutica forte tem de haver não só um acordo entre terapeuta e cliente no que diz respeito às tarefas e objetivos terapêuticos, mas também um laço ou vínculo de colaboração e empatia entre ambos (Bordin, 1979).

Em particular, a empatia é um conceito principal (Chung & Bemak, 2002), multidimensional, complexo (Mercer & Reynolds, 2002) e também muito importante na construção de aliança terapêutica, porque é um facilitador para o desenvolvimento da mesma. Isto não significa que seja uma condição para a construção da aliança terapêutica, mas é um grande possibilitador (Shlien, 1998), que se baseia na compreensão e validação dos problemas do paciente (Mercer & Reynolds, 2002), entrando no mundo do mesmo (Chung & Bemak, 2002).

É importante também para o processo terapêutico que o terapeuta não veja o cliente como uma pessoa frágil, pois este tem recursos e competências para melhorar os

seus problemas e a criação de uma melhor aliança terapêutica acontece quando o terapeuta age com o cliente partindo da concepção de que este tem os recursos para evoluir ao longo da terapia (Safran & Muran, 1999).

1.1.1 Aliança terapêutica na Terapia Focada nas Emoções (TFE)

Segundo Greenberg e Safran (1989), a Teoria Focada nas Emoções (TFE) é uma teoria que se foca essencialmente na experiência emocional, concebendo a emoção como uma forma de orientação para as respostas a diversas situações da vida dos indivíduos e também como um guia para nos direcionarmos no ambiente. Greenberg (2004) afirma que a emoção é a base da construção do *self* e também a chave para a auto-organização do indivíduo, onde o terapeuta tem um papel fundamental para reorganizar esta experiência emocional e para que as pessoas se consciencializem e consigam lidar melhor com a mesma.

A Terapia Focada nas Emoções (TFE) é centrada numa relação genuína entre terapeuta-cliente, onde o terapeuta deve ser atencioso, presente e focado nos problemas do cliente. Desta forma, criar-se-á uma relação empática entre a díade que é, segundo Elliott e Greenberg (2016), o ponto de partida em TFE. Neste sentido, a empatia requer que o terapeuta compreenda os problemas do cliente e que demonstre que tem essa compreensão, sendo que depois esta será uma mais-valia na relação terapêutica (Batista, 2012). A empatia, que é uma ferramenta poderosa (Batista, 2012), juntamente com a aliança terapêutica e o acordo entre tarefas são os princípios relacionais base desta terapia, que faz com que o cliente se sinta seguro e confortável para conversar sobre as suas experiências mais dolorosas (Greenberg, Elliott, & Pos, 2007; Elliott & Greenberg, 2016).

Segundo Greenberg (2010), a TFE tem como objetivo e primeira etapa da terapia o criar uma relação empática com o cliente (Mendes, 2015). Esta relação empática, que é baseada na construção de uma aliança terapêutica forte, irá facilitar o trabalho de exploração e consciencialização emocional com os clientes (Horvath & Greenberg, 1994).

1.2. Ruturas na aliança terapêutica

Como já foi descrito anteriormente, a aliança terapêutica revela-se fundamental para o processo terapêutico, mas também existem momentos na relação diádica que podem enfraquecer esta aliança. Estes momentos são chamados de ruturas da aliança terapêutica. Uma rutura na aliança terapêutica é uma incompatibilidade (Salgado, 2014) ou deterioração na aliança (Eubanks, Muran, & Safran, 2015) que, mais explicitamente, pode ser definida como uma quebra ou, mais implicitamente, como sinal de uma tensão na relação (Muran & Safran, 2017). Esta deterioração poderá acontecer entre a díade terapeuta-cliente no que diz respeito às tarefas, objetivos e ao vínculo afetivo, ou seja, nas diferentes dimensões da aliança (Euban, Muran, & Safran, 2015; Muran & Safran, 2017; Salgado, 2014).

Para Ribeiro (2009), as ruturas terapêuticas expressam as necessidades do cliente (Ribeiro, Coutinho, Sousa, & Machado, 2011) e podem ser manifestar-se a dois níveis, nomeadamente: no desacordo nas tarefas e/ou objetivos ou numa quebra no vínculo afetivo, sendo que estes se podem influenciar mutuamente sem que ocorram ambos. Isto significa que, se houver um desacordo quanto aos objetivos e/ou tarefas, isso pode influenciar negativamente o vínculo terapeuta-cliente. Da mesma forma, se houver uma quebra no vínculo diádico, esta pode influenciar negativamente o acordo quanto aos objetivos e/ou tarefas a realizar em terapia (Ribeiro, 2009). É importante salientar que

nem todos os desentendimentos entre a díade são rupturas, pois estes podem ocorrer de forma colaborativa entre os intervenientes (Eubanks, Muran, & Safran, 2015; Safran & Kraus, 2014).

Adicionalmente, as rupturas podem variar de intensidade, frequência, gravidade e duração ao longo do tratamento (Salgado, 2014). Verifica-se, em algumas díades, que a significância das rupturas reflete a ocorrência de tensões mínimas onde, por vezes, nem sequer o cliente ou o terapeuta reparam nelas (apesar de outras vezes serem sentidas); noutros momentos ou díades, as rupturas podem ser explícitas, catastróficas e causar a desistência do processo terapêutico (Ribeiro, 2009).

1.2.1. Tipos de rupturas e sua definição

Para autores como Eubanks, Muran e Safran (2015), que se têm dedicado muito ao estudo das rupturas terapêuticas, existem dois tipos de rupturas principais: as rupturas de evitamento e as rupturas de confrontação.

As rupturas de evitamento (descritas na Tabela 1) são entendidas por Muran e Safran (2017) quando o cliente se isola e se afasta da terapia ou do terapeuta, a nível cognitivo e/ou emocional (Eubanks, Muran, & Safran, 2015; Muran & Safran, 2017). Neste tipo de rupturas, o objetivo prende-se com o evitamento, por parte do cliente, do contacto com a sua experiência interna do aqui e do agora (Ribeiro, 2009). Estes aspetos são observados quando o cliente nega um sentimento ou a importância de uma experiência, dá respostas curtas, comunica de forma abstrata, fica embrenhado na narração dos detalhes de uma história, muda de tema, está indiferente ou tenta agradar o terapeuta, ou mesmo quando o seu comportamento não-verbal é diferente do seu comportamento verbal e, por fim, quando fica bloqueado num processo de autocritica ou de vitimização (Eubanks, Muran, & Safran, 2015; Muran & Safran, 2017).

Tabela 1 - Ruturas de Evitamento (Eubanks, Muran & Safran, 2015, pp. 10-17).

Rutura	Definição	Exemplo
<i>Negação</i>	O cliente afasta-se do terapeuta e/ ou do trabalho de terapia, negando um estado de sentimento que é manifestamente evidente, ou negando a importância das relações interpessoais ou eventos que parecem importantes e relevantes para o trabalho de terapia.	<i>T: Parece chateado.</i> <i>C: Eu vou ficar bem. Não se preocupe comigo.</i>
<i>Resposta mínima</i>	O cliente afasta-se do terapeuta em silêncio ou dá respostas mínimas a perguntas ou declarações destinadas a iniciar ou continuar a discussão.	<i>T: Então, é chato falar até mesmo sobre isso agora?</i> <i>C: Tipo isso.</i>
<i>Comunicação abstrata</i>	O cliente evita o trabalho da terapia usando uma linguagem vaga ou abstrata.	<i>T: Incomodou-lhe quando eu disse isso?</i> <i>C: Fiquei confuso, mas acho que está certo que as coisas confundam um pouco de vez em quando.</i>
<i>Narrar histórias/ Mudança de tópico</i>	O cliente conta histórias e/ ou muda o tópico de conversa de uma maneira que funciona para evitar o trabalho da terapia.	<i>C: Não, não. Eu sinto, um, na verdade, hum, muito seguro falar consigo. E não é que não me preocupo... Não sinto...Posso dizer ao meu namorado...</i>
<i>Atencioso ou apaziguador</i>	O cliente afasta-se do terapeuta e/ ou do trabalho de terapia sendo excessivamente compatível e submete-se ao terapeuta de forma diferenciada.	<i>T: Como foi o trabalho de casa?</i> <i>C: Oh, foi tão útil. Você dá conselhos tão maravilhosos.</i>
<i>Divisão entre o conteúdo e o sentimento</i>	O cliente afasta-se do terapeuta e/ ou o trabalho da terapia exibindo um efeito que não corresponde ao conteúdo do seu discurso.	<i>T: É difícil para si falar comigo sobre esses sentimentos tristes.</i> <i>C: (Um sorriso brilhante e forçado). Sim. Não é fácil falar sobre isso.</i>
<i>Autocrítica ou vitimização</i>	O cliente afasta-se do terapeuta e do trabalho de terapia, absorvendo-se em um processo depressivo de autocrítica e/ ou desesperança que parece fechar o terapeuta e fechar qualquer possibilidade de que o terapeuta ou o tratamento possam ajudar o cliente.	<i>T: Isso parece importante. Pode-me falar mais sobre isso?</i> <i>C: (Suspiros). Qual é o objetivo? Não me vai fazer sentir melhor.</i>

Nota. Os conceitos foram retirados do manual Eubanks, Muran e Safran (2015, pp. 10-

17).

Por outro lado, as rupturas de confrontação (descritas na Tabela 2) são mais explícitas e ocorrem quando o cliente se move contra o terapeuta (Eubanks, Muran, & Safran, 2015), ou seja, quando o cliente relata insatisfação com o terapeuta ou com o processo terapêutico (Ribeiro, 2009). Estes aspetos são observados quando o cliente reclama sobre o comportamento do terapeuta, rejeita as intervenções do terapeuta, demonstra preocupação com ou reclama das atividades terapêuticas, dos parâmetros da terapia, do seu progresso, bem como quando o cliente tenta pressionar ou controlar o terapeuta ou a terapia (Eubanks, Muran, & Safran, 2015).

Tabela 2- Rupturas de Confrontação (Eubanks, Muran & Safran, 2015, pp. 18-27)

Rutura	Definição	Exemplo
<i>Queixas/preocupações sobre o terapeuta</i>	O cliente expressa sentimentos negativos sobre o terapeuta.	<i>C: Eu sinto que me está a abrir e explorar cada centímetro do meu interior. Na verdade, é realmente muito desconfortável.</i>
<i>O cliente rejeita a intervenção terapêutica</i>	O cliente rejeita a intervenção do terapeuta.	<i>T: Parece que está preocupado com ele.</i> <i>C: (tom hostil) Não, não é isso de todo.</i>
<i>Queixas/preocupações sobre as atividades da terapia</i>	O cliente expressa insatisfação, desconforto ou desacordo com tarefas específicas de terapia.	<i>C: Sim. Isso é verdade. (Pausa). Acha que ao fazer este exercício realmente me vai ajudar com isto? (parece cético)</i>
<i>Queixas/preocupações sobre os parâmetros da terapia</i>	O cliente expressa preocupações ou queixas sobre os parâmetros de tratamento, como o cronograma da terapia.	<i>C: Não percebo o porquê de me passar estes questionários que devo preencher todas as semanas. O que é que estas perguntas têm a ver comigo?</i>
<i>Queixas/preocupações sobre o progresso da terapia</i>	O cliente expressa queixas, preocupações ou dúvidas sobre o progresso que pode ser feito ou foi feito em terapia.	<i>C: Venho aqui há quatro semanas e não consigo pensar em nada que tenha mudado. Talvez isso tenha sido uma perda de tempo.</i>
<i>Autodefesa do cliente contra o terapeuta</i>	O cliente defende seus pensamentos, sentimentos ou comportamentos contra o que ele/ela percebe ser a crítica/ julgamento do terapeuta sobre o cliente.	<i>T: Isso faz muito sentido.</i> <i>C: Claro que sim! Eu não sou idiota!</i>

<i>Controlo/pressão sobre terapeuta</i>	O cliente tenta controlar o terapeuta e/ou a sessão (por exemplo, o paciente diz ao terapeuta o que fazer ou o que não fazer), ou pressiona o terapeuta para corrigir rapidamente os problemas do cliente.	<i>T: E você precisa dizer aos seus pais.</i> <i>C: Basta!</i> <i>T: O seu cancro está no estágio três.</i> <i>C: Pare, pare, pare com isso!</i>
---	--	---

Nota. Os conceitos foram retirados do manual Eubanks, Muran e Safran (2015, pp. 18-27).

Em suma, se as ruturas de evitamento acontecem quando o cliente se afasta indiretamente da terapia, pelo contrário, nas ruturas de confrontação existe uma insatisfação explícita por parte do cliente em relação à terapia e/ou terapeuta, bem como uma necessidade de autoafirmação e autonomia perante os desejos e opiniões do terapeuta (Ribeiro, 2009) que o faz, por consequência, impor-se e/ou distanciar-se do terapeuta de modo mais nítido (Oliveira & Benetti, 2015; Baillargeon, Coté, & Douville, 2012).

Do ponto de vista de Oliveira e Benetti (2015), as ruturas de evitamento usualmente evidenciam 5 fases de desenvolvimento. A primeira fase, *distanciamento assinalador de rutura*, acontece quando o cliente passa a relacionar-se com o terapeuta de forma passiva ou submissa. A segunda fase, *desvinculação*, é quando o cliente e o terapeuta reparam que está a acontecer uma rutura, pois o terapeuta tenta fazer com que o cliente participe na terapia e este afasta-se e evita fazê-lo. Na terceira fase, *afirmação qualificada*, o cliente expressa o que sente, mas depois tenta retirar o que disse ou suavizar o conteúdo e aqui o terapeuta deve ser empático e não criticar os sentimentos negativos do cliente. Na quarta fase, *evitamento*, o cliente deixa de se expressar. Por último, na quinta fase, *autoafirmação*, o cliente consegue autoafirmar-se, exprimindo o que sente ou o que necessita, sendo aqui importante também o terapeuta validar e ser empático com o cliente (Oliveira & Benetti, 2015; Safran & Muran, 2000).

No que diz respeito às rupturas de confrontação, Baillargeon, Coté e Douville (2012) afirmam que o cliente se autoafirma em detrimento da necessidade de relação terapêutica, podendo experienciar raiva ou uma necessidade de se defender do terapeuta, utilizando, para tal, o contra-ataque (Ribeiro, 2009). Para os autores Safran e Muran (2000), as rupturas de confrontação, apesar de serem mais facilmente identificáveis, também têm 6 fases de desenvolvimento. A primeira é de *confrontação*, onde a postura adotada pelo terapeuta é a oposta à do cliente (confrontação). A segunda, *desvinculação*, é quando o terapeuta deve explorar o que se passou ao meta-comunicar com o cliente e tentar desfazer a situação hostil existente. A *exploração dos processos internos* é a terceira fase, que é quando o terapeuta clarifica os sentimentos de raiva ou de desapontamento que o cliente teve para que este compreenda melhor o que sentiu. A quarta fase é *evitar a agressão*, que acontece quando os clientes têm momentos hostis e sentem-se culpados por eles. *Evitar a vulnerabilidade* é a quinta fase, onde às vezes clientes vulneráveis tendem a ser agressivos e o terapeuta tem que focar a sua atenção nessa agressividade para que possa ajudar o cliente. Por fim, a última fase e a mais difícil de aparecer é a *vulnerabilidade*, pois o cliente tem de confiar no terapeuta para conseguir aceder a esta vulnerabilidade e quando consegue o terapeuta deve validá-la.

1.2.2. Rupturas na aliança e processo terapêutico

De acordo com Baillargeon, Coté e Douville (2012), é importante salientar que as rupturas terapêuticas podem ocorrer ao longo de todo o processo terapêutico, sendo por isso inevitáveis (Salgado, 2014). Como já foi referido anteriormente que a aliança terapêutica é a base da TFE e é muito importante para o resultado terapêutico, é necessário esclarecer e resolver estas rupturas na aliança terapêutica. Elas podem acabar com o processo terapêutico prematuramente mas, se bem reparadas, podem ser

transformadas em oportunidades muito positivas e potenciadoras do sucesso terapêutico (Baillargeon, Coté, & Douville, 2012). O terapeuta deve-se focar no momento a momento da terapia, no aqui e no agora, para perceber o que não necessita de trabalhar na terapia e o que seria mais importante trabalhar (Safran & Kraus, 2014).

Para Salgado (2014), as terapias com rupturas na aliança terapêutica são mais eficazes, mas só a partir do momento em que se restaura a aliança terapêutica. Isto porque a sua resolução pode levar a que se fortaleça a aliança e faz com que haja uma maior compreensão dos problemas apresentados pelo cliente tal como, conseqüentemente, uma mudança importante e mobilização do processo terapêutico (Salgado, 2014; Safran & Kraus, 2014).

É importante pôr em prática alguns aspetos no que diz respeito à deteção de rupturas na aliança terapêutica (cf. Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011; Safran, Muran, & Samstag, 2001):

- O terapeuta tem que estar consciente de que normalmente os clientes têm sentimentos negativos pela terapia ou pelo terapeuta;
- É frequente que aconteça os clientes expressarem sentimentos negativos para se afirmarem quando não estão de acordo com o terapeuta;
- É importante que o terapeuta saiba responder de forma aberta a estas questões e não de forma defensiva;
- Parece ser importante explorar os medos e as expectativas do cliente;
- É também importante empatizar com o cliente e validar as suas experiências.

Segundo Safran, Muran e Eubanks-Carter (2011), a identificação de rupturas na aliança terapêutica pode ser feita através de dois métodos, nomeadamente a utilização

de questionários ou de medidas observacionais. No que diz respeito aos questionários, estes avaliam a opinião do cliente e do terapeuta sobre a qualidade da aliança terapêutica, bem como permitem observar as flutuações que existem na aliança terapêutica ao longo das sessões, mediante a flutuação das pontuações obtidas. Já os métodos de observação utilizam juízes externos que vêm e codificam as sessões terapêuticas de forma a detetar as ruturas na aliança terapêutica e os seus processos de resolução. Estas ruturas podem ser vistas como uma consciencialização para a mudança para que, desta forma, exista uma oportunidade de aprender e negociar as necessidades (Muran & Safran, 2017).

Usando estes diferentes métodos, Safran, Muran e Eubanks-Carter (2010) fizeram um estudo com 5 clientes onde foram observadas 151 sessões para perceber a diferença do autorrelato dos clientes e de observadores relativamente ao aparecimento de ruturas. Ao longo das sessões, os clientes identificaram terem acontecido 42% de ruturas enquanto os observadores reconheceram 77%. Apesar de não ter havido qualquer tipo de associação entre as duas perspetivas, verificou-se que quando ambos cotavam um momento como rutura (ou seja, quando convergiam as perspetivas) era provavelmente quando as ruturas eram detetadas e alvo de discussão/diálogo em sessão. Consequentemente, quando estas ruturas eram exploradas em sessão, a terapia ajudava mais os clientes. Outro aspeto que foi identificado com este estudo foi o facto de existir uma associação entre a ocorrência de ruturas e a ativação dos esquemas disfuncionais, na perspetiva dos observadores. Ou seja, quando as ruturas aconteciam também se ativavam estes esquemas disfuncionais que os clientes exibiam e isto dava oportunidade para que estes esquemas disfuncionais de pensamentos e comportamentos fossem explorados em sessão (Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2010).

Ribeiro, Coutinho, Sousa e Machado (2011) também fizeram um estudo de caso, com um cliente diagnosticado com perturbação de pânico com agorafobia, para perceber a ligação que existia entre ruturas na aliança terapêutica e a expressão verbal das necessidades do cliente em psicoterapia. Deste modo, conseguiu-se perceber a associação que existia entre estas duas variáveis pois, se numa sessão ocorressem muitas ruturas, nas seguintes havia um aumento de expressão verbal de necessidades por parte do cliente; alternativamente, se numa sessão houvesse muita expressão verbal de necessidades do cliente, nas seguintes constatava-se uma diminuição de ruturas. Esta associação foi mais evidente com ruturas de confrontação pela falta de colaboração que se verificou, por parte do cliente, em realizar e aderir às atividades da terapia (Ribeiro, Coutinho, Sousa, & Machado, 2011).

Já no caso de Muran e Safran (2017), após vários estudos realizados, os autores repararam que nem sempre a resolução de ruturas sugere uma progressão no processo em todos os clientes e em determinadas sessões. Apesar disto, os mesmos estudos comprovaram que o evitamento destas explorações de ruturas podem ser muito significativo para os clientes.

1.3. Intervenções dos terapeutas na resolução das ruturas na aliança terapêutica

Para Ribeiro (2009), as ruturas na aliança terapêutica são um ponto-chave na psicoterapia. Se desencadearem uma ação colaborativa (Muran, & Safran, 2017), as ruturas serão potencialmente catalisadoras de mudança cognitiva, comportamental e emocional (Ribeiro (2009), sendo que Muran e Safran (2017) assumem até que estes podem ser eventos significativos para a mudança. A autora (Ribeiro, 2009) define como importantes dois princípios gerais de resolução de ruturas: a manutenção de uma postura aberta para com o cliente bem como a validação da sua experiência. Estes dois

princípios estão interligados com a empatia que o terapeuta tem para com o cliente que comunica uma sua necessidade.

Safran, Muran e Eubanks-Carter (2011) desenvolveram uma proposta de intervenção para a resolução das rupturas na aliança terapêutica (descritas e exemplificadas na tabela 3), que passa pelos seguintes aspectos:

- A explicação do racional terapêutico: quando a resposta do terapeuta a uma ruptura é esclarecer a terapia para que isso ajude na relação entre o cliente e o terapeuta;
- Mudança das tarefas ou objetivos: onde o terapeuta muda os objetivos ou as tarefas da terapia para que façam sentido ao cliente;
- Clarificação de mal entendidos: o terapeuta aqui percebe que foi mal interpretado ou que o cliente não o percebeu e se afasta, sendo que explica esse mal-entendido procurando, assim, criar um impacto positivo na relação terapêutica;
- Exploração de temas relacionados com a ruptura: quando o terapeuta aborda o contexto da ruptura, que muitas vezes está ligada a temas importantes para a terapia;
- Associação da ruptura da aliança com padrões e relações comuns na vida dos clientes: que é quando a exploração da ruptura que acontece em sessão está relacionada com outros aspectos da vida do cliente, nos quais ele também reage ou age da mesma forma;
- Uma nova experiência relacional: é quando a resolução da ruptura modifica a relação terapêutica.

Tabela 3 – Formas de resolução das Ruturas Terapêuticas (Eubanks, Muran & Safran, 2015, pp. 28-37)

Resolução	Definição	Exemplo
<i>O/a terapeuta esclarece um mal-entendido</i>	O terapeuta responde a uma rutura ao tentar esclarecer um mal-entendido. O terapeuta não continua a explorar o significado subjacente do mal-entendido ou a tentar relacioná-lo com os principais temas do cliente.	<i>C: Bem, acho que fiquei um pouco incomodado com o que disse sobre como devo pedir desculpa á minha irmã. T: Não, não, eu disse que penso que a sua irmã o deve desculpar a si</i>
<i>O/a terapeuta muda tarefas ou objetivos</i>	O terapeuta muda as tarefas ou os objetivos da terapia em resposta a uma rutura.	<i>T: Estou disposto a seguir a sua liderança agora. Em que direção gostaria de ir?</i>
<i>O/a terapeuta ilustra tarefas ou fornece uma justificativa para o tratamento</i>	O terapeuta responde a uma rutura ilustrando, explicando ou fornecendo uma justificação para uma tarefa ou objetivo de terapia.	<i>T: Eu estaria interessado em explorar isso, porque eu aprendo tanto quanto você também. Isso ajuda-me a compreender o que está a acontecer entre nós.</i>
<i>O/a terapeuta convida o cliente a discutir pensamentos ou sentimentos sobre o terapeuta ou algum aspeto da terapia</i>	O terapeuta responde a uma rutura convidando o cliente a expressar pensamentos ou sentimentos negativos ou vulneráveis sobre o terapeuta e/ou as tarefas ou objetivos da terapia.	<i>C: Estou a sentir-me um pouco irritado, mas não é um grande problema. T: Eu entendo que não tenha a certeza do quão importante são suas preocupações. Mas se estiver disposto a falar, eu estaria interessado em ouvir mais.</i>
<i>O/a terapeuta reconhece sua contribuição para uma rutura</i>	O terapeuta reconhece sua contribuição para uma rutura.	<i>T: Eu consigo ver como isto pode ser frustrante para si. Está a pedir-me uma resposta direta e eu continuo a colocar a bola do seu lado.</i>
<i>O/a terapeuta revela sua experiência interna de interação cliente-terapeuta</i>	No contexto de uma rutura, o terapeuta revela sua experiência interna na interação cliente-terapeuta.	<i>T: Estou a tentar responder à sua pergunta, mas tenho a sensação de que nada do que eu digo será satisfatório neste momento.</i>
<i>O/a terapeuta liga a rutura a padrões interpessoais maiores entre o paciente e o terapeuta (relação terapêutica)</i>	Com esta estratégia, o terapeuta observa como a rutura que está a ocorrer agora é semelhante a outras ruturas que ocorreram nesta díade (por exemplo, "eu acho que estamos a fazer isso novamente").	<i>T: Sabe, é delicado, porque tenho certeza de que nem sempre está fugindo de tudo e não quero que não confie nos seus instintos. Muitas vezes, nossos instintos estão a contar-nos informações úteis.</i>
<i>O/a terapeuta liga a rutura aos padrões interpessoais maiores nos outros</i>	O terapeuta liga a rutura a padrões interpessoais maiores nos outros relacionamentos do cliente.	<i>T: Bem, falando sobre o que estava apenas a dizer sobre as razões pelas quais nunca desenvolveu algumas</i>

<i>relacionamentos do cliente (outra relação)</i>		<i>dessas importantes, amizades íntimas, em torno dessa ideia de ser entendida, parece que em algum tempo no processo terapêutico desde a última vez que nos vimos, houve esta questão de o quanto eu o entendi.</i>
<i>O/a terapeuta valida a postura defensiva do cliente</i>	O terapeuta responde a uma rutura validando a postura defensiva do cliente.	<i>T: Então está a observar a minha emoção e a comentar sobre isso, é exatamente o que queremos fazer por uma coisa. E está certo sobre tudo o que disse.</i>
<i>O/a terapeuta responde a uma rutura redirecionando ou reorientando o cliente</i>	Quando o cliente se afasta das tarefas de terapia, por exemplo, contando histórias evitantes, o terapeuta responde à rutura, redirecionando-o de volta para a tarefa em questão, ou reorientando-o no momento presente.	<i>T: Sim, ok, eu odeio - não mudar o ritmo demais, mas eu sei que desde a última vez que nos encontramos, você teve muitas consultas médicas, muitas preocupações com a saúde. Isso está a contribuir para a sua ansiedade agora?</i>

Nota. Os conceitos foram retirados do manual Eubanks, Muran e Safran (2015, pp. 28-37).

Segundo Eubanks, Muran e Safran (2015), as ruturas terapêuticas e as resoluções de ruturas na aliança terapêutica são codificadas de acordo com a significância. A significância é medida de 1 a 5 que mede o impacto que existiu na aliança terapêutica, sendo que 1 é sem significância, 2 é menor significância, 3 é alguma significância, 4 é significância moderada e 5 é alta significância (Eubanks, Muran, & Safran, 2015).

Safran, Muran e Eubanks-Carter (2011), fizeram um estudo onde realizaram duas meta-análises. Na primeira incluíram 3 estudos com 148 clientes onde examinaram um conjunto de análises sobre a associação entre a reparação de ruturas e o resultado terapêutico. O acordo entre estas duas variáveis foi de $p=.002$. Na segunda meta-análise, com um total de 376 clientes, analisaram o impacto do treino de resolução de ruturas ou a supervisão do resultado dos clientes e o acordo entre estas variáveis foi de $p<.001$. Os resultados destas duas meta-análises foram positivas, pois revelaram que existe associação entre a resolução de ruturas e o resultado do processo terapêutico.

Moeseneder, Ribeiro, Muran e Caspar (2018) realizaram um estudo onde pretenderam avaliar se os confrontos dos terapeutas tinham efeitos imediatos na aliança terapêutica. Para isso observaram gravações de vídeo de 77 terapias e os resultados demonstraram que usar o confronto numa tentativa de resolução de uma ruptura beneficia o resultado da terapia do que o não uso deste confronto. Com isto, os investigadores concluíram que o confronto pode prejudicar temporariamente a aliança terapêutica, mas leva a melhores resultados terapêuticos quando este é usado para a resolução de rupturas.

Barcellos, Evaldt e Serralta (2018) concretizaram um estudo com o objetivo de verificar as possíveis relações existentes entre as intervenções do terapeuta e a sua capacidade de reparar as rupturas da aliança terapêutica numa sessão inicial de uma psicoterapia psicodinâmica. Na sessão que foi analisada neste estudo, os resultados foram de 26 rupturas (7 de confrontação e 19 de evitamento) e 5 resoluções. Os autores concluíram com estes resultados que a atenção do terapeuta focou-se muito na ação e pouco na relação terapêutica e na exploração dos afetos. Por isso é que ocorreram poucas resoluções para tantas rupturas.

Outro estudo que foi realizado por Krause, Dagnino, Betancur e Altimir (2018) teve como objetivo compreender a experiência subjetiva do terapeuta e analisaram os episódios significativos de um único caso. Neste estudo participou uma terapeuta com mais de 5 anos de experiência clínica de uma abordagem em terapia sistémica e uma paciente com a perturbação depressiva major. Todas as sessões foram gravadas em vídeo e foram identificados todos os episódios significativos por dois júris independentes e formados. Os resultados obtiveram um total de 43 eventos significativos, sendo que nestes 9 foram episódios de rupturas, 2 de resolução de rupturas, 22 episódios de estagnação e 10 de mudança. No geral verificou-se que a experiência

subjetiva do terapeuta influencia a seleção e implementação de estratégias e técnicas utilizadas ao longo do processo terapêutico.

1.4. Pertinência do presente estudo

Existem muito poucos estudos sobre ruturas em TFE, sendo que o presente estudo será importante para mostrar aos terapeutas todas as resoluções que existem e, para além disso, quando se utilizam estas diferentes resoluções com as diferentes ruturas que aparecem ao longo das sessões. Desta forma, cada terapeuta consegue identificar mais facilmente uma rutura e consegue também mais facilmente colocar em prática a resolução para cada rutura que ocorra. Ou seja, será mais fácil para tentar resolve-la no momento, para que seja mais benéfico para o processo terapêutico.

Capítulo II – Estudo Empírico

O presente estudo analisa quatro casos em Terapia Focada nas Emoções na depressão. Este pretende investigar a ocorrência de rupturas terapêuticas e que tipos de rupturas ocorrem, bem como as estratégias usadas pelos terapeutas para a resolução destas rupturas terapêuticas. Indo de encontro aos estudos prévios e autores referidos no capítulo anterior, a resolução das rupturas terapêuticas é um processo importante para o progresso e resultado da terapia. Desta forma, pretende-se contribuir para o conhecimento das rupturas em psicoterapia, podendo-se assim obter uma descrição das estratégias utilizadas por estes terapeutas com os clientes para a resolução das mesmas e para que estes consigam reparar a aliança após as diferentes rupturas que possam ocorrer ao longo da terapia.

2. Questão de investigação e objetivos do estudo

O presente estudo, globalmente, procura responder à questão: quais são as estratégias terapêuticas utilizadas pelo terapeuta para a resolução de rupturas na aliança terapêutica em quatro casos de TFE para o tratamento da depressão?

Decorrentes desta questão surgem os seguintes objetivos:

- a) Descrever as rupturas terapêuticas que existem nestes casos;
- b) Averiguar se há diferenças nas estratégias utilizadas para rupturas com menor significância (que não influenciaram a relação terapêutica) e rupturas com significância (que influenciaram a relação terapêutica).
- c) Descrever as estratégias utilizadas pelos terapeutas na resolução das diferentes rupturas na aliança terapêutica;

- d) Analisar a relação entre a resolução de ruturas na aliança terapêutica encontrados nos quatro casos de TFE e a evolução da sintomatologia ao longo do processo terapêutico.

3. Método

3.1. Participantes

3.1.1 Clientes.

As clientes, de nomes fictícios Ana, Maria, Joana e Manuela, foram selecionadas para ingressarem no projeto de investigação “*ISMAI Depression Project*” realizado no ISMAI e financiado pela FCT [referência PTDC/PSI PCL/103432/2008, 2010-2013]. De forma a controlar a variável cliente, foram selecionados clientes que tivessem características semelhantes.

As participantes foram pré avaliadas com recurso a duas entrevistas clínicas, nomeadamente a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV- Eixo I (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams 1997) e Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do DSM-IV- Eixo II (SCID-II) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin 1997). Para integrar o projeto todos os clientes deveriam cumprir com os critérios de inclusão, que foram: apresentar o diagnóstico de perturbação depressiva maior ligeira/moderada, inexistência de ideação suicida, de medicação psicoativa e de comorbilidade com outras perturbações bipolares e/ou de ansiedade (quando estas representavam o diagnóstico âncora).

No que diz respeito à avaliação efetuada ao longo do processo terapêutico, foram aplicados nas sessões 1, 4, 8, 12 e 16 os seguintes instrumentos: o *Beck Depression Inventory II* - BDI-II (versão original de Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988 e versão

portuguesa de Martins, Coelho, Ramos, & Barros, 2000), o *Outcome Questionnaire 45* - OQ-45 (versão original é de Lambert, Gregersen, & Burlingame, 2004, e versão portuguesa de Machado, & Klein, 2006), o *Working Alliance Inventory*, versão terapeuta - WAI-T (Hatcher, & Gillaspay, 2006, e versão portuguesa de Machado, & Ramos, 2006) e versão cliente - WAI-C (Hatcher, & Gillaspay, 2006, e versão portuguesa de Machado, & Ramos, 2006). Por sua vez, o *Outcome Questionnaire 10* - OQ-10 (versão original de Lambert, Finch, Okiishi, & Burlingame, 2005, e a versão portuguesa de Machado, & Fassnacht, 2015) foi aplicado em todas as sessões. Apresenta-se de seguida uma tabela com a descrição de cada caso, no que diz respeito às suas características (Tabela 4) e resultados dos testes psicométricos (Tabela 5).

Tabela 4 - Descrição dos casos clínicos

Característica	Cliente “Ana”	Cliente “Maria”	Cliente “Joana”	Cliente “Manuela”
<u>Sexo</u>	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
<u>Idade</u>	57 Anos	42 Anos	35 Anos	51 Anos
<u>Estado Civil</u>	Solteira	Casada	Solteira	Solteira
<u>Habilitações</u>	Ensino superior	12ºano	Ensino Superior	12ºano
<u>Estado Profissional</u>	Empregada	Desempregada	Empregada	Desempregada
<u>Diagnóstico</u>	Perturbação Depressiva major moderada, recorrente. Sem comorbilidade no Eixo I e II	Episódio depressivo major recorrente moderado. Sem comorbilidade no Eixo I e II	Perturbação Depressiva major, moderado, com perturbação da personalidade evitante.	Episódio depressivo major recorrente moderado, sem comorbilidade no Eixo I e II

<u>Resultado</u>	Caso de sucesso	Caso de sucesso	Caso de insucesso	Caso de sucesso
<u>Terapêutico</u>				

Tabela 5 - Resultados dos testes psicométricos das duas clientes

Clientes	Testes/Sessões	<u>1</u>	<u>4</u>	<u>8</u>	<u>12</u>	<u>16</u>
Cliente “Ana”	<u>BDI-II</u>	31	21	13	13	6
	<u>OQ-45</u>	89	82	80	55	41
	<u>OQ-10</u>	19	20	19	14	8
	<u>WAI-C</u>	-	-	46	44	45
Cliente “Maria”	<u>BDI-II</u>	28	19	11	4	1
	<u>OQ-45</u>	76	77	44	35	28
	<u>OQ-10</u>	17	19	12	15	3
	<u>WAI-C</u>	-	59	60	60	60
Cliente “Joana”	<u>BDI-II</u>	32	26	22	18	29
	<u>OQ-45</u>	115	99	84	87	93
	<u>OQ-10</u>	32	29	23	24	36
	<u>WAI-C</u>	-	30	35	38	31
Cliente “Manuela”	<u>BDI-II</u>	27	15	11	6	3
	<u>OQ-45</u>	94	88	72	68	63
	<u>OQ-10</u>	25	23	23	23	20
	<u>WAI-C</u>	37	43	48	50	52

O cálculo do *Reliable Change Index* – RCI de Jacobson e Truax (1991), aplicados ao BDI-II por McGlinchey, Aktins e Jacobson (2002), é um procedimento estatístico que nos permite categorizar o resultado terapêutico de um cliente (em sucesso ou insucesso), tendo por base uma estimativa da mudança fiável a partir da comparação entre as pontuações de um dado instrumento no início e no final da psicoterapia (neste caso, o BDI-II). De acordo com o RCI aplicado ao BDI-II, existem dois critérios conjuntos onde se consegue perceber o significado clínico do progresso do tratamento: em primeiro lugar, o cliente tem de passar do estado clínico para o não clínico, ou seja, passar o nível de corte do BDI (i.e. 13 pontos na população portuguesa) e, em segundo lugar esta descida para o nível não clínico tem que ser no mínimo de 8 pontos.

Desta forma, interpretando os resultados do BDI-II na primeira e 16ª sessão dos quatro casos, pode-se afirmar que estamos perante 3 casos de sucesso e 1 de insucesso (referente à cliente “Joana”).

3.1.2. *Terapeuta.*

Foram selecionados dois terapeutas, descritos na Tabela 6, doutorados em psicologia clínica, com mais anos de experiência enquanto psicoterapeutas de TFE (13 e 22 anos) e com mais anos de treino e supervisão em terapia focada nas emoções (4 e 6 anos), estando habilitados e certificados para o seu exercício.

Tabela 6 - Descrição dos terapeutas

Características	Terapeuta A	Terapeuta B
<u>Sexo</u>	Feminino	Masculino
<u>Idade</u>	35	45
<u>Anos de experiência</u>	13 Anos como terapeuta e 4 anos em TFE	22 Anos como terapeuta e 6 anos em TFE

3.1.3. Investigadores.

As investigadoras deste estudo são três, sendo que duas são juízas e uma é auditora. No que diz respeito às juízas, ambas tinham 23 anos e eram mestradas em psicologia clínica e da saúde, com 10 meses de experiência. Em relação à auditora esta tinha 28 anos, era Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde e aluna de doutoramento em Psicologia Clínica, com 6 anos de experiência em psicologia e um 1 ano de treino em TFE.

3.2. Medidas

3.2.1. Medidas de Resultado

3.2.1.1. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

O Inventário da Depressão de Beck (BDI-II) é uma escala de autorrelato constituída por 21 itens, originalmente desenvolvida pelos autores Steer, Ball, Ranieri e Beck em 1996 e, posteriormente, validado por Coelho, Martins e Barros, em 2002, para a população portuguesa. Este instrumento avalia sintomas e atitudes relacionados com a depressão nas últimas duas semanas, como por exemplo: agitação, dificuldade de concentração, inutilidade e perda de energia (Steer, Ball, Ranieri, & Beck, 1999). Cada sintoma é avaliado numa escala de 4 pontos e a sua intensidade varia entre 0 e 3, onde poderá obter uma pontuação total entre 0 a 63 pontos (Gorestein & Andrade, 1998; Steer, Ball, Ranieri & Beck, 1999).

3.2.1.2. Outcome Questionnaire 45 (OQ-45)

O *Outcome Questionnaire 45 (OQ-45)* é um questionário de autorrelato com 45 itens que avalia o progresso do cliente em psicoterapia, sendo que a versão original é de Lambert, Gregersen e Burlingame (2004) e a versão portuguesa de Machado e Klein (2006) e Machado e Fassnacht (2015). Tem como objetivo avaliar sintomas gerais e deve ser administrado repetidamente para que o terapeuta perceba e avalie se existe progresso, retrocesso ou nenhuma alteração nos sintomas durante a terapia. Os itens abordam 3 áreas: o desconforto subjetivo, as relações interpessoais e o desempenho do papel social. Cada item é avaliado usando uma escala de Likert de 5 pontos (0 = nunca, 1 = raramente, 2 = às vezes, 3 = frequentemente, 4 = sempre), com um intervalo de 0 a 4, produzindo um intervalo de possíveis pontuações de 0 a 180 (Beckstead, Hatch, Lambert, Eggett, Goates, & Vermeersch, 2003).

3.2.1.3. Working Alliance Inventory – Short Revised – WAI-SR

O Inventário da Aliança Terapêutica, versão breve revista (WAI-SR), com versão original de Hatcher e Gillaspay (2006) e versão portuguesa de Machado e Ramos (2006), é um instrumento de autorrelato constituído por 12 itens que avalia 3 aspetos da aliança terapêutica: tarefa, vínculo e objetivos estabelecidos na díade terapêutica, com o objetivo de avaliar a qualidade da aliança entre terapeuta e cliente ao longo da terapia. Os itens são medidos numa escala de Likert que variam entre o 1 (nunca) e o 7 (sempre) e demora entre 5 a 10 minutos a responder (Tracey & Kokotovic, 1989). Existe em duas versões – versão Cliente (WAI-C) e versão Terapeuta (WAI-T) – que devem ser usadas de forma concomitante, para captar as diferentes perspetivas dos intervenientes da díade quanto à qualidade da aliança terapêutica.

3.2.2. Medidas de Processo

3.2.2.1. Rupture Resolution Rating System (3R's)

O sistema de codificação de resolução de rupturas terapêuticas (3R's) foi desenvolvido por Eubanks, Muran e Safran (2015) e é um sistema que codifica e marca os comportamentos dos clientes como rupturas terapêuticas e depois avalia as estratégias de resolução utilizadas por parte dos terapeutas ao longo da sessão como potenciais marcadores de processos de resolução (Eubanks, Muran & Safran, 2015). Este sistema está organizado em 14 subtipos de rupturas e que se organizam em dois tipos de rupturas, sendo que estão descritas na Tabela 7, e em 10 formas de resolução descritas na Tabela 8.

Tabela 7 – Síntese dos diferentes tipos de rupturas terapêuticas e seus subtipos

Ruturas	Evitamento	Confrontação
	Negação	Queixas/Preocupações sobre o terapeuta
	Resposta mínima	O cliente rejeita a intervenção terapêutica
	Comunicação abstrata	Queixas/Preocupações sobre as atividades da terapia
	Narrar histórias/ Mudança de tópico	Queixas/Preocupações sobre os parâmetros da terapia
	Atencioso ou Apaziguador	Queixas/Preocupações sobre o progresso da terapia
	Divisão entre o conteúdo e o sentimento	Autodefesa do cliente contra o terapeuta
	Autocrítica ou vitimização	Controlo/ Pressão sobre o terapeuta

Tabela 8 – Síntese das diferentes formas de resolução de rupturas terapêuticas

Resoluções de rupturas terapêuticas
1. O/a terapeuta esclarece um mal-entendido
2. Terapeuta muda tarefas ou objetivos
3. O/a terapeuta ilustra tarefas ou fornece uma justificativa para o tratamento
4. O/a terapeuta convida o cliente a discutir pensamentos ou sentimentos sobre o terapeuta ou algum aspeto da terapia
5. O/a terapeuta reconhece sua contribuição para uma ruptura
6. O/a terapeuta revela sua experiência interna de interação cliente-terapeuta
7. O/a terapeuta liga a ruptura a padrões interpessoais maiores entre o paciente e o terapeuta
8. O/a terapeuta liga a ruptura aos padrões interpessoais maiores nos outros relacionamentos do cliente
9. O/a terapeuta valida a postura defensiva do cliente
10. O/a terapeuta responde a uma ruptura redirecionando ou reorientando o cliente

3.3. Procedimentos e Fidelidade

3.3.1. Codificação (treino)

A codificação foi iniciada por uma fase de formação e também de treino na implementação do *Rupture Resolution Rating System (3RS)*. Após estas fases de codificação, as juízas obtiveram um forte índice de fidelidade (*strong agreement – Kappa de Cohen = .91*).

Na fase de treino a auditora dava às juízas as sessões para codificar e as juízas, após codificação independente, juntavam-se com a auditora para esta corrigir e verificar a identificação de rupturas que tinham em acordo e desacordo. Este processo de treino foi

feito ao longo de vários meses e sempre com diferentes sessões e diferentes terapeutas, para que as juízas estivessem mais aptas e treinadas para a fase de codificação.

3.3.2. Seleção da amostra.

A seleção da amostra teve por princípio uma amostra de conveniência, de forma a controlar a variável do terapeuta e cliente. Desta forma, numa fase inicial foram selecionados os terapeutas que continham as características mais próximas, sendo que foram escolhidos os terapeutas em TFE com mais experiência tanto a nível de terapia como experiência em TFE. Num dos terapeutas, foram aleatorizados dois clientes de entre os casos de sucesso e no outro terapeuta foi aleatorizado um caso de sucesso e um de insucesso. Este processo foi realizado pela auditora de forma a garantir, por um lado, que os casos eram similares entre si em termos de características das díades (pelo menos, na medida do possível) e, por outro lado, que a autora da tese e a outra investigadora eram cegas ao resultado terapêutico durante o processo de codificação dos dados. Após ser selecionada a amostra, o presente estudo analisou 5 sessões de cada um dos 4 casos: as sessões 1, 4, 8, 12 e 16.

3.3.3. Codificação

A fase de codificação foi dividida pelos casos. Isto significa que cada caso foi codificado em cada semana, num total de 4 semanas. No final de cada semana, as duas juízas reuniam-se para verificar o acordo que obtiveram nas sessões do caso codificado. Após as 4 semanas (ou seja, no fim de todas as codificações dos quatro casos), as juízas reuniram-se com a auditora, para que aqui esta pudesse verificar a concordância entre as duas.

Nos quatro casos de TFE, as sessões que foram escolhidas pela auditora para codificar foram as seguintes: 1, 4, 8, 12 e 16. Para que a codificação fosse mais completa e fácil, cada sessão de cada caso foi dividida em segmentos de 5 minutos e as codificações foram feitas então por cada segmento. Após a codificação dos dados finais obteve-se um forte índice de fidelidade (*Kappa de Cohen* = .92).

3.3.3. *Análise dos resultados.*

Nesta última fase foram utilizados alguns sistemas informáticos para extrair os dados para a análise. Sendo assim, utilizou-se o *Microsoft Office Excel*, para obter as medidas descritivas e também obter gráficos e figuras para que facilitassem a leitura dos resultados. O SPSS também foi utilizado para analisar a relação da resolução de ruturas na aliança terapêutica e a evolução da sintomatologia ao longo do processo terapêutico. Por fim, optou-se por analisar os dados agrupados em macro-categorias, micro-categorias e a sua significância, para que os dados fossem mais claros e completos, bem como facilitar a leitura dos mesmos.

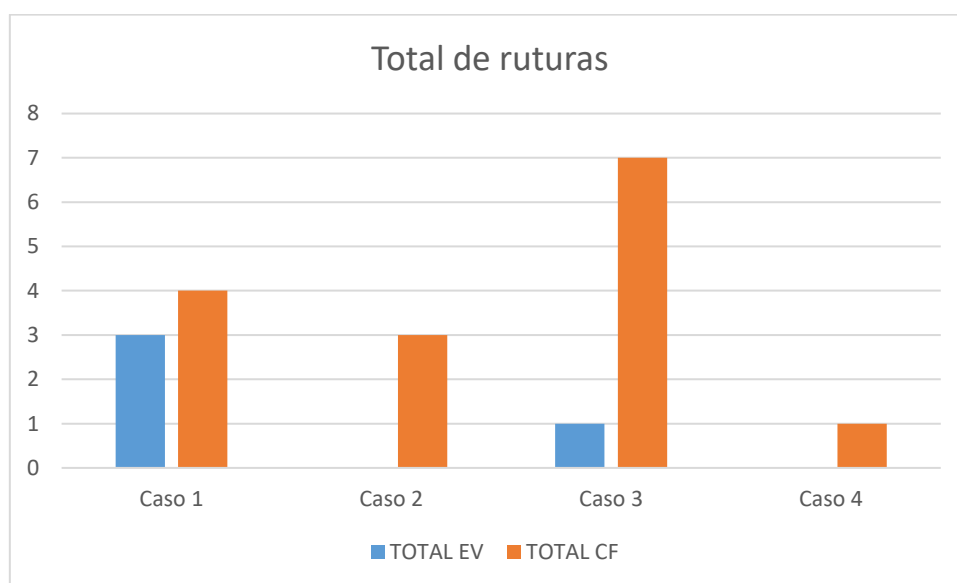
3.4. Resultados

Como já foi referido anteriormente, as 5 sessões de cada caso foram codificadas por segmentos de 5 minutos, de acordo com o sistema de 3R's (Eubanks, Muran, & Safran, 2015), o que significa que o número de segmentos varia de acordo com os minutos de cada sessão. Apesar disto, os resultados serão sempre apresentados pelo número total de ruturas ou resoluções que ocorreram em cada caso, ou seja, este total é o somatório das ruturas ou resoluções que ocorreram em todos os segmentos de todas as sessões de cada caso.

a) *Ruturas encontradas nos quatro casos de TFE*

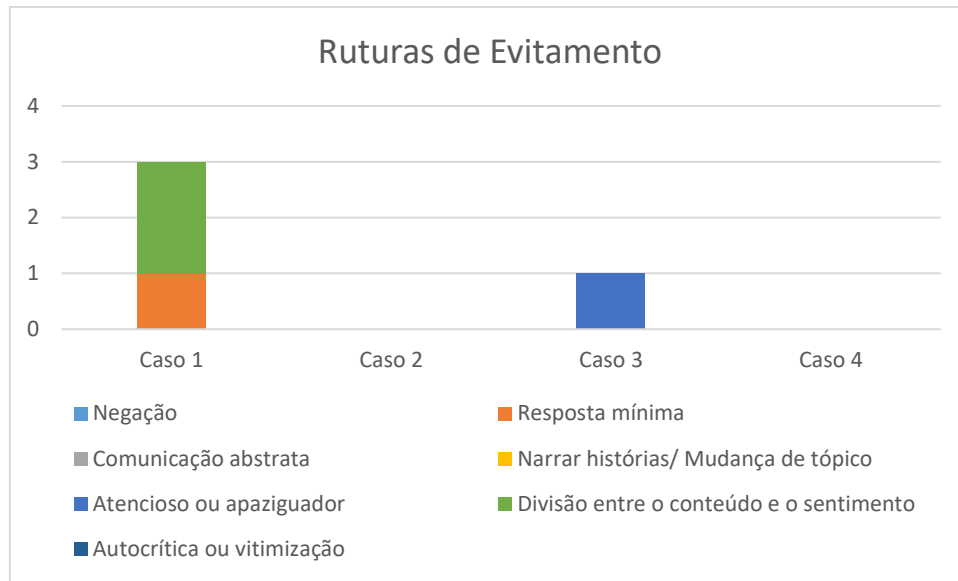
Tal como se pode observar na figura 1, no primeiro caso (i.e. cliente “Ana”) ocorreram 3 ruturas de evitamento e 4 de confrontação. No segundo caso (i.e. cliente “Maria”) não se obteve ocorrência de ruturas de evitamento e houve uma ocorrência de 3 ruturas de confrontação. Relativamente ao terceiro caso (i.e. cliente “Joana”), ocorreu 1 rutura de evitamento e 7 de confrontação. No que diz respeito ao quarto caso (i.e. cliente “Manuela”) não ocorreram ruturas de evitamento, mas de confrontação houve ocorrência de 1.

Figura 1 – Total de Ruturas de Evitamento e Confrontação



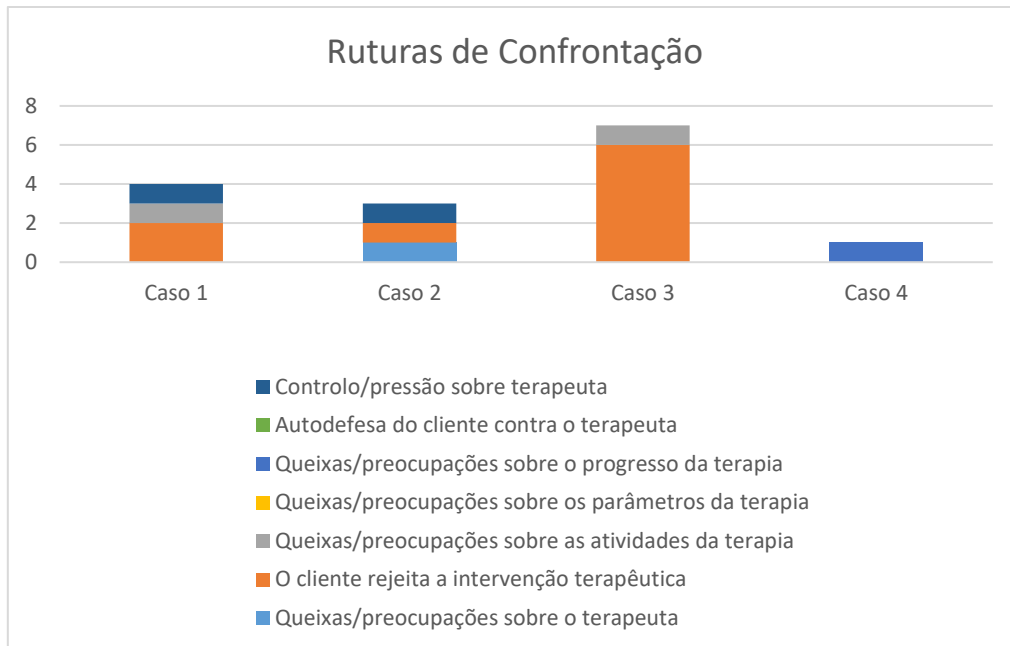
Em relação às ruturas de evitamento, como se pode verificar na figura 2 do primeiro caso (i.e. cliente Ana), ocorreu uma rutura de resposta mínima e duas de divisão entre o conteúdo e o sentimento. No caso 3 (i.e. cliente Joana) ocorreu uma rutura, que diz respeito a ser atencioso/a ou apaziguador/a.

Figura 2 - Tipos de ruturas de evitamento



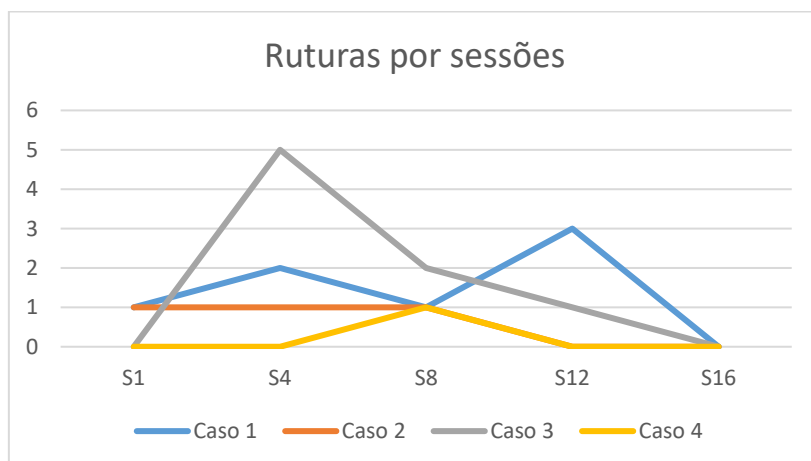
Relativamente às ruturas de confrontação que ocorreram no caso 1 (i.e. cliente Ana), como se verifica na figura 3, duas referem-se ao cliente a rejeitar a intervenção terapêutica, uma é queixas/preocupações sobre as atividades da terapia e outra refere-se a controlo/pressão sobre o terapeuta. Já no caso 2 (i.e. cliente Maria) uma rutura é de queixas do terapeuta, uma é quando o cliente rejeita a intervenção terapêutica e uma é o controlo/pressão sobre o terapeuta. Em relação ao terceiro caso (i.e. cliente Joana), 6 ruturas são do cliente rejeitar a intervenção terapêutica e 1 é de queixas/preocupações sobre as atividades da terapia. No caso 4 (i.e. cliente Manuela) só houve a ocorrência de uma rutura de confrontação, que diz respeito a queixas sobre o progresso da terapia.

Figura 3 - Tipos de ruturas de confrontação



Na figura 4 estão apresentados o número de ruturas que ocorreram em cada sessão de cada caso e, como se pode verificar, ocorreram mais ruturas nas sessões 4, 8 e 12.

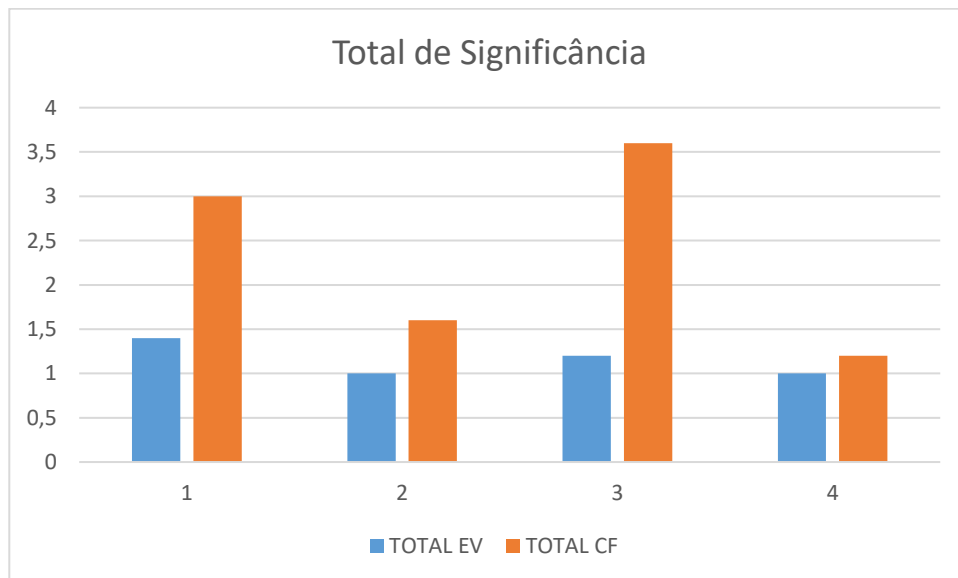
Figura 4 – Total de ruturas por cada sessão nos 4 casos



b) Significância encontrada nos dois casos de TFE

No que diz respeito a significância, foi feita uma média nos 4 casos e pode-se observar que existiu sempre uma maior significância nas ruturas de confrontação, sendo que no primeiro e terceiro caso foi onde houve maior significância. Relativamente aos outros dois casos, verifica-se na figura 4, que a significância não foi muito elevada.

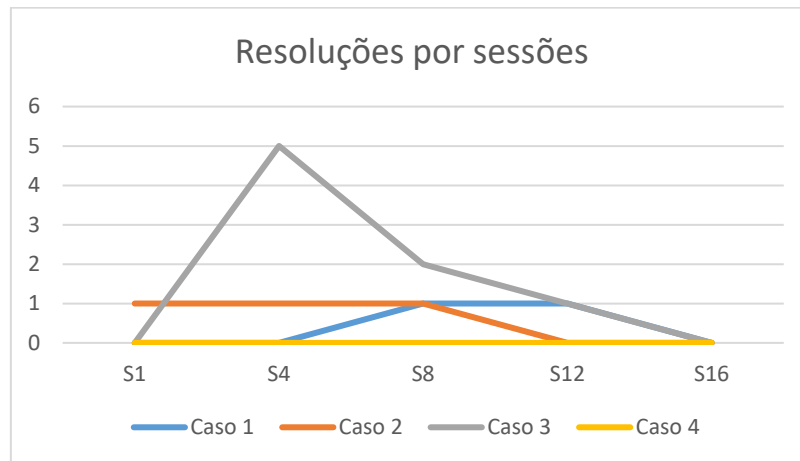
Figura 5 – Significância



c) Resoluções encontradas nos dois casos de TFE

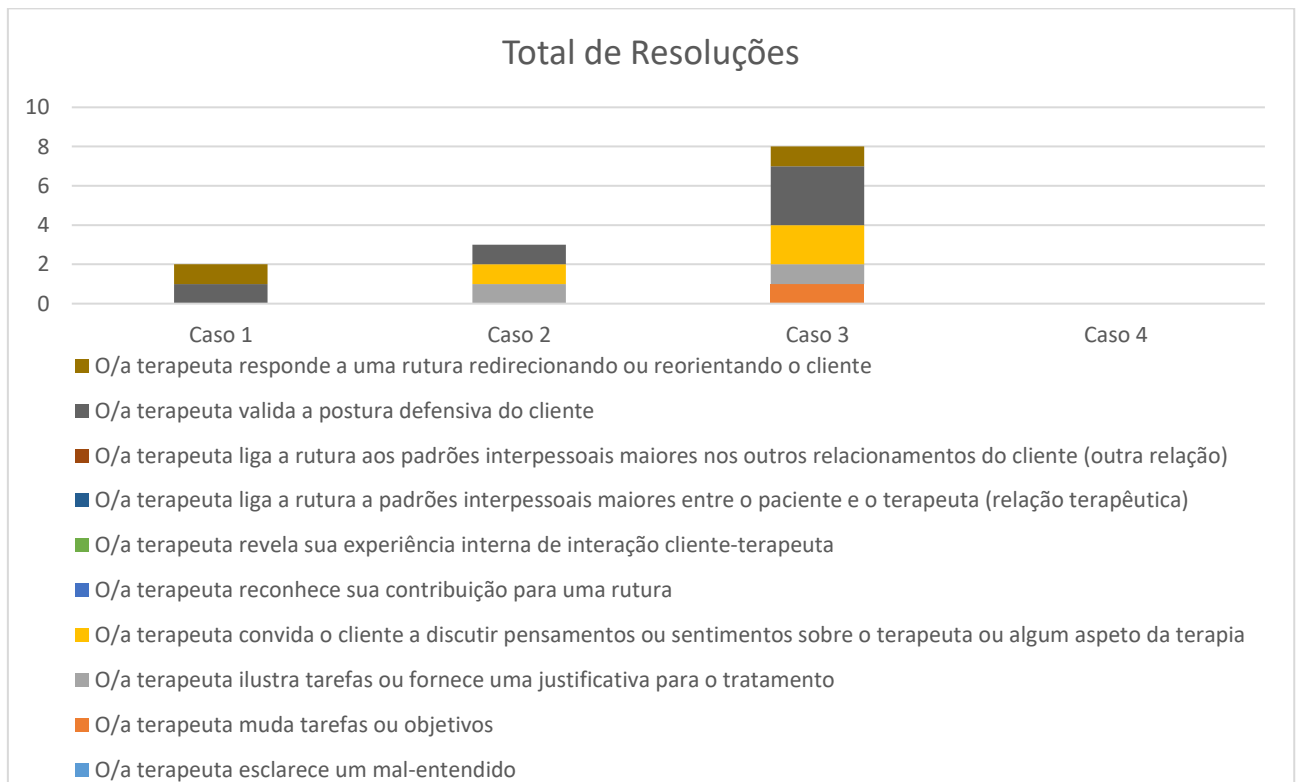
Na figura 6 estão apresentados o número de resoluções que ocorreram em cada sessão dos 4 casos e pode-se verificar que ocorreram mais resoluções nas sessões 4, 8 e 12.

Figura 6 - Total de resoluções por cada sessão nos 4 casos



Em relação às diferentes estratégias de resolução de ruturas terapêuticas pode-se observar que, na figura 7, do primeiro caso (i.e. cliente Ana), uma das resoluções foi quando o/a terapeuta validou a postura defensiva do cliente e também quando o terapeuta respondeu a uma rutura redireccionando e reorientando o cliente.

Figura 7 - Resoluções ocorridas



Para ilustrar melhor estes resultados, todas resoluções que ocorreram com as respectivas ruturas que precederam as mesmas serão descritas abaixo.

Cliente “Ana” - Sessão 1:

Rutura - Resposta mínima:

C: *Há uma necessidade que... não sei... ser gostada ou ser amada, fazer depender a minha vida nisso* (voz trémula)

T: *Hmm... é capaz de me explicar um bocadinho melhor o que é que quer dizer?*

C: (Respira fundo) (pausa)

Resolução - O/a terapeuta valida a postura defensiva do cliente:

T: *É difícil falar sobre isso...*

Cliente “Ana” - Sessão 8

Rutura - O cliente rejeita a intervenção terapêutica:

(Após efetuar exercício de cadeira vazia para com a mãe)

T: *Quando entra em contacto com esse lado é quase como se precisasse de carinho e afeto dos outros*

C: (chora)

T: *Deixe vir, deixe vir...*

C: *Não quero!*

T: *Hmm, não quer...*

C: *É um mar de lágrimas.*

Resolução - O/a terapeuta valida a postura defensiva do cliente:

T: *É um mar de lágrimas ... é uma tristeza muito grande, é uma dor muito grande.*

C: *Muito (pausa) nem quero falar disso. Nem quero falar nem quero pensar. Eu nem quero pensar nisso... É isso mesmo que eu prefiro... é isso que eu sinto mesmo (pausa) ou que não demonstraram esse amor por mim, é mais isso...*

T: *Não é que não tenha sido amada, mas não foi da forma que queria.*

C: *Sim que queria, que gostaria...*

Cliente “Ana” - Sessão 12

Rutura - O cliente rejeita a intervenção terapêutica:

(Falam sobre o cumprimento ou incumprimento dos objetivos até então)

C: *Não tenho confiança em mim própria, não tenho...*

T: *Hum hum... quase como se ‘estou a dar estes passos mas não sei como vai ser daqui para a frente?’ ou qualquer coisa deste género?*

C: *Sim, sim. Eu ainda não tenho confiança... como hei-de dizer... Ainda me sinto insegura em relação ao meu aspeto físico. Pronto, é isso!*

T: *Hmm, hum hum. Sente-se insegura relativamente à sua aparência física e isto é uma...*

C: *É uma limitação!*

T: *É uma limitação sua. Hmm, nunca me falou sobre isso. É capaz de me falar um bocadinho sobre isso?*

C: *Ai não me apetece falar sobre isso.*

T: *Hum hum... pronto se não quiser falar não fala.*

C: *Isso já denota muita coisa não é?*

Resolução - O/a terapeuta valida a postura defensiva do cliente:

T: *É... é um assunto difícil.*

C: *É. (acena afirmativamente)*

T: *É um assunto difícil... é um assunto delicado para si e é uma coisa íntima. Já vem desde há quanto tempo?*

C: *Ui eu acho que desde sempre. Desde sempre também não, mas não sei, desde muito nova.*

T: *Vejo que é uma coisa dolorosa para si.*

C: *É e acho que isso me limita muito porque fico sempre a pensar o que os outros pensam e não sou um bocado eu própria. Agora acho que estou a desligar-me um bocadinho disso mas mesmo assim acho que me limita.*

Rutura - Divisão entre o conteúdo e o sentimento:

C: *As vezes digo que como fui a primeira nasci com os defeitos todos, os outros foram demais aprimorados (ri-se)*

T: *hum hum*

C: *não sei se tem alguma coisa...*

Resolução - O/a terapeuta responde a uma rutura redirecionando ou reorientando o cliente:

T: *hum hum... mas o que interessa neste momento é que é uma experiência penosa, é uma experiência difícil para si...*

C: *é é... e... foi muito longe, sim.*

T: *e que tem a haver também com esta dimensão de autocrítica e desvalorização.*

C: *sim sim tem, está tudo interligado.*

Já no segundo caso (i.e. cliente “Maria”) demonstrado na figura 4, uma (20%) das resoluções foi quando o terapeuta ilustra tarefas ou fornece uma justificativa para o tratamento, uma (20%) quando o terapeuta convida o cliente a discutir pensamentos ou sentimentos sobre o terapeuta ou algum aspeto da terapia e uma (20%) quando o terapeuta valida a postura defensiva do cliente. As ruturas e resoluções que ocorreram neste caso foram:

Cliente “Maria” - Sessão 1:

Rutura - Queixas/Preocupações sobre o terapeuta:

C: *Eu suponho que isto me deixa de alguma forma empertigada... ah mesmo tendo consciência que a nossa relação é de terapeuta para cliente... não consigo deixar de pensar no ser humano, na pessoa que está por trás da terapeuta... que me vai bloquear...*

Resolução - O/a terapeuta valida a postura defensiva do cliente:

T: *Tem todo o tempo...*

C: *Desejo que consigo por isto ca pra fora, e...*

T: *Quando for o seu tempo...*

C: *Eu acho que quando sair vai ser tipo uma bomba.*

Cliente “Maria” - Sessão 4:

Rutura - Controlo/ Pressão sobre o terapeuta:

C: *Agora só quero encontrar o “porquê” ... O software vai-se por a... (gesticula com as mãos)*

Resolução - O/a terapeuta ilustra tarefas ou fornece uma justificativa para o tratamento:

T: *Sabe que nós aqui também, hoje só para terminar aqui esta formulação que não é muito habitual como já deve ter percebido... mas aqui não nos importa muito os ‘porquês’, importa-nos mais o que sente e tentar modificar a experiência negativa e transforma-la.*

Cliente “Maria” - Sessão 8:

Rutura - O cliente rejeita a intervenção terapêutica:

T: *Ok Saudade, então aproveitando que esta é a nossa oitava sessão, estamos essencialmente a meio do processo e a saudade já referiu que há determinados aspetos que gostaria de poder vir a trabalhar aqui, como já referimos. E que inclusivamente*

considera que isso é um aspeto de alguma forma central e que poderá ajudar a compreender muitas das outras problemas que estarão associados a esse episódio. Como é que a saudade está relativamente a esse assunto e à sua disponibilidade para falar sobre...?

C: (ri-se) Isto é um bocado como se é estudante... aquela cadeira do primeiro ano que se arrasta a vida toda.

T: Até ao fim, até ao fim. Só se faz mesmo na última.

C: Tipo isto é aquela cadeira que ainda não esta feita.

Resolução - O/a terapeuta ilustra tarefas ou fornece uma justificativa para o tratamento:

T: A questão é esta não é, tentarmos perceber que só teremos 8 sessões daqui em diante e se a deixarmos para o fim podemos não ter tempo de poder trabalha-la.

C: Isto também... já tinha pensado nisto.

Rutura - Queixas/Preocupações sobre o terapeuta:

C: Não deixo de a ver como um ser humano não é... não é só a doutora, é um ser humano que não conheço, mas é um ser humano. E quando a doutora A. está a pensar, mas que não é a doutora A., que é só (desculpe lá) a A., o que ela vai pensar que tipo de mulher que eu sou? Que pessoa?

T: Porque eu quero continuar a ser estimada...

C: Pois... vai pensar que sou uma cabra, que sou má.

Resolução - O/a terapeuta convida o cliente a discutir pensamentos ou sentimentos sobre o terapeuta ou algum aspeto da terapia:

T: Porque é esse... há uma parte de si que pensa isto...

C: *Ah.... Perante este acontecimento sim. Geralmente não penso em mim como uma cabra, mas quer saber. É assim, perante estas situações de adultério a abordagem da psicologia tem mesmo da sociologia.... Tem mesmo de... mas há o contexto moral... (a cliente sente-se embaraçada).*

Relativamente ao terceiro caso (i.e. cliente “Joana”) pode-se observar (na figura 7) que uma resolução foi o/a terapeuta ilustra tarefas ou fornece uma justificativa para o tratamento, duas o/a terapeuta convida o cliente a discutir pensamentos ou sentimentos sobre o terapeuta ou algum aspeto da terapia, três o/a terapeuta valida a postura defensiva do cliente e uma quando o/a terapeuta responde a uma rutura redireccionando ou reorientando o cliente. Neste caso as resoluções com as ruturas precedentes foram:

Cliente “Joana” - Sessão 4

Rutura - O cliente rejeita a intervenção terapêutica:

T: *Eu estou-lhe a perguntar se quer falar sobre isso, se é um assunto importante para falar sobre isso.*

C: *Não sei...*

T: *O que lhe acontece quando pensa nisso? O que fica a sentir? Desconfortável?*

C: *Sim... não gosto de falar sobre isto porque faz-me reviver as situações. Acho que... não sei, não sei se estou errada... mas o facto de falar se calhar faz com que as coisas fiquem mais presentes e que seja mais difícil as vezes ultrapassar não sei, ou será precisamente o contrário.*

Resolução - O/a terapeuta ilustra tarefas ou fornece uma justificativa para o tratamento:

T: *Hum hum... mas mais importante do que possa raciocinar é a reação automática que tem... Só o simples facto de começar a abordar o assunto o que lhe aconteceu? Como é que está? Está mais tensa?*

C: *Sim sim sim sim... um sentimento de tristeza.*

Rutura - O cliente rejeita a intervenção terapêutica:

T: *Há uma dor que não está sarada, está apenas coberta, que tenta ser esmagada de alguma maneira.*

C: *Não sei se o facto de falar vai mudar alguma coisa. O facto de expor as coisas o que sinto não faz com que os sentimentos desapareçam, com que consiga ultrapassá-los.*

Resolução - O/a terapeuta valida a postura defensiva do cliente:

T: *Tem alguma dificuldade de algumas vezes acreditar.*

C: *Exato exato!*

Cliente “Joana” - Sessão 8

Rutura - Queixas/Preocupações sobre as atividades da terapia:

T: *Imediatamente fica assim constrangida a mexer nestas coisas. É quase como se houvesse uma expectativa de que se se deixar ir na situação pode-lhe acontecer qualquer coisa de mal.*

C: *Não sei se é poder acontecer alguma coisa de mal mas é o facto de para já achar a situação um pouco estranha, não sei explicar. É mesmo sentir que é uma situação estranha, desconfortável e a exposição, ou seja, para mim é difícil realmente falar de certas coisas e as vezes prefiro não falar e desviar o pensamento.*

Resolução - Terapeuta muda tarefas ou objetivos:

T: *Nós podemos fazer as coisas um pouco diferentes, não é preciso fazer para uma cadeira vazia.*

Rutura - Atencioso ou Apaziguador:

T: *Faz sentido?*

C: *Acena afirmativamente com a cabeça.*

T: *E nesse sentido o que lhe iria pedir era que para até à próxima semana que escrevesse a carta. Sente-se capaz de o fazer?*

C: (Pausa) *Vou tentar (e ri-se).*

T: *Mas faz sentido pelo menos para si?*

C: (Respira fundo). *Sim, é provável que sim.*

Resolução - O/a terapeuta valida a postura defensiva do cliente:

T: *Eu percebo, mas peço-lhe para avaliar isto. Isto é uma sugestão não é uma obrigatoriedade... avalie isso. Se achar que não faz sentido para si ou que não esta preparada ou que está a conseguir gerir a coisa de outra maneira ok não vá por aí.*

Cliente “Joana” - Sessão 12

Rutura - O cliente rejeita a intervenção terapêutica:

T: *Ponha novamente a mão à sua frente, com o máximo de força que tiver, mas sem se magoar. O que lhe dá vontade de fazer?*

C: *Tentar tirar mas não tenho forças para isso.*

T: *Ok agora ponha a mão e empurre-a e tire.*

C: *É como se não tivesse forças para fazer isso.*

T: *Neste momento vamos criar essa força, trazer essa vontade que tenha.*

C: *mas as vezes não sei se tenho essa vontade ou se quero.*

Resolução - O/a terapeuta valida a postura defensiva do cliente e responde a uma rutura redirecionando ou reorientando o cliente:

T: *Hum hum. Ok, ok, compreendo... Mas neste momento tem essa vontade não é? Repare, a única coisa que estamos a dizer é a vontade de dizer ao “S”. Há uma parte de si que tem vontade de dizer ao Marco. Não é dizer ao Marco é uma parte de si que tem essa voz*

No que diz respeito ao caso 4 (i.e. cliente “Manuela”), verifica-se na figura 7 que não houveram resoluções. Neste caso, em todas as sessões só houve uma rutura (que foi na sessão 4), onde o cliente reclamou sobre a atividade, mas continuou a fazê-la sem haver necessidade de o terapeuta ter de resolver esta rutura, pois não teve impacto na aliança terapêutica nem no progresso terapêutico. Até porque foi a única rutura existente ao longo de todas as sessões e o resultado terapêutico foi de sucesso.

d) Relação da resolução de ruturas encontradas nos dois casos de TFE e a sintomatologia ao longo do processo terapêutico

Na Tabela 9 foram analisados, em todas as sessões dos quatro casos, o grau de resolução de ruturas ao longo das sessões (Questão 1 - Q1) com o OQ-10. Baseado no resultado do teste de Spearman, verifica-se que não existe associação entre o grau de resoluções ocorridas nas sessões e as pontuações no instrumento OQ-10 ($r = .043$, $p < .05$).

Tabela 9 - Relação da Q1 e do OQ_10

			<u>Q1</u>	<u>OQ_10</u>
Spearman	<u>Q1</u>	Coeficiente de correlação	1,000	-,457
		Sig. (2 extremidades)		,043
		N	20	20
	<u>OQ_10</u>	Coeficiente de correlação	-,457	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,043	
		N	20	20

Na tabela 10 foram analisados, em todas as sessões dos quatro casos, o grau de resolução de ruturas (Questão 1 - Q1) com as pontuações da WAI do Cliente. Segundo o resultado do teste de Spearman, pode-se afirmar que estas duas variáveis estão correlacionadas ($r = .086$, $p > .05$). Isto significa que quanto maior o grau de resolução, maiores as pontuações da WAI, o que significa que melhora a aliança terapêutica.

Tabela 10 - Relação da Q1 e da WAI_C

			<i>Q1</i>	<i>WAI_C</i>
Spearman	<u>Q1</u>	Coeficiente de correlação	1,000	,442
		Sig. (2 extremidades)		,086
		N	20	16
	<u>WAI_C</u>	Coeficiente de correlação	,442	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,086	
		N	16	16

3.5. Discussão

Os resultados demonstraram que no total de casos existiram 19 ruturas, sendo que 4 são de evitamento e 15 de confrontação. Isto significa que ocorreram mais ruturas de confrontação do que evitamento e destas 15 ruturas de confrontação 7 aconteceram no caso de insucesso. Pode-se verificar que as ruturas de evitamento que ocorreram nestes 4 casos foram de resposta mínima, divisão entre o conteúdo e o sentimento e de negação. Enquanto as ruturas de confrontação que ocorreram nos casos foram de controlo/pressão sobre o terapeuta, queixas/preocupações sobre as atividades da terapia, o cliente rejeita a intervenção terapêutica, queixas/preocupações sobre o terapeuta e queixas/preocupações sobre o progresso da terapia. De salientar que das 7 ruturas de confrontação que ocorreram no caso de insucesso, 6 foram do cliente rejeitar a intervenção terapêutica e uma sobre queixas/preocupações sobre as atividades da terapia. Estes resultados não vão de encontro ao estudo de Barcellos, Evaldt e Serralta (2018), porque num total de 26 ruturas, 7 foram de confrontação e 19 de evitamento. O que significa que houveram mais ruturas de evitamento do que de confrontação, sendo

que no estudo não houve informação do tipo de ruturas que ocorreram tanto de evitamento como de confrontação.

Relativamente à significância das ruturas terapêuticas, os resultados mostraram em que os dois casos que ocorreram mais ruturas terapêuticas (i.e. cliente “Ana” e cliente “Joana”) foram aqueles que obtiveram mais significância. O caso de insucesso (i.e. cliente “Joana”) foi o que teve maior significância. Pode-se observar também que em todos os casos houve sempre uma maior significância nas ruturas de confrontação, o que vai de encontro ao facto de terem ocorrido mais ruturas de confrontação também. De acordo com Eubanks, Muran e Safran (2015), pode-se afirmar que no caso de insucesso (i.e. cliente “Joana”) houve uma significância alta, o caso da cliente “Ana” existiu uma significância moderada e nos casos das clientes “Maria” e “Manuela” a significância foi menor.

No que diz respeito às resoluções de ruturas terapêuticas, segundo os resultados obtidos nos 4 casos ocorreram um total de 13 resoluções, sendo que 8 são do caso de insucesso (i.e. cliente “Joana”). As resoluções que ocorreram nos casos foram: o/a terapeuta responde a uma rutura redireccionando ou reorientando o cliente, o/a terapeuta valida a postura defensiva do cliente, o/a terapeuta convida o cliente a discutir pensamentos ou sentimentos sobre o terapeuta ou algum aspeto da terapia, o/a terapeuta ilustra tarefas ou fornece uma justificativa para o tratamento e o/a terapeuta muda de tarefas ou objetivos. Destas resoluções a mais utilizada foi a validação da postura defensiva do cliente e o/a terapeuta convida o cliente a discutir pensamentos ou sentimentos sobre o terapeuta ou algum aspeto da terapia. Pode-se verificar que estes resultados demonstram ter mais estratégias de resolução de ruturas comparando-os ao estudo de Krause, Dagnino, Betancur e Altimir (2018), onde só foram registadas duas resoluções de ruturas.

Em relação à resolução de ruturas encontradas nos dois casos de TFE e a evolução da sintomatologia ao longo do processo terapêutico, verificaram-se duas associações diferentes. A primeira é que o grau de resolução de ruturas terapêuticas não está associado com o OQ-10, ou seja, com a diminuição de sintomatologia. Isto vai de encontro ao estudo de Muran e Safran (2017), que dizem que nem sempre estas duas variáveis estão relacionadas com todos os clientes e todas as sessões. Mas, contrariamente aos resultados, o estudo de Safran, Muran e Eubanks-Carter (2010) afirma que quando as ruturas foram detetadas pelo cliente e o observador foram alvo de discussão/diálogo em sessão e que esta resolução de ruturas terapêuticas ajuda mais os clientes. Isto significa que a diminuição de sintomatologia após a resolução de ruturas terapêuticas pode variar de cliente para cliente e de sessão para sessão, ou seja, em alguns casos pode acontecer esta diminuição e noutros casos não. O estudo de Safran, Muran e Eubanks-Carter (2011) também afirma que existe associação entre a resolução de ruturas e o resultado do processo terapêutico, ou seja, que ao resolver ruturas vai diminuir a sintomatologia.

A segunda associação é entre o grau de resolução de ruturas e a WAI, sendo que aqui os resultados mostraram que estas variáveis estão interligadas. Isto significa que quando existe uma resolução de ruturas terapêuticas faz com que haja evolução na aliança terapêutica. Isto vai de encontro ao estudo de Ribeiro, Coutinho, Sousa e Machado (2011), onde se verificou que a expressão de necessidades do cliente após uma rutura faz com que na sessão seguinte as ruturas diminuam. Isto significa que o terapeuta ouviu as necessidades do cliente e este se sentiu compreendido e sentiu também que as suas necessidades foram satisfeitas. Estes resultados não vão de encontro ao estudo de Moeseneder, Ribeiro, Muran e Caspar (2018), que afirmam que ao haver confrontação com o cliente das ruturas terapêuticas pode prejudicar

temporariamente a aliança terapêutica. Mas, apesar disto, faz com que o resultado terapêutico seja melhor, desde que esta confrontação tenha o objetivo de resolução de ruturas terapêuticas.

4. Conclusão, limitações e direções futuras

A pertinência deste estudo advém do facto de haver poucas investigações sobre as resoluções de ruturas terapêuticas, mas também existirem poucos estudos sobre ocorrência de ruturas em TFE. Por isso, será cada vez mais importante dar mais ênfase a estas variáveis que envolvem o processo terapêutico e que são importantes para o resultado terapêutico. Desta forma, este estudo pretendeu que se percebesse de uma forma mais detalhada as diferentes resoluções de ruturas terapêuticas que existem. Também pretendeu que se percebesse as resoluções que se utilizam com as diferentes ruturas que ocorrem e igualmente quis-se entender a importância que existe em resolver estas ruturas.

As limitações deste estudo foram, por um lado, o reduzido número de participantes e terapeutas, ou seja, este estudo aplicou-se a quatro díades, sendo que só com dois diferentes terapeutas. Isto significa que não se pode ter confiança que estes resultados podem ser extrapolados para outros casos de TFE, pois os mesmos podem ser específicos destes dois terapeutas e das quatro clientes.

Em estudos futuros deverá ser alargada a variedade de terapeutas e também de clientes, para que se consiga analisar mais casos de diferentes terapeutas e diversos clientes com características distintas e, desta forma, se consiga colmatar as limitações encontradas.

Referências Bibliográficas

- Baillargeon, P., Coté, R., & Douville, L. (2012). Resolution Process of Therapeutic Alliance Ruptures: A Review of the Literature. *Scientific Research, 3*, (12), 1049-1058. DOI: 10.4236/psych.2012.312156
- Barcellos, E., Evaldt, V., & Serralta, F. (2018). Exploration of therapist interventions in alliance rupture episodes in a case of psychodynamic psychotherapy with a borderline patient. *Mente e corpo: diálogos contemporâneos*. DOI: 10.13140/RG.2.2.28019.17440
- Batista, S. (2012). A empatia na intersubjetividade da relação clínica. *Rev Port Med Geral Fam, 28*.
- Beckstead, D. J., Hatch, A. L., Lambert, M. J., Eggett, D. L., Goates, M. K., & Vermeersch, D. A. (2003). Clinical significance of the Outcome Questionnaire (OQ-45.2). *The Behavior Analyst Today, 4*, (1), 86-97. DOI: 10.1037/h0100015
- Bordin (1979). The Generalizability of the Psychoanalytic Concept of the Working Alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice, 16*, (3). DOI: 10.1037/h0085885
- Chung, R., & Bemak, F. (2002). The relationship of culture and empathy in cross-cultural counseling. *Journal of Counseling & Development, 80*
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry, 17*(4), 222-226. DOI: 10.1016/S0924-9338(02)00663-6
- Corbella, S., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología, 19*, (2), 205-221. ISSN: 0212-9728

- Elliott, R., & Greenberg, L. (2016). *Emotion-focused therapy*. In Rogers, N. (Ed). *The Person-Centred Counselling and Psychotherapy handbook*. New York: McGraw-Hill Education (Ed). ISBN: 978-0335263547
- Eubanks, C.F., Muran, J.C., & Safran, J.D. (2015). *Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual*. Unpublished manuscript, Mount Sinai-Beth Israel Medical Center, New York.
- Gorestein C. & Andrade H. (1998). Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. *Rev Psiq Clin*, 25, 245-50.
- Greenberg, L. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3–16.
- Greenberg, L. & Safran, J. (1989). Emotion in Psychotherapy. *American Psychological Association*, 44, 1, 19-29.
- Greenberg, L. (2010). Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8, 1. DOI: 10.1176/foc.8.1.foc32
- Greenberg, L., Elliot, R., & Pos, A. (2007). Special-Topic: Emotion-Focused Therapy. *European Psychotherapy*, 7, (1). DOI: 10.1.1.458.7814
- Hatcher, R. L., & Gillaspay, J. A. (2006). Development and validation of a revised short version of the Working Alliance Inventory. *Psychotherapy Research*, 16 (1), 12-25.
- Horvath, L., & Greenberg, L. (1994). *The Working Alliance: Theory, Research, and Practice*. Nova Iorque: Wiley. ISBN: 0-471-54640-2
- Krause, M., Dagnino, P., Betancur, F., & Altimir, C. (2018). Therapist's subjective experience during significant segments of psychotherapy. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*. DOI: 10.24205/03276716.2018.1065

- Lambert, M. J., Gregersen, A. T., & Burlingame, G. M. (2004). The Outcome Questionnaire-45. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment: Instruments for adults* (pp. 191-234). US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lambert, M. J., Finch, A. M., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (2005). Administration and scoring manual for the OQ-10.2: Adult outcome questionnaire for screening individuals and population monitoring. *Salt Lake City, UT: OQ Measures LLC.*
- 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.
- Machado, P. P. & Klein, J. (2006). *The outcome questionnaire – 45: Portuguese psychometric data with a non-clinical sample*. Poster presented in the Society for Psychotherapy Research Annual Conference, Edinburgh, Scotland
- McGlinchey, J., Atkins, D., & Jacobson, N. (2002). Clinical significance methods: Which one to use and how useful are they? *Behavior Therapy*, 33, 4, p. 529-550.
- Mendes, M. (2015). Terapia focada nas emoções e processos de mudança em psicoterapia. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11, (2), pp. 96-104. DOI: 10.5935/1808-5687.20150014
- Mercer, S., & Reynolds, W. (2002). Empathy and quality of care. *British Journal of General Practice*, 52, S9-S13.
- Moeseneder, L., Ribeiro, E., Muran, J., & Caspar, F. (2018). Impact of confrontations by therapists on impairment and utilization of the therapeutic alliance. *Psychotherapy Research*, DOI: 10.1080/10503307.2018.1502897

- Muran, J.C. & Safran, J.D. (2017). *Therapeutic alliance ruptures*. In A.E. Wenzel (Ed.), *Sage Encyclopedia of Abnormal & Clinical Psychology*. Nova Iorque: Sage Publications. ISBN: 9781483365831
- Norcross, J., & Hill, C. (2004). Empirically Supported Therapy Relationships. *Psychotherapy Relationships that Work*, 57, 3.
- Oliveira, N., & Benetti, S. (2015). Aliança terapêutica: estabelecimento, manutenção e rupturas da relação. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67, (3), 125-138.
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança Terapêutica: Da Teoria à Prática Clínica* (1ªed). Braga: Psiquilíbrios Edições. ISBN: 978-989-8333-02-5
- Ribeiro, E., Coutinho, J., Sousa, Z., & Machado, C. (2011). Rupturas na aliança terapêutica e expressão verbal de necessidades do cliente: um estudo de caso. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8 (1), 71-86.
- Safran, K., & Kraus, J. (2014). Alliance Ruptures, Impasses, and Enactments: A Relational Perspective. *Psychotherapy*, 51, (3), 381-387. DOI: 10.1037/a0036815
- Safran, J., & Muran, J. (1996). The Resolution of Ruptures in the Therapeutic Alliance, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, (3), 447-458. DOI: 10.1037/0022-006X.64.3.447
- Safran, J., & Muran, C. (1999). Book Review. *Journal of Psychotherapy Integration*, 9, 2. In *The Therapeutic Alliance in Brief Psychotherapy*. Edited by Jeremy D. Safran & J. Christopher Muran. Washington, DC: American Psychological Association, 1998, 238 pp., 39, 95.
- Safran, J., & Muran, C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance. A Relational Treatment Guide*. The Guilford Press: N.Y.
- Safran, J., Muran, J., & Eubanks-Carter, C. (2010). *Repairing Alliance Ruptures*. In Norcross, J. (Ed.), *Evidence-Based Therapy Relationships*.

- Safran, J., Muran, J., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing Alliance Ruptures, *Psychotherapy*, 48(1), 80-87. DOI: 10.1037/a0022140
- Safran, J., Muran, J., & Samstag, L. (2001). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 38, (4). DOI: 10.1037/0033-3204.38.4.406
- Sales, C., Moleiro, C., Evans, C., & Alves, P. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: Tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, (2), 54-59.
- Salgado, M. (2014). *Resolución de Rupturas en la Alianza Terapéutica. Una revisión Bibliográfica*. Conference: XXI Jornadas de Residentes de Salud Mental del Área Metropolitana: Argentina. DOI: 10.13140/RG.2.1.4145.1363
- Schmidt, J. (2016). Recognize, Repair, and Resolve: Understanding Ruptures within the Therapeutic Alliance. *Master of Social Work Clinical Research Papers*. St. Catherine University: St. Thomas.
- Shlien, J. (1998). Empatia em Psicoterapia. *Pessoa como Centro - Revista de Estudos Rogerianos*, 1. DOI: 10.1590/S1415
- Steer, R., Ball, R., Ranieri, W., & Beck, A., (1999). Dimension of Beck Depression-II in clinical depressed outpatients. *Journal of clinical Psychology*, 55, (1), 117-128.
- Tracey, T. & Kokotovic, A. (1989). Factor Structure of the Working Alliance Inventory. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, (3), 207-210. DOI: 10.1037//1040-3590.1.3.207