



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

# Vinculação, Aliança Terapêutica e Mudança em Psicoterapia

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa  
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

por

Anabela Moura Martins da Costa

sob orientação de

Professora Doutora Vânia Sousa Lima

Faculdade de Educação e Psicologia

Porto, Julho de 2014

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Professora Doutora Vânia Sousa Lima, pela disponibilidade que sempre me conseguiu oferecer, pelo incentivo permanente e sobretudo porque ao longo destes anos me lembrou o prazer do pensamento crítico e da reflexão. As suas aulas foram uma inspiração e uma fonte de aprendizagem inestimável.

À Professora Doutora Elisa Veiga, Maria do Carmo Carvalho, Carla Faria e Pedro Dias, pela preciosa ajuda de cariz metodológico.

À participante neste estudo que gentilmente aceitou a dele fazer parte.

À terapeuta pela sua disponibilidade ao longo do processo.

## RESUMO

A mudança constitui-se como o principal objetivo da intervenção psicoterapêutica e não obstante a diversidade de conceptualizações sobre a mesma e de métodos utilizados para a avaliar, o estudo sobre o *processo* de mudança e o contributo de alguns fatores comuns, em psicoterapia, para a mesma, tem vindo a obter um interesse crescente. A teoria da vinculação proposta por Bowlby (1973) e o seu contributo sobre os *modelos internos dinâmicos* parece constituir-se como um enquadramento adequado à exploração da relação entre cliente e terapeuta, sendo que a investigação sobre mudança em psicoterapia sob a matriz desta teoria encontra-se em desenvolvimento.

O presente estudo de caso, de cariz exploratório tem como objetivo geral a compreensão da relação estabelecida entre a organização da vinculação do indivíduo, a aliança terapêutica e a mudança terapêutica, no âmbito de um processo psicoterapêutico individual.

A participante deste estudo foi uma mulher de 39 anos, que iniciou um processo psicoterapêutico, tendo sido audiogravadas e transcritas a totalidade das sessões terapêuticas à exceção da primeira. Após a primeira sessão, foi realizada a *AAI, Adult Attachment Interview* e administrado o *BSI, Brief Symptom Inventory*, no final das sessões 4 e 8 foi administrado o *WAI, Working Alliance Inventory* e no final da sessão 8 foi realizada uma entrevista de Exploração e Mudança e administrado o *BSI*.

Os resultados evidenciam que a organização da vinculação da participante, classificada como *preocupada*, influencia o modo de se perceber a si mesma, de se relacionar com os outros, e consequentemente de perspetivar e efetivar mudança, mas não obstaculiza a sua adesão à terapia e o seu processo de autoexploração. Ao longo do processo, sublinha-se a obtenção de *insight* relativamente à forma como se autoperceciona, resultado terapêutico valorizado por si, tendo ainda conseguido alguma melhoria ao nível do humor. A participante estabeleceu aliança terapêutica no início do processo psicoterapêutico, com *scores* médios, tendo diminuído ligeiramente ao longo do mesmo, valorizando a confiança na competência da terapeuta e destacando o carácter incisivo das intervenções da terapeuta, a ironia e a confrontação, como as características da relação terapêutica promotoras de mudança. Os resultados corroboram a conclusão de que os MID são difíceis de mudar, tendendo a operar automaticamente, consequência da história de vinculação de cada um, sendo que conhecer a organização de vinculação dos clientes pode ajudar os terapeutas a criar um contexto relacional que facilite a segurança da relação, ajustando o seu comportamento, momento a momento, de modo a serem percebidos como uma base segura ou redefinindo cursos de ação alternativos.

## **ABSTRACT**

Change is the main objective of psychotherapeutic intervention and, despite the diversity of conceptualizations thereon and of methods used to assess it, the study of the *process* of change and the contribution towards that change of some common factors in psychotherapy has been eliciting a growing interest. Attachment theory, developed by Bowlby (1973), and its contribution on *internal working models* appears to provide an appropriate framework for the exploration of the client/therapist relationship, knowing that research about change in psychotherapy under this theory's matrix is ongoing.

The general objective of this exploratory case study is understanding the relationship established between the individual's attachment organization, the therapeutic alliance and the therapeutic change, within an individual psychotherapeutic process.

The subject of this study was a 39-year-old woman who began a psychotherapeutic process, with the entire content of the therapy sessions having been audio-recorded and transcribed apart from the first. After the initial session, the *AAI (Adult Attachment Interview)* was conducted and the *BSI (Brief Symptom Inventory)* administered; at the end of sessions 4 and 8, the *WAI (Working Alliance Inventory)* was administered; and, at the end of session 8, an Exploration and Change interview was conducted, and the *BSI* administered.

The results show that the subject's attachment organization, classified as *preoccupied*, influences the way in which she perceives herself, in which she interacts with others and, consequently, in which she perceives and effects change, but does not hinder her compliance to therapy and its process of self exploration. She gained, throughout the process, insight into the way she perceives herself, a therapeutic result that she values, in addition to some improvement with regard to mood. The subject established a therapeutic alliance early in the psychotherapeutic process, with average scores, which decreased slightly over time. The representation she establishes of the therapeutic relationship throughout the process values the confidence in the therapist's competency and highlights the incisive nature of the therapist's interventions, the use of irony and confrontation as the characteristics of the therapeutic relationship that promote change. The results corroborate the conclusion that the internal working models are difficult to change and tend to operate automatically, as a consequence of each individual's attachment history. Knowing their clients' attachment organization can help therapists create a relational context that helps securing the relationship, adjusting their behaviour from one moment to the next, in order to be perceived as a secure base, or redefining alternative courses of action.

## ÍNDICE

AGRADECIMENTOS .....	i
RESUMO .....	ii
ABSTRACT.....	iii
ÍNDICE .....	iv
ÍNDICE DE TABELAS .....	vi
LISTA DE ANEXOS .....	vii
ABREVIATURAS.....	viii

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
-------------------------	----------

<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>4</b>
------------------------	----------

<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
-----------------------------------	----------

1. CONCEÇÕES DE MUDANÇA EM PSICOTERAPIA.....	4
2. INVESTIGAÇÃO EM MUDANÇA PSICOTERAPÊUTICA.....	6
2.1 PERSPETIVA HISTÓRICA .....	6
2.2 COMO MEDIR A MUDANÇA .....	7
3. ALIANÇA TERAPÊUTICA E MUDANÇA EM PSICOTERAPIA.....	9
4. TEORIA DA VINCULAÇÃO .....	11
4.1 SISTEMA DE VINCULAÇÃO E SISTEMA DE EXPLORAÇÃO .....	11
4.2 MODELOS INTERNOS DINÂMICOS .....	13
4.3 COMO MEDIR A VINCULAÇÃO .....	14
4.4 A RELAÇÃO TERAPÊUTICA COMO BASE SEGURA PARA A MUDANÇA .....	16
5. A INVESTIGAÇÃO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DA VINCULAÇÃO DO CLIENTE, ALIANÇA TERAPÊUTICA E MUDANÇA.....	18
5.1 ORGANIZAÇÃO DA VINCULAÇÃO E MUDANÇA.....	19
5.2 ORGANIZAÇÃO DA VINCULAÇÃO E ALIANÇA TERAPÊUTICA.....	19

<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>23</b>
-------------------------	-----------

<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
--------------------------	-----------

1. PARTICIPANTES.....	24
2. INSTRUMENTOS.....	24
3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....	26

4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS .....	26
<b>CAPÍTULO III.....</b>	<b>28</b>
<b>APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
1. <i>AAI, ADULT ATTACHMENT INTERVIEW</i> .....	28
2. <i>BSI, BRIEF SYMPTOM INVENTORY</i> .....	28
3. <i>WAI, WORKING ALLIANCE INVENTORY</i> .....	29
4. SESSÕES TERAPÊUTICAS E ENTREVISTA DE EXPLORAÇÃO E MUDANÇA .....	30
5. SÍNTESE DOS RESULTADOS .....	42
<b>CAPÍTULO IV .....</b>	<b>44</b>
<b>DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÃO.....</b>	<b>44</b>
1. DISCUSSÃO .....	44
2. IMPLICAÇÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA.....	49
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>51</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>60</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> <i>BSI, Brief Symptom Inventory</i> , comparação entre início do processo e 8. <sup>a</sup> sessão .....	28
<b>Tabela 2.</b> Avaliação sumária de perturbações emocionais, comparação entre início do processo e 8. <sup>a</sup> sessão.....	29
<b>Tabela 3.</b> <i>WAI, Working Alliance Inventory</i> , comparação entre 4. <sup>a</sup> e 8. <sup>a</sup> sessão .....	29
<b>Tabela 4 .</b> Evolução do discurso da participante ao longo do processo psicoterapêutico. ....	33
<b>Tabela 5.</b> Evolução do discurso da participante ao longo do processo psicoterapêutico, no que concerne a relação terapêutica. ....	34
<b>Tabela 6.</b> “Percepção de si” vs “Mudança”, “Permanência” e “Reflexão.” .....	35
<b>Tabela 7.</b> “Relações interpessoais” vs “Mudança”, “Permanência” e “Reflexão” .....	37
<b>Tabela 8.</b> “Relação com o trabalho” vs “Mudança”, “Permanência” e “Reflexão” .....	40
<b>Tabela 9.</b> “Relação com o lazer” vs “Mudança”, “Permanência” e “Reflexão” .....	41
<b>Tabela 10.</b> “Relação terapêutica” vs “Mudança” .....	42

## LISTA DE ANEXOS

- Anexo I** Consentimento informado
- Anexo II** Sistema de categorias
- Anexo III** Tabela: “Relação terapêutica” vs “Permanência”
- Anexo IV** Tabela: “Relação terapêutica” vs “Reflexão”

## **ABREVIATURAS**

**AAI** - *Adult Attachment Interview*

**APA** - *American Psychiatric Association*

**AT** – Aliança Terapêutica

**BSI** - *Brief Symptom Inventory*

**MID** – Modelos Internos Dinâmicos

**WAI** - *Working Alliance Inventory*,

## INTRODUÇÃO

Este trabalho centra-se no estudo do processo de mudança psicoterapêutica e tem como objetivo geral a compreensão da relação estabelecida entre a organização da vinculação do indivíduo, a aliança terapêutica e a mudança terapêutica, no âmbito de um processo psicoterapêutico individual. Procura-se estudar qual o contributo do *modelo interno dinâmico* do cliente, da sua representação de si, dos outros e da relação que com eles estabelece, para o processo de mudança terapêutica e para o estabelecimento da relação com o terapeuta. Procura-se ainda compreender de que modo a relação que o indivíduo estabelece com o terapeuta, se pode constituir como uma base segura a partir da qual ele explora novas perceções de si, dos outros e da sua relação com eles, bem como da sua relação com o trabalho e o lazer.

A mudança constitui-se como o principal objetivo da intervenção psicoterapêutica, não obstante a diversidade de conceptualizações sobre o que é a mudança terapêutica para os diferentes modelos terapêuticos (Hanna & Ritchie, 1995). A investigação em mudança terapêutica foi inicialmente dirigida para a avaliação dos *resultados* terapêuticos, o que obstaculizou a investigação sobre o *processo* de mudança. Contudo, tendo-se percebido que os indivíduos não experienciavam o processo terapêutico de mudança de modo similar, os estudos passaram, sobretudo desde finais dos anos noventa, a procurar identificar aqueles que a literatura designa hoje como fatores comuns a várias orientações teóricas (Castonguay & Beutler, 2006, McLeod, 2013). Um dos fatores comuns mais estudados em psicoterapia tem sido a aliança terapêutica, que se constitui como um constructo capaz de descrever a interação terapêutica, dando primazia à qualidade da relação e à capacidade de terapeuta e cliente definirem objetivos em comum e acordarem na execução de tarefas para a sua realização (Ribeiro, 2009). Subsiste contudo alguma dúvida, sobre os fatores que contribuem para o estabelecimento de uma aliança terapêutica positiva (Hovarth, 2006, Geller, Greenberg & Watson, 2010), designadamente sobre a organização de vinculação do cliente e bem assim, sobre a possibilidade da qualidade de relação terapêutica contribuir, por sua vez, para a construção por parte do cliente, de novas representações de si e dos outros, promotoras de mudança terapêutica (Blatt, Zuroff, Hawley & Auerbach, 2010). O processo de mudança não é mecânico, mas complexo e intencional, implicando um elevado nível de autoexploração do cliente (Thomas, 2006). A teoria da vinculação proposta por Bowlby (1973) e o seu contributo sobre os *modelos internos dinâmicos* parece assim adequada para enriquecer a compreensão sobre o processo de mudança psicoterapêutica e constituir-se como um enquadramento adequado à exploração da relação entre cliente e

terapeuta (Sauer Lopez & Gormley, 2003). A qualidade das experiências precoces influenciam o modo como o indivíduo constrói conhecimento, quer sobre o *self*, em termos do seu valor e da sua capacidade de afetar os outros, quer sobre a capacidade do outro responder às suas necessidades e pedidos de ajuda. Os *modelos internos dinâmicos* que assim se originam, assumem-se como grelhas de leitura e de interpretação de experiências futuras (Soares, 2009), pelo que a organização de vinculação pode ter uma forte influência nas relações sociais adultas, nomeadamente no contexto terapêutico (Mallinckrodt, Coble & Gantt, 1995).

A investigação em psicoterapia pela perspectiva da vinculação encontra-se em desenvolvimento (Slade, 2008), sendo relativamente nova, designadamente no que respeita ao processo terapêutico de mudança (Mikulincer & Shaver, 2007), sendo praticamente inexistentes estudos sobre o sistema de exploração em psicoterapia. O presente estudo, de cariz exploratório, pretende assim compreender como os sistemas de vinculação e exploração se manifestam ao longo das sessões, processo que se estima seja influenciado pelas experiências passadas vividas pelo cliente e pelos seus *modelos internos dinâmicos*. Procura-se com este estudo trazer um contributo metodológico útil através da criação de uma entrevista específica de exploração e mudança e contribuir para expandir o conhecimento sobre o processo de mudança psicoterapêutica e sobre o papel da organização de vinculação do cliente no estabelecimento da relação terapêutica e no processo de exploração de si próprio. Compreender o modo como a mudança se processa pode ajudar a identificar mecanismos de mudança e levar ao desenvolvimento de intervenções mais eficazes (Watson, Schein & McMullen, 2010).

\*\*\*\*

A presente dissertação encontra-se organizada da seguinte forma: No **Capítulo I – Enquadramento Teórico**, são identificadas diferentes conceções de mudança e feita uma breve incursão sobre a investigação em mudança psicoterapêutica. Seguidamente apresenta-se o constructo aliança terapêutica, fazendo uma revisão da literatura sobre o tema, referindo as limitações encontradas nos estudos sobre a sua relação com o resultado terapêutico. Posteriormente apresenta-se a teoria da vinculação, explicitando a sua relação com o sistema de exploração, expondo brevemente a teoria de Bowlby sobre os modelos internos dinâmicos e os instrumentos desenvolvidos nos últimos anos, para a medição da vinculação no adulto. Apresenta-se o modelo de mudança terapêutica proposto por Bowlby,

expondo os mais recentes estudos empíricos encontrados sobre a relação terapêutica enquanto base segura. Finalmente expõe-se a revisão da literatura realizada sobre a relação entre organização da vinculação do cliente, aliança terapêutica e mudança terapêutica. No **Capítulo II – Metodologia**, apresenta-se a metodologia que serviu de base à realização deste estudo, identificando os objetivos específicos e as questões de investigação, bem como os instrumentos e procedimentos utilizados. No **Capítulo III – Apresentação de Resultados**, apresenta-se os resultados do estudo empírico desta dissertação. Por último, no **Capítulo IV – Discussão de Resultados e Conclusões**, procede-se à discussão dos resultados, bem como a uma breve reflexão sobre as implicações do estudo e suas limitações, apresentando ainda propostas para investigação futura.

## CAPÍTULO I

### ENQUADRAMENTO TEÓRICO

#### 1. CONCEÇÕES DE MUDANÇA EM PSICOTERAPIA

Não parece haver dúvida de que a mudança se constitui como o principal objetivo da prática psicoterapêutica (e.g. Hanna & Ritchie, 1995; Sousa, 2006; Black, 2009). Não existe contudo a mesma concordância no que se refere ao entendimento do que é a mudança terapêutica ou de como esta se processa, conforme se pretende ilustrar de seguida.

Para a psicologia do *self*, mudar implica uma alteração de estrutura “tendo como objetivo o fortalecimento do *self* nuclear e das conexões com os *selfobjects*” (Fisch, 2011, p. 385). Slade (2008), destaca o objetivo da psicoterapia psicanalítica: “iluminar as conexões emocionais e estruturais entre a experiência passada e presente” (p.778), trazendo à consciência aspetos da experiência que foram objeto de defesa ou distorção, para integração num único *self*, singular e organizado. O pensamento psicanalítico considera assim a relação de transferência terapêutica como uma oportunidade de reviver e refazer modelos relacionais primários, procurando-se o *insight* que há-de originar a mudança e uma estrutura do *self* mais estável (Kohut, 1971 cit in Fish, 2011).

Para Rogers (1957), a mudança terapêutica implica uma alteração “na estrutura da personalidade do indivíduo” (p. 95), passível de ocorrer na presença de condições terapêuticas necessárias e suficientes: a existência de uma relação, a empatia, a aceitação positiva e incondicional do cliente e a autenticidade do terapeuta.

Já para os modelos cognitivos, o objetivo terapêutico consiste na mudança no modo de pensar sobre um problema ou situação (e.g. Bolsover, 2008), enquanto as intervenções comportamentais, procuram a alteração do comportamento (e.g. Salzinger, 2011).

De acordo com a teoria do *self* dialógico, a mudança ocorre em consequência do processo dinâmico e dialógico entre diferentes vozes, correspondendo a diferentes posições do *self*, num movimento de construção e reconstrução de significado (Gonçalves, 2011). Neste enquadramento situam-se os modelos narrativos, para quem a mudança terapêutica se traduz na capacidade de elaboração de uma nova autonarrativa, alternativa à narrativa problemática, construtora de um novo significado e de uma nova relação com o mundo (Gonçalves & Ribeiro, 2012). Inspirados nesta corrente narrativa da psicologia, Miguel Gonçalves e colaboradores têm vindo a desenvolver nos últimos anos, ampla investigação

sobre o modo como o novo emerge e evolui no processo psicoterapêutico (e.g. Ribeiro, Bento, Salgado, Stiles & Gonçalves, 2011; Santos, Gonçalves & Matos, 2011; Cunha et al., 2012). Estes estudos, perseguem pequenas mudanças, denominados *momentos de inovação (MI)* que ocorrem ao longo do processo psicoterapêutico e que podem levar a mudanças mais significativas (por acumulação e por um efeito *gestalt*), conduzindo à transformação da autonarrativa do cliente (Gonçalves & Ribeiro, 2012).

Numa perspectiva diferente e em alternativa à procura das diferentes conceptualizações de mudança terapêutica, podemos dirigir o olhar para o que de comum existe no encontro terapêutico, potenciador dessa mudança. Por um lado, a palavra, o discurso, que permite a comunicação entre a díade cliente, terapeuta, por outro lado, a relação que se estabelece entre ambos, que permite a expressão e a elaboração daquilo que é dito. Compreender o papel dos fatores relacionais no processo de mudança torna-se fundamental, já que é no contexto relacional que todos os outros aspetos do processo terapêutico se desenvolvem (Safran & Muran, 2006).

É desejável que o processo terapêutico conduza a mudança, sendo expectável que esta implique uma exploração por parte do cliente de tópicos emocionalmente carregados, num exercício de análise e de exploração de si próprio. É assim compreensível o papel central da relação entre cliente e terapeuta e a importância da segurança no seio da mesma para a criação de mudança.

É nesse sentido que o presente trabalho é inspirado na teoria da vinculação e no conceito de *modelos internos dinâmicos (MID)*<sup>1</sup>. Para Bowlby, a psicoterapia deveria proporcionar uma base segura, a partir da qual o cliente pudesse explorar o seu mundo emocional e identificar e rever aqueles *MID*, enquanto representações internas de si, da relação com os outros e do mundo.

Por outro lado, sabe-se que a organização de vinculação dos clientes tem impacto no estabelecimento e manutenção da relação terapêutica e pode afetar a forma como eles pedem ajuda em terapia, sendo relevante para o processo e para o resultado psicoterapêutico (Daniel, 2006).

A teoria da vinculação parece assim constituir-se como um bom enquadramento para compreender a história desenvolvimental do indivíduo e a dinâmica interna de diferentes dificuldades relacionais, podendo ajudar os terapeutas a compreender melhor os clientes e escolher as estratégias mais adequadas para proporcionar a mudança (Daniel, 2006).

---

<sup>1</sup> Mais detalhe no ponto 4

## 2. INVESTIGAÇÃO EM MUDANÇA PSICOTERAPÊUTICA

### 2.1 PERSPETIVA HISTÓRICA

A prática psicoterapêutica é reconhecida hoje como um meio de intervir em várias problemáticas do foro mental, mas a investigação sobre o processo e os efeitos da psicoterapia é menos conhecida, não obstante a existência de inúmeros artigos sobre esta temática. A emergência das técnicas cognitivo-comportamentais e a especificação dos critérios de diagnóstico pelos manuais de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM I,II,III e IV -TR) da American Psychiatric Association (APA), aumentaram o interesse pelo desenvolvimento de terapias específicas para problemas específicos e nas últimas décadas, designadamente nos anos 90 e 2000, houve um interesse crescente por analisar qual a melhor intervenção para cada classificação diagnóstica (Lambert, 2013).

Historicamente, a investigação sobre mudança terapêutica centrou-se assim nos resultados terapêuticos, dominada pela preocupação de identificar programas de intervenção que fossem empiricamente validados (Task force, 1995 cit in Castonguay & Beutler, 2006) e que se centrava em medir a eficácia da terapia pelo impacto desta na diminuição dos sintomas, o que obstaculizou a investigação sobre o *processo* de mudança (McLeod, 2013).

Segundo Lambert (2013), a lista das intervenções empiricamente validadas “é estática e oferece apenas uma falsa garantia de eficácia” (Lambert, 2013, p. 7), sendo que o sucesso da terapia depende muito do terapeuta e do cliente e não apenas do uso de uma intervenção empiricamente validada. Por outro lado, a avaliação do resultado centra-se em responder se a intervenção produziu efeito por comparação com a ausência de tratamento, sendo que conclusões sobre a mudança com base em medidas simplistas de resultado, não abarcam a totalidade da mudança e o seu carácter multifacetado (Karzim, 1986).

Percebeu-se assim que a investigação baseada nos resultados ignorava aspetos importantes de cariz relacional, como a aliança terapêutica, bem como fatores relacionados com o papel do terapeuta e do cliente, no processo de mudança terapêutica. É neste contexto que, em 2002, surge a Task Force da divisão 29 da sociedade americana de psicologia, presidida por Norcross e cujo objetivo era identificar variáveis relacionais suscetíveis de afetar o resultado terapêutico (Castonguay & Beutler, 2006). A polarização entre estes dois tipos de investigação, a primeira centrada na validação empírica dos modelos terapêuticos e a segunda focada no papel dos aspetos relacionais da mudança terapêutica, esteve na origem da criação de uma nova Task Force da sociedade americana de psicologia e da sociedade americana de investigação em psicoterapia, desta feita

presidida por Castonguay e Beutler, donde haveria de resultar o livro “Principles of therapeutic change that work”. O objetivo era a integração das duas posições anteriores e a identificação daqueles que a literatura designa hoje como fatores comuns ou princípios de mudança comuns a várias orientações teóricas (McLeod, 2013). O resultado deste trabalho permitiu a identificação de diversos fatores de natureza relacional, nomeadamente a aliança terapêutica, fatores relativos aos participantes (cliente e terapeuta), com destaque para a organização de vinculação e fatores técnicos. Apesar dos fatores identificados se constituírem como potenciadores da mudança terapêutica, não foi possível estabelecer uma relação de causalidade direta com o resultado terapêutico, nem perceber qual a importância relativa de cada uma das variáveis identificadas (Castonguay & Beutler, 2006).

Saul Rosenzweig (1936) havia sido o primeiro a chamar a atenção para os fatores comuns a várias intervenções terapêuticas (cit in Thomas, 2006). Em 1999, Norcross, responsável pela primeira Task Force da APA havia identificado fatores comuns relacionados com as características do cliente, com as qualidades do terapeuta, com a estrutura das terapias e com aspetos relacionais. Estes resultados foram atualizados por uma nova Task Force em 2009, de cujas conclusões resultou o livro “*Psychotherapy Relations That Work*” e de onde saem destacadas a aliança terapêutica, a empatia, o consenso relativamente aos objetivos, a aceitação incondicional, a congruência, o *feedback* do cliente, a reparação de aliança terapêutica e a gestão de contratransferência (Norcross & Lambert, 2011).

Com efeito, existem inúmeros estudos sobre fatores comuns em psicoterapia, o que permite concluir que: “estes parecem ser a explicação para o porquê das terapias funcionarem” (Sprenkle & Blow, 2007, p.112).

## **2.2 COMO MEDIR A MUDANÇA**

Esta dicotomia entre resultado e processo é transportada para a medição da mudança. A definição de resultado terapêutico pode ser mais complexa do que parece à primeira vista. Embora as mudanças mais óbvias sejam a melhoria dos sintomas e aquelas relativas aos objetivos da terapia, podem existir conflitos psicológicos que também necessitem de mudança e problemas relacionais que se tornem acessíveis durante as sessões e que requeiram atenção clínica (Ogles, 2013). Para Kanfer e Goldstein (1999) é necessário definir bem e em conjunto com o cliente, quais os objetivos da intervenção, sejam eles alterar um comportamento, obter *insight*, alterar o estado emocional, alterar a auto percepção ou a autoconfiança, alterar o estilo de vida, etc (cit in Ogles, 2013).

Não há assim, uma definição de resultado em psicoterapia e os investigadores usam diferentes definições e diferentes medidas do mesmo, tendendo a existir tantas medidas de

mudança quantos os constructos teóricos específicos sobre mudança terapêutica. Em cada estudo, o investigador deve definir o resultado terapêutico que se pretende e os métodos que usará para o medir, devendo as medidas utilizadas serem sensíveis à mudança, isto é, serem capazes de identificar a mudança que ocorreu ao longo do processo para o que normalmente são aplicadas no início e em fase mais adiantada da intervenção (Ogles, 2013).

Historicamente a investigação sobre o resultado terapêutico foi de natureza quantitativa. No entanto, embora esta metodologia continue a ser maioritária, a investigação qualitativa sobre resultado e mudança terapêutica tem sido muito apelativa para grande parte dos investigadores, porque dá voz aos participantes e mantém-se mais próxima da experiência vivida em psicoterapia, proporcionando uma maior compreensão do seu significado para o indivíduo (McLeod, 2013). Dentro das metodologias qualitativas sobre o resultado terapêutico, a entrevista sobre o modo como o cliente experienciou a terapia tem sido o método mais utilizado e frequentemente esse resultado é avaliado não em função da diminuição dos sintomas, mas da percepção da utilidade da terapia na resolução de problemas futuros. McLeod (2013) levou a cabo uma análise de vários estudos qualitativos sobre resultado terapêutico e comparando com os elevados *effect sizes* reportados pelos estudos quantitativos, concluiu que os primeiros mostram uma significativa ambivalência sobre os benefícios que os clientes consideravam ter recebido com a terapia, sendo que muitos consideram a experiência positiva, mas não tendo resolvido completamente os problemas que os tinham feito procurar a terapia. A este propósito, um estudo de Timulak (2007) recolheu dados sobre as experiências dos clientes relativamente ao valor da terapia e os resultados incluem: *insight*, alteração do comportamento/resolução do problema, exploração de experiências emocionais, alívio, empoderamento, sentimento de compreensão e segurança/apoio (cit in McLeod, 2013).

As medidas de auto relato são as mais usadas na avaliação da mudança em psicoterapia uma vez que permitem aceder à perspetiva do cliente sobre o sucesso da terapia. No entanto, alguns autores não concordam que seja a única medida de mudança, porque consideram que os clientes podem ser muito reativos e terem uma perspetiva limitada sobre as mudanças ocorridas durante a intervenção, já que são parte integrante do processo (Ogles, 2013). Assim, autores como McLeod (2013) e Crits-Christoph e colaboradores (2013) sugerem a utilização de metodologias mistas na avaliação dos resultados terapêuticos, considerando-as úteis para avaliar o resultado de modo mais sensível às diferentes perspetivas e incluir outras dimensões (que não apenas a redução dos sintomas) consideradas importantes para os clientes. Atendendo à natureza multifatorial da mudança em psicoterapia, alguns investigadores usam terceiros independentes ao processo para

avaliarem o resultado, ou recorrem a medidas comportamentais, ou utilizam entrevistas, quer para avaliar características dos clientes no início da terapia que podem prever resultados terapêuticos, quer para avaliar no final da intervenção, se os sintomas se alteraram, quer ainda para medir a mudança pela experiência subjetiva do cliente (Ogles,2013).

Conclui-se assim que não existem baterias de avaliação unanimemente aceites, sendo que os investigadores usam predominantemente medidas *standard*, mas recorrem também a medidas de avaliação de resultado individualizadas. Por outro lado, diversos investigadores não usam apenas medidas de resultado para quantificar o efeito da intervenção como um todo quando esta termina, mas socorrem-se também de medidas ao longo da intervenção para realçar efeitos dessa mesma intervenção ou orientar decisões atempadas de alteração da mesma (Ogles, 2013).

### **3. ALIANÇA TERAPÊUTICA E MUDANÇA EM PSICOTERAPIA**

A aliança terapêutica (AT) é uma parte essencial e inseparável de tudo o que acontece em psicoterapia, já que é no contexto relacional que todos os outros aspetos do processo terapêutico se desenvolvem (Safran & Muran. 2006). Aqui reside o motivo pelo qual ela assumirá um papel central neste trabalho. O conceito de relação terapêutica tem vindo a ser objeto de várias leituras, acompanhadas frequentemente do desenvolvimento de instrumentos de medição consentâneos com a conceptualização da mesma (e.g. Bachelor, 1995; Geller et al., 2010; Gelso, 2011 cit in Watson, 2011). O conceito teve início na psicanálise, que salienta a importância da relação terapêutica na obtenção de *insight*, na resolução das defesas e na efetivação da transferência (Bachelor,1995). Contudo, foi Zetzel (1956) quem introduziu o termo aliança terapêutica, sugerindo a necessidade de oferecer ao cliente apoio e empatia, em lugar de pura interpretação (cit in Frieswyk et al., 1996; Ribeiro, 2009). Porém, foi a conceptualização de AT de Bordin que gerou mais atenção teórica e empírica (Ribeiro, 2009). A controvérsia conceptual em torno da AT assentava no facto de alguns autores defenderem que ela era conceptualmente diferente do conceito de transferência, sendo facilitadora ou um pré requisito para que esta acontecesse, enquanto outros entendiam que esta distinção não existia, alertando para o perigo de colocar a atenção na aliança, desviando do foco principal que deveria centrar-se na análise da própria transferência. Por outro lado, permanecia a ambiguidade teórica relativamente ao carácter consciente ou inconsciente do vínculo entre terapeuta e cliente (Ribeiro, 2009). A aceitação generalizada do conceito de AT, proposto por Bordin resulta assim em grande medida do seu carácter multidimensional e integrador das perspetivas anteriores, procurando

estabelecer pontes entre as dicotomias “consciente-racional” versus “inconsciente-transferencial” e “facilitador” versus “ingrediente ativo” (Horvath, 2006). O autor enfatizou a capacidade de o constructo ser generalizável a várias terapias, para além das terapias psicodinâmicas (Frieswyk et al., 1996). Bordin considera como componentes da AT, o laço emocional entre terapeuta e cliente e o acordo sobre os objetivos e sobre as tarefas terapêuticas, tendo a sua conceptualização a vantagem de enfatizar a interdependência entre fatores técnicos e relacionais (Safran & Muran, 2006; Ribeiro, 2009). Esta conceptualização transteórica reflete o grau em que cliente e terapeuta experienciam o sentido de colaboração e é descrita como sendo indutora de mudança (Sauer et al., 2003).

Independentemente da controvérsia conceptual, a AT parece obter um enorme consenso e constituir-se como a variável com mais robustez de entre os fatores que contribuem para a mudança (e.g. Horvath & Symonds, 1991; Horvath, Del Re, Fluckiger & Symonds, 2011). São inúmeros os estudos que versam sobre a associação entre a AT e o resultado terapêutico e concluem pela correlação positiva entre elevados *ratings* de aliança e resultado positivo, designadamente melhoria de sintomas (e.g. Thomas, 2006; Arnow et al., 2013).

A centralidade da AT é também confirmada pelas quatro meta-análises levadas a cabo nas últimas décadas a partir da investigação existente sobre esta temática (Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000 e Horvath & Bedi, 2002 cit in Horvath et al., 2011; Horvath et al., 2011). Com efeito, na primeira meta-análise, em 1991, os resultados da investigação mostravam uma correlação moderada mas consistente entre o resultado psicoterapêutico e a AT sendo que esta contribuía para aproximadamente 5% da variância do resultado terapêutico. Este resultado não dependia do tipo de terapia, da duração da intervenção ou do tamanho da amostra (Horvath & Symonds, 1991). De novo em 2009, Horvath e colaboradores (2011) utilizando as bases de dados das meta-análises anteriores, juntamente com novas pesquisas, conseguem elaborar as suas conclusões a partir de mais de 190 bases de dados independentes, cobrindo mais de 14 000 intervenções. A magnitude da relação entre a AT e o resultado terapêutico encontrada ( $r = .275$ ) foi um pouco maior, mas similar às encontradas anteriormente, indicando uma associação moderada mas robusta, em que a aliança contribui em cerca de 7,5% para a variância do resultado terapêutico.

Não obstante estar claro na investigação a importância da AT para a mudança em psicoterapia, sabe-se relativamente pouco sobre os fatores que contribuem para o estabelecimento de uma AT positiva (Eames & Roth, 2000; Geller et al., 2010), subsistindo dificuldade em estabelecer relação causal entre o comportamento relacional e o resultado

terapêutico: “é muito difícil fazer inferências causais sobre variáveis do processo, como a relação terapêutica” (Norcross & Lambert, 2011, p.7).

Assim, embora não pareçam existir dúvidas de que a relação terapêutica funciona, não se conhece com precisão como ela funciona num determinado problema ou numa terapia específica, sendo necessário clarificar como e de que modo ela tem um papel central no processo de mudança (Safran & Muran, 2006). Além disso, mantém-se alguma controvérsia sobre se ela é diretamente responsável pela mudança ou apenas um facilitador da mesma (Horvath, 2006).

Não obstante a investigação continuar a apoiar o potencial papel causal da qualidade da AT num possível melhor resultado terapêutico, parecem-nos relevantes as asserções que apresentam os estudos relacionais como limitados. Daí que seja importante clarificar a natureza desta relação, tendo emergido uma “segunda geração” de investigação sobre AT, que procura clarificar os fatores que levam ao seu desenvolvimento e os processos envolvidos na sua rutura (Safran & Muran, 2011).

Um dos fatores que podem influenciar a formação e desenvolvimento da AT e que tem merecido alguma atenção da investigação, é a organização de vinculação do cliente, já que pode afetar o nível de colaboração e comprometimento entre cliente e terapeuta (Horvath et al., 2011). Outro aspeto importante é a possibilidade da qualidade da própria AT poder contribuir para a construção, por parte do cliente, de novas representações de si e dos outros, potenciadoras de promover a mudança terapêutica (Blatt et al., 2010). Ambos estes enfoques salientam a importância de outro fator comum em psicoterapia: a organização da vinculação do cliente.

#### **4. TEORIA DA VINCULAÇÃO**

##### **4.1 SISTEMA DE VINCULAÇÃO E SISTEMA DE EXPLORAÇÃO**

A teoria da vinculação teve a sua origem na prática clínica de Bowlby, nos anos 40 do século XX. O autor encontrou apoio na etologia e na biologia evolutiva, para formular a tese de que o ser humano nasce com vários sistemas de controlo comportamental cuja função é a sobrevivência e proteção (Elliot & Reis, 2003, Soares 2009). Destes, destacam-se os dois mais centrais para a teoria da vinculação: o sistema de vinculação e o sistema de exploração. O primeiro, ao manter a proximidade da criança com o seu cuidador, protege-a do perigo. Através de comportamentos como chorar, agarrar, palrar ou seguir, o bebé

estabelece proximidade com uma figura adulta capaz de lhe fornecer proteção (Soares, 2009). A relação de vinculação está centrada nesta regulação de segurança, no sentido em que há uma figura que procura proteção e outra que proporciona segurança (Lima, 2009). O sistema de exploração, por seu turno, impele o indivíduo a explorar o ambiente e conhecer o mundo à sua volta, sendo que a ativação deste sistema só acontece quando a proximidade com a figura de vinculação está assegurada e a situação é lida como não ameaçadora (Lima, 2009). Ambos os sistemas, de vinculação e de exploração, são integrantes da teoria da vinculação e complementares, sendo que é a existência de uma base segura que permite os movimentos exploratórios. No desenvolvimento normativo, o balanço entre estes dois sistemas é adequado a que o indivíduo explore o meio recorrendo à proteção do seu cuidador, que funciona como base segura a partir da qual essa exploração acontece (Elliot & Reis, 2003).

O que distingue uma relação de vinculação é assim, a existência do laço emocional (*attachment bond*) e o uso da figura de vinculação como base segura (*secure base*), a partir da qual o indivíduo explora o mundo e como refúgio seguro (*safe haven*) para onde ele se pode refugiar em caso de perigo ou ameaça (Daniel, 2006; Mikulincer & Shaver, 2007).

Para Bowlby, a teoria da vinculação acompanha o indivíduo “*from the cradle to the grave*” e a relação entre o sistema de vinculação e o sistema de exploração mantem-se ao longo do ciclo de vida. Tipicamente na infância, as relações de vinculação são desenvolvidas com os pais, mas à medida que o desenvolvimento se processa, estas relações estabelecem-se com amigos ou parceiros românticos, podendo também ser estabelecidas com colegas de trabalho, professores, treinadores ou terapeutas. (Daniel, 2006; Mikulincer & Shaver, 2007). Existem especificidades nas relações de vinculação adultas, com destaque para o carácter recíproco das mesmas e do ponto de vista comportamental é expectável que elas acompanhem os comportamentos de exploração<sup>2</sup>. A ativação do sistema de vinculação no adulto pode não implicar a procura física de cuidados ou do outro, mas antes a ativação de representações mentais do parceiro que fornece segurança (Mikulincer & Shaver, 2007). Com a maturidade, a representação das figuras de vinculação específicas são internalizadas como modelos internos dinâmicos (expectativas, crenças, emoções) descrevendo a disponibilidade e responsividade dos cuidadores em geral. Então, a exploração nos adultos está impactada de representações gerais sobre as figuras de vinculação, sendo que estas representações têm componentes disposicionais (traços) mas também decorrentes de relações específicas (Elliot & Reis, 2003).

---

<sup>2</sup> Maior especificação no final deste ponto.

Existe pouca investigação sobre a dinâmica entre o sistema de vinculação e de exploração na idade adulta. Hazan e Shaver (1990) investigaram sobre o trabalho enquanto forma de exploração em adultos, debruçando-se sobre a relação entre a organização da vinculação e a atitude face ao trabalho. Encontram-se também estudos em população universitária, sobre a relação entre a organização da vinculação e a aptidão para exploração em atividades sociais e ambientais (Green & Campbell, 2000); e sobre a relação entre vinculação romântica e exploração de situações novas (Aspelmeier & Kerns, 2003). Existem ainda estudos com casais sobre a associação entre vinculação e motivação para a exploração do novo e desconhecido e percepção de suporte do companheiro nessa exploração (Martin, Paetzold & Rhodes, 2010). Feeney e Thrush, (2010) debruçaram-se sobre as influências relacionais na exploração em casais adultos, concretamente sobre a influência da presença ou ausência das características de base segura, no comportamento de exploração do adulto e ainda sobre o modo como a organização da vinculação afeta a capacidade de receber ou fornecer uma base segura ao outro.

#### **4.2 MODELOS INTERNOS DINÂMICOS**

*“No variables, it can be held, have more far-reaching effects on personality development than have a child’s experiences within his family; for, starting during the first months in his relation with his mother figure, and extending through the years of childhood and adolescence in his relations with both parents, he builds up working models of how attachment figures are likely to behave towards him in any of a variety of situations; and on those models are based all his expectations, and therefore all his plans, for the rest of his life” (Bowlby, 1973, vol II, p. 369).*

Durante o primeiro ano de vida e a partir do modo como as interações com a figura de vinculação se desenrolam, o indivíduo vai construindo o conhecimento e a expectativa, quer sobre o modo como essas figuras atuam e respondem às suas necessidades e pedidos de ajuda, quer sobre o *self*, em termos do seu valor e da sua capacidade de afetar os outros (Soares & Dias, 2007). Estas experiências precoces, constituídas a partir de interações repetidas com a figura de vinculação, e do modo como ela se apresenta em termos de acessibilidade e responsividade, originam modelos internos dinâmicos (MID). Os MID constituem-se assim como constructos sócio-cognitivos-emocionais que correspondem a representações generalizadas sobre o *self*, as figuras de vinculação e as relações. Eles organizam a experiência e orientam o comportamento, no contexto intra e interpessoal,

assumindo-se como grelhas de leitura e de interpretação de experiências futuras (Lima, 2009, Soares, 2009). São relativamente estáveis, operam frequentemente para além da consciência e orientam o comportamento nas relações com os pais, influenciando também as expectativas, estratégias e comportamento em relações posteriores (Crowell & Treboux, 1995). Os MID ajudam a prever futuras relações com os parceiros, sem terem de ser repensadas de cada vez que surge alguém de novo. Atendendo a que incluem memórias seletivas, guiam o comportamento, a cognição e as emoções e podem enviesar o modo como a pessoa interpreta e armazena informação sobre subseqüentes interações com figuras de vinculação, podendo o indivíduo ser tentado a assimilar cada nova pessoa com quem pode formar um novo laço, em um modelo preexistente, repetindo-o, mesmo que seja evidente que o modelo não é apropriado (Mikulincer & Shaver, 2007).

Os MID são difíceis de mudar, tendendo a operar automaticamente e são diferentes em cada pessoa, consequência da história de vinculação de cada um. Contudo, a forma como o sistema de vinculação opera, depende não apenas das representações de interações passadas com as figuras de vinculação, mas também da qualidade das relações de vinculação atuais (Mikulincer & Shaver, 2007).

### 4.3 COMO MEDIR A VINCULAÇÃO

Foi esta percepção do carácter representacional da organização da vinculação no adulto que permitiu, que a partir da década de 80, os investigadores desenvolvessem um conjunto de instrumentos de mediação da vinculação na adolescência e idade adulta. Enquanto na infância, a avaliação do organização da vinculação resultou de estudos observacionais (do comportamento) levados a cabo por Mary Ainsworth e colaboradores, a partir da interação entre mãe e bebé, através da situação experimental denominada *situação estranha*<sup>3</sup>, na idade adulta, todas as medidas de vinculação assentam na representação mental atual do

---

<sup>3</sup> Crianças com vinculação segura ficam ligeiramente perturbadas com a ausência da mãe, mas são facilmente confortadas por ela quando regressa, constituindo-se esta como uma base segura a partir da qual a criança explora o meio de modo independente (brincando, pegando nos objetos). Ao contrário, crianças com vinculação ansiosa ficam em *distress* quando a figura de vinculação se afasta, mas não conseguem ser confortadas por ela quando esta volta e não exploram o meio na sua ausência. Crianças com vinculação evitante, ignoram o afastamento e o regresso da figura de vinculação e a sua exploração é desprovida de interesse e de prazer (Green & Campbell, 2000).

indivíduo relativamente às suas relações de vinculação, não sendo portanto medidas comportamentais.

Podem distinguir-se duas principais linhas, em diferentes campos de investigação. Os estudos de Main e da sua equipa, dos quais resultou a construção da primeira medida de organização da vinculação na idade adulta, a entrevista *Adult Attachment Interview (AAI)* (George, Kaplan & Main, 1984), dirigida à avaliação da representação da vinculação e um conjunto de instrumento de auto relato que surgiram da psicologia social, tendo Hazan e Shaver (1987) sido os primeiros a construir um instrumento de auto relato que mede o estilo de vinculação no contexto de uma relação romântica, concebida enquanto processo de vinculação (Canavarro, Dias & Lima, 2006).

A *AAI* é uma entrevista semiestruturada sobre as relações de vinculação na infância e seus efeitos no desenvolvimento do indivíduo. Permite a classificação em *autónomo* (correspondendo ao *seguro* na infância), *desligado* (correspondendo ao *evitante* na infância) e *preocupado* (correspondendo ao *ansioso/ambivalente* na infância). As entrevistas podem ainda ser classificadas como *unresolved* nos casos de trauma ou perda. Posteriormente, a partir de investigações em população clínica foi acrescentada a classificação *cannot classify* identificando casos com níveis elevados de discurso preocupado e desligado ou globalmente incoerente. O sistema de codificação assenta no modo como a pessoa se expressa e não no conteúdo do que é dito. A organização *autónoma* é caracterizada pela coerência, colaboração com o processo de entrevista e um balanço equilibrado na descrição de episódios favoráveis e desfavoráveis. A *desligada* é marcada por contradições entre descrições genéricas positivas e ausência de episódios que as ilustrem, dificuldade em lembrar acontecimentos da infância e desvalorização do tema vinculação. A *preocupada* caracteriza-se por um discurso longo e desconexo, ou vago e infantil, confundindo por vezes pessoas ou expressando raiva, no momento presente em relação aos pais (Daniel, 2006).

Genericamente, a investigação aponta para que indivíduos com vinculação segura, constroem representações positivas de si e dos outros, experienciam o *self* como competente e merecedor de atenção e de apoio e o mundo como um lugar seguro, enquanto indivíduos com organizações inseguras da vinculação, constroem o mundo como imprevisível, o *self* como incompetente e não merecedor e os outros como não confiáveis (Soares, 2000; Lima 2009).

Bowlby defendia que o desenvolvimento dos MID não é linear e que as suas representações mentais na idade adulta, porque não são exclusivamente baseadas nas experiências precoces, podem ser atualizadas ao longo da vida e afetadas por vários fatores contextuais, como as relações atuais com os parceiros. Há evidência empírica que os MID podem ser alterados na idade adulta, para o que contribuem novas experiências relacionais

(Bartholomew & Shaver, 1998 cit in Canavarro et al., 2006) Já no que respeita à capacidade da relação terapêutica se constituir como curadora, possibilitando a passagem de um MID inseguro para um MID seguro, a evidência empírica é escassa, sendo necessária mais investigação (Mikulincer & Shaver, 2007).

#### **4.4 A RELAÇÃO TERAPÊUTICA COMO BASE SEGURA PARA A MUDANÇA**

Bowlby (1988) no seu livro *Secure Base* debruça-se sobre as implicações da teoria da vinculação para a prática clínica, destacando a importância da psicoterapia enquanto base segura para a mudança dos MID do cliente. Para o autor, o papel do terapeuta consiste em proporcionar ao cliente uma base segura para a exploração, de modo similar à figura cuidadora na infância, facilitando-lhe a coragem para se auto explorar. O processo de exploração é doloroso, porque implica recordar experiências distantes, enfrentar emoções fortes, identificar medos profundos e sistemas de defesa consolidados, donde resulta a importância de ser apoiado por um terapeuta responsivo, sensível, competente e cuidador (Mikulincer & Shaver, 2007).

Bowlby identificou cinco tarefas do terapeuta, passíveis de contribuir para este objetivo. A primeira prende-se em fornecer ao cliente uma base segura, a partir da qual ele possa explorar memórias e emoções dolorosas, crenças e comportamentos não adaptativos. Bowlby (1973) propunha um balanço entre os sistemas de vinculação-exploração, sendo que este segundo movimento apenas surge a partir da existência de uma base percebida como segura, que permite ao indivíduo desativar o comportamento de vinculação e ativar o comportamento de exploração. As restantes tarefas consistiam em explorar como o cliente se relaciona no presente com outros significativos; examinar a relação do cliente com o terapeuta e de que modo esta corresponde à projeção dos seus padrões de relacionamento; compreender como os MID têm a sua origem na infância e nas experiências precoces e de como estas moldaram a suas crenças e pensamentos atuais e por último, ajudar o cliente a reconhecer que não obstante o seu MID inseguro ter sido adaptativo, ele não é atualmente funcional e pode ser revisto (Mikulincer & Shaver, 2007).

Depois de Bowlby, diversos outros autores têm assinalado o potencial de segurança da relação terapêutica. Segundo Holmes (2011), esta relação pode ser lida como a ligação entre uma pessoa em *distress*, procurando uma base segura e um cuidador capaz de lhe oferecer segurança para uma exploração acompanhada. Diversos outros autores têm realçado que a relação entre cliente e terapeuta tem elementos para funcionar como base segura: a disponibilidade emocional do terapeuta, a sua presença reconfortante e a capacidade de regulação do afeto (Mallinckrodt et al., 1995); a aceitação incondicional, a empatia, o conforto e segurança que proporciona (Mikulincer & Shaver, 2007); o laço

emocional, a proximidade íntima, a disponibilidade, a responsividade e consistência do terapeuta (Holmes, 2011). Também Bachelor (1995), ao estudar a percepção do cliente sobre a AT, em diferentes tipos de terapias, concluiu que alguns aspectos foram apontados por quase todas os intervenientes do estudo: o respeito, o não julgamento, a escuta atenta, a empatia e a confiança. Em 2010, Levitt e Williams, entrevistaram 14 terapeutas de várias escolas solicitando-lhes que descreverem o processo pelo qual eles facilitavam a mudança em psicoterapia. De novo, a segurança no seio da relação terapêutica foi claramente identificada como um elemento central na criação de mudança. A investigação sobre a relação entre o sistema de vinculação e de exploração na idade adulta é muito reduzida e praticamente inexistente em processo psicoterapêutico, existindo evidência empírica, mas escassa, de que o cliente tende a usar o terapeuta como uma base segura (Parish & Eagle, 2003).

Mallinckrodt, e colaboradores (1995), num estudo em que pretendiam validar empiricamente um instrumento criado por si com o objetivo de medir a relação do cliente com o terapeuta segundo a perspectiva da teoria da vinculação (*CATS-Client Attachment to Therapist Scale*), concluem que os clientes com vinculação segura ao terapeuta, o percebem como emocionalmente responsivo e capaz de funcionar como uma base segura para a exploração das suas experiências emocionais. Este estudo é identificado pelos próprios autores como o primeiro que diretamente testa como o constructo de base segura se aplica à psicoterapia.

Posteriormente, Parish e Eagle (2003) analisaram como os terapeutas funcionam como figuras de vinculação. Os resultados permitiram concluir que a maioria percecionava o seu terapeuta como base segura e que esta segurança no terapeuta estava positivamente associada à duração e qualidade da relação com o terapeuta. Então, a AT não dependeria apenas da organização da vinculação, mas também da aptidão ou capacidade do terapeuta para fornecer segurança ao seu cliente e suavizar as suas defesas.

Zuroff e Blatt (2006) analisaram o impacto da percepção de 162 clientes sobre a qualidade da relação com o terapeuta no que respeita a empatia, aceitação incondicional e congruência, no resultado da intervenção na depressão e verificaram que elevadas pontuações naqueles aspectos foram preditores do alívio dos sintomas depressivos e da manutenção dos resultados terapêuticos num período de *follow up* de 18 meses. Os autores concluem assim que “a experiência de uma relação terapêutica positiva tem um efeito transformador na representação do *self* do cliente e dos outros” (p.138).

Encontram-se ainda alguns estudos, embora escassos, sobre a relação entre a vinculação do cliente ao terapeuta e a capacidade de exploração nas sessões terapêuticas (e.g Mallinckrodt, Porter & Kivlighan 2005, Romano, Fitzpatrick & Janzen, 2008). Em ambos os

estudos se concluiu, que a segurança da vinculação ao terapeuta estava positivamente associada a mais exploração nas sessões terapêuticas e a percepção de mais profundidade das mesmas, o que é consistente com a teoria de Bowlby de que o cliente pode usar a vinculação ao terapeuta como uma base segura para a exploração psicológica. No estudo de Mallinckrodt e colaboradores (2005) foi ainda possível concluir que a organização insegura da vinculação do cliente, estava associada a uma vinculação menos forte ao terapeuta. Contudo, na investigação de Romano, e colaboradores (2008) não se verifica associação significativa entre organização de vinculação segura do cliente e vinculação segura do cliente com o terapeuta.

Lingiardi, Colli e Tanzilli (2011) investigaram, em 60 díades, a relação entre a profundidade das sessões terapêuticas, a AT e algumas dimensões do processo terapêutico, designadamente o tipo de intervenção do terapeuta e concluíram existir uma correlação positiva e significativa entre a profundidade das sessões e a AT e entre a profundidade das sessões e ações do terapeuta centradas no aqui e no agora da AT e no apoio e facilitação da expressão de afeto por parte do cliente.

## **5. A INVESTIGAÇÃO SOBRE A ORGANIZAÇÃO DA VINCULAÇÃO DO CLIENTE, ALIANÇA TERAPÊUTICA E MUDANÇA**

De acordo com a teoria da vinculação, as relações precoces com os primeiros cuidadores influenciam a percepção dos indivíduos sobre o seu valor e competência e sobre a confiabilidade nos outros (Johnson, Ketring, Rohacs & Brewer, 2006). A capacidade de confiar é importante na decisão de procura de ajuda psicoterapêutica e é expectável que varie consoante a organização de vinculação (Riggs, Jacobvitz & Hazen, 2002). Pessoas com padrão de vinculação segura tendem a ter mais facilidade de se envolverem em relacionamentos íntimos, do que indivíduos com padrão de vinculação ansiosa ou medrosa (Johnson et al., 2006). Por isso é expectável que possuam capacidade de ativar o sistema de vinculação em caso de *distress* e de procurarem ajuda junto de um terapeuta e de mais facilmente formarem com ele um laço emocional e acordarem sobre os objetivos e as tarefas terapêuticas. Os indivíduos que têm organização insegura da vinculação, terão uma representação do *self*, dos outros e das relações mais negativa e maior dificuldade em estabelecer um laço emocional com o terapeuta e em chegar a acordo sobre os objetivos e tarefas do processo terapêutico (Diener & Monroe, 2011), existindo investigação que salienta a dificuldade de indivíduos com organização de vinculação desligada iniciarem terapia (e.g. Riggs et al., 2002).

É assim expectável que a organização de vinculação do cliente tenha impacto no estabelecimento e desenvolvimento da AT e influencie o resultado terapêutico, havendo alguma evidência empírica nesse sentido (Eames & Roth, 2000; Johnson et al., 2006).

### **5.1 ORGANIZAÇÃO DA VINCULAÇÃO E MUDANÇA**

Alguns estudos exploram a relação entre organização da vinculação e mudança terapêutica. Fonagy, Steele, Leigh, Mattoon e Gerber (1996) concluíram que indivíduos com organização de vinculação desligado, têm mais probabilidade de melhoraram com psicoterapia. Dozier e colaboradores (1991) porém, encontraram associação entre organização de vinculação segura e maior adesão à terapia. No mesmo sentido, Korfmacher, Adam, Ogawa e Egeland (1997), num estudo com mulheres, concluíram que as que tinham organização da vinculação insegura, estavam menos envolvidas na intervenção terapêutica e acatavam menos sugestões terapêuticas, do que as de organização de vinculação segura, sendo que as avaliadas como *unresolved* sentiam-se desorientadas durante a intervenção e as de organização de vinculação desligada estavam emocionalmente pouco envolvidas (cit in Mullinker & Shaver, 2007). Também Reis e Grenyer (2004) concluíram que em clientes diagnosticados com depressão, a organização de vinculação ansiosa e evitante era preditor de mais sintomas depressivos depois de 6 e 16 meses de terapia, comparando com o início da intervenção (cit in Mullinker & Shaver, 2007). Na investigação de Tasca e colaboradores (2006) sobre o impacto da organização da vinculação no resultado terapêutico, em mulheres com comportamento de ingestão alimentar compulsiva, as conclusões apontaram para uma associação moderada entre organização da vinculação segura e mudança. As clientes foram submetidas a terapia de grupo cognitiva-comportamental e psicodinâmica interpessoal tendo tido as duas intervenções igualmente sucesso. Contudo, a organização de vinculação teve diferente impacto no resultado individual, consoante o tipo de intervenção. A vinculação preocupada estava associada a melhoria dos sintomas nas mulheres que receberam a intervenção psicodinâmica interpessoal, enquanto que baixos scores na vinculação preocupada estavam associados a melhoria de sintomas nas que receberam terapia cognitiva-comportamental.

### **5.2 ORGANIZAÇÃO DA VINCULAÇÃO E ALIANÇA TERAPÊUTICA**

A literatura aponta no sentido de que clientes seguros encontram mais facilidade em estabelecer relação com os terapeutas, enquanto clientes com organização preocupada da

vinculação, desejam fundir-se com o terapeuta, podendo concordar prontamente com os objetivos e as tarefas propostas, mas tendo depois dificuldade, em formar uma AT estável. Já nos clientes com organização desligada, o seu desejo de singularidade pode dificultar a aceitação das sugestões do terapeuta relativamente a tarefas e objetivos (Mikulincer & Shaver, 2007). A investigação corrobora a existência de relação entre a organização da vinculação do cliente e a formação da AT. Alguns estudos apontam para a associação positiva entre vinculação segura e facilidade em estabelecer a AT (e.g. Johnson et al., 2006; Parish & Eagle, 2003), outros concluem pela associação entre vinculação evitante e medrosa e menores *ratings* na avaliação da AT (e.g. Parish & Eagle, 2003). Numa meta análise de Diener e Monroe (2011) sobre a relação entre organização da vinculação do cliente e AT em psicoterapia individual, que incluiu 17 estudos, num total de 886 pessoas, os resultados apontam, de novo, para uma associação positiva entre vinculação segura e AT mais fortes e entre vinculação insegura e AT mais fracas, embora com um *effect size* pequeno a médio (.17).

Contudo, o estabelecimento de associação entre organização de vinculação segura e facilidade em estabelecer a AT é pouco informativo sobre como e porquê clientes inseguros falham em criar essa aliança. Por isso, estudos que analisem a flutuação da AT, ao longo do processo terapêutico, podem trazer um conhecimento mais detalhado entre o tipo de insegurança e o curso da terapia (Slade, 2008). O tempo parece ser um fator importante no desenvolvimento da AT, pelo que alguns estudos têm procurado perceber o seu impacto na mesma, mas sem unanimidade de resultados. O estudo de Eames e Roth (2000), confirma a associação do padrão de vinculação *medrosa* com baixos *ratings* de AT e vinculação segura com *ratings* mais elevados de AT. Relativamente aos padrões *ansioso* e *evitante*, eles mostraram-se associados a melhoria nos *ratings* da AT ao longo do tempo e o padrão *medroso* a piores *ratings* com o decorrer do tempo. Em sentido semelhante, o estudo de Kannien, Salo e Punamaki, 2000, tendo medido a AT e a organização da vinculação no início, meio e final da terapia, concluíram que clientes com organização segura da vinculação formavam alianças sólidas, clientes com organização preocupada estabeleciam alianças pobres, mas melhoravam ao longo da terapia, enquanto que nos indivíduos com organização de vinculação desligada, a aliança se deteriorava ao longo das sessões (cit in Mikulincer & Shaver, 2007).

Relativamente poucos estudos versam sobre a relação entre as três variáveis: organização da vinculação do cliente, AT e mudança em psicoterapia. Johnson e colaboradores (2006) investigaram se a organização da vinculação moderava a formação da aliança e o resultado terapêutico, em terapia familiar. As conclusões indicam existir uma correlação positiva entre a vinculação das mães aos seus filhos mais velhos e o relato de uma AT mais forte, mas

não se encontrou correlação com significância nos pais e nos filhos adolescentes. Byrd, Patterson e Turchik (2010), estudaram o impacto de três dimensões da vinculação: *conforto com a proximidade*, *conforto com a dependência dos outros* e *rejeição/ansiedade*, na aliança e no resultado terapêuticos e de que modo a AT funcionava como mediador da relação entre a organização da vinculação e o resultado. Os resultados apontaram para que as dimensões, *conforto com a proximidade* e *conforto com a dependência dos outros* estavam significativamente correlacionados com a AT e com o resultado. A aliança era um mediador parcial do efeito da dimensão *conforto com a proximidade*, no resultado, sendo que o conforto com a proximidade, promove um resultado positivo porque influencia a AT e a qualidade desta depende muito da capacidade do cliente tolerar a proximidade com o terapeuta e confiar nele. Mas a dimensão *rejeição/ansiedade* não teve influência, nem na AT, nem no resultado, possivelmente porque a maioria dos terapeutas fornecem aceitação incondicional aos clientes, aliviando medos de rejeição que surgem nas relações sociais e assim reduzindo o impacto desta dimensão da vinculação na AT e no resultado. Num outro estudo, Sauer, Anderson, Gormley, Richmond e Preacco (2010), procuraram examinar a associação entre o padrão de vinculação do cliente, a AT e o progresso da terapia, numa população de 95 clientes de duas clínicas universitárias. Os resultados indicaram que AT fortes e vinculação segura ao terapeuta, estavam significativamente associadas com reduções do *distress* dos clientes ao longo do tempo. Por outro lado, elevados níveis de vinculação ansiosa estavam significativamente associadas com mais *distress* no início da intervenção, mas não eram preditor de mudanças no resultado ao longo do tempo, enquanto vinculação evitante não se mostrou associada a níveis de *distress* inicial nem a mudança de *distress* ao longo da terapia. O estudo permitiu ainda concluir que a vinculação segura ao terapeuta era mais preditor do resultado da intervenção, do que a organização da vinculação do cliente.

\*\*\*\*

A leitura compreensiva da revisão bibliográfica permite concluir que existe evidência empírica sobre a relação entre a AT e a organização da vinculação do cliente e os obstáculos que esta pode trazer ao processo de estabelecimento daquela, podendo afetar a forma como o cliente pede ajuda em terapia (Daniel, 2006) e o resultado terapêutico. Porém, a maior parte dos estudos encontrados são de natureza correlacional e por isso insuficientes para compreender o seu papel no processo de mudança psicoterapêutica. Por outro lado, são pouco abundantes os estudos que incidem sobre a relação entre as três variáveis que

se pretende estudar (organização da vinculação do cliente, AT e mudança em psicoterapia), com a agravante de usarem diferentes instrumentos de medição, quer da AT, quer da vinculação, o que dificulta a comparação entre eles.

Tal como Slade (2008), entende-se que a teoria da vinculação se constitui como um enquadramento amplo e rico sobre o funcionamento humano que pode mudar o modo de compreender a relação terapêutica. Ela tem a vantagem de enfatizar a intensidade emocional e a importância da relação entre cliente e terapeuta, o que pode contribuir para a eficácia da intervenção (Parish & Eagle, 2003). Porém, a investigação em psicoterapia pela perspectiva da vinculação encontra-se em desenvolvimento e o trabalho empírico nesta área tem-se centrado em estudos quantitativos (Sauer et al., 2003; Slade, 2008), sendo relativamente nova, designadamente no que respeita ao processo terapêutico de mudança (Mikulincer & Shaver, 2007) e sendo praticamente inexistentes estudos sobre o sistema de exploração em psicoterapia.

Recentemente, diversos investigadores têm chamado a atenção para a necessidade de intensificar a investigação centrada no *processo* terapêutico e na sua ligação com o resultado terapêutico, de modo a perceber-se aquilo que acontece nas sessões psicoterapêuticas que proporciona aos clientes melhorarem o seu funcionamento (e.g Crits-Christoph et al., 2013).

É neste enquadramento que o presente estudo exploratório, se propõe incidir sobre o processo terapêutico, analisando cuidadosamente e com rigor, o que se passa nas várias sessões terapêuticas e procurando compreender a experiência interna do cliente (Greenberg, 1999).

## CAPÍTULO II

### METODOLOGIA

O principal objetivo desta investigação centra-se no estudo do processo de mudança em psicoterapia, sendo que a investigação de natureza indutiva e as metodologias qualitativas (não obstante se recorrer neste trabalho também a instrumentos de natureza quantitativa), se constituem como adequadas ao estudo de fenómenos multicausais e de grande complexidade, como o que aqui se procura investigar (Denzin & Lincoln, 1994; Stake, 1994). O seu foco multimétodo e o privilégio que conferem ao *setting* natural e ao significado que os fenómenos têm para quem os experiencia, adequam-se ao estudo do fenómeno objeto do presente trabalho (Denzin & Lincoln, 1994) e são as mais adequadas para dar resposta àqueles que são os nossos objetivos específicos:

1. Compreender de que modo a organização de vinculação do cliente está relacionada com o processo de mudança terapêutica.
2. Compreender de que modo a organização de vinculação do cliente está relacionada com a formação e manutenção da aliança terapêutica.
3. Compreender de que modo é que a aliança terapêutica se pode constituir como uma base segura capaz de influenciar o processo de mudança terapêutica.

Estes objetivos podem ser concretizados nas seguintes questões de investigação:

1. De que modo é que a organização de vinculação do cliente está relacionada com o processo de mudança psicoterapêutica?
2. De que modo é que a organização de vinculação do cliente está relacionada com a formação e manutenção da aliança terapêutica?
3. De que modo a representação da relação terapêutica está relacionada com o processo de mudança psicoterapêutica?

Grande parte dos estudos que se debruçam sobre mudança em psicoterapia, apresentam como desvantagem assentarem apenas em instrumentos de auto relato e produzirem conclusões somente em termos de associação entre as variáveis equacionadas, não compreendendo nem acrescentando conhecimento sobre o processo de mudança terapêutica em si mesmo (e.g. Mallinckrodt et al., 1995; Sauer et al., 2003; Arnow et al, 2013). Assim, a literatura tem evidenciado, a necessidade de refinar a investigação sobre o processo terapêutico (Horvath, 2006; Slade, 2008) e de a dirigir para uma análise de nível

micro (Holmes, 2011). Daqui decorre a opção pela metodologia de estudo de caso, adequada a uma exploração aprofundada e naturalística do objeto de estudo. O objetivo é otimizar a compreensão do caso e da sua complexidade (Stake, 1994). Os estudos de caso têm sido identificados por vários autores como as metodologias mais relevantes em investigação de processo terapêutico (Karzim, 1981, Molenaar & Valsiner, 2005 cit in Santos et al., 2011), tendo sido utilizados com sucesso no estudo da mudança psicoterapêutica (e.g. Nicolo, Dimaggio, Procacci, Semerari, Carcione & Pedone, 2008; Coutinho, 2010; Ribeiro et al., 2011).

Na presente investigação, procurou-se, através da diversidade de métodos de recolha de informação e da análise da totalidade das sessões terapêuticas, assegurar a profundidade do caso (Hamel, Dufour & Fortin, 1993). Trata-se de um estudo exploratório, tendo a sua arquitetura e implementação sido exigentes.

## **1. PARTICIPANTES**

Tratou-se de um estudo de caso instrumental. A participante deste estudo foi uma mulher de 39 anos, solteira, licenciada, que iniciou um processo psicoterapêutico num Centro de Saúde do centro do país e que se disponibilizou a participar nesta investigação. Não se havia estabelecido qualquer critério de exclusão, nem ao nível da problemática, nem ao nível do modelo psicoterapêutico a utilizar. Tratou-se portanto de um procedimento de amostragem não probabilístico, optando-se por uma amostra de conveniência, tendo sido selecionando o caso que, cumprindo os critérios de seleção, anuiu em participar.

A participante surge na consulta indicando como pedido para a mesma, a existência de pensamentos suicidas e a sua dificuldade em fazer o luto da sua última relação amorosa, bem como os seus padrões relacionais e *baixa autoestima*. A participante terminou um relacionamento amoroso recentemente, precedido de outra rutura por morte da anterior companheira, tendo recorrido nessa altura a apoio psicoterapêutico, intervenção que terminou há cerca de um ano. Encontra-se atualmente a tomar medicação antidepressiva.

## **2. INSTRUMENTOS**

Em torno da variável vinculação da participante, utilizou-se uma entrevista de vinculação; em torno da variável aliança terapêutica, administrou-se um instrumento de natureza quantitativa à participante e analisou-se o conteúdo de todas as sessões terapêuticas e em torno da variável mudança terapêutica, utilizou-se uma entrevista construída para o efeito e um instrumento quantitativo de sintomatologia psicopatológica e analisou-se o conteúdo de todas as sessões terapêuticas.

**AAI, Adult Attachment Interview** (George, Kaplan & Main, 1985, cit in Main, 1996).

Trata-se de uma entrevista semiestruturada, autobiográfica, de tipo clínico, com 20 questões que avalia a representação da vinculação no adulto e permite identificar a organização de vinculação em: seguro /autônomo; inseguro preocupado e inseguro/desligado. Esta entrevista versa sobre as relações com os pais ou outras pessoas importantes para o entrevistado na infância, sobre as suas experiências como filho (a) e sobre a influência destas relações precoces no seu crescimento e desenvolvimento da sua personalidade, sendo-lhe pedido que descreva as suas relações de infância com os pais, ilustrando-as através de adjetivos e elencando episódios concretos, bem como relembre memórias de situações de separação ou *distress*. Ao apelar para memórias passadas e para a reflexão sobre as relações de vinculação precoce, a *AAI* conduz à ativação do sistema de vinculação do sujeito, permitindo avaliar a segurança do *self* em relação à vinculação na sua generalidade (Soares & Dias, 2007). Utilizou-se a versão portuguesa desenvolvida por Soares e colaboradores (1996 cit in Lima, 2009).

**WAI, Working Alliance Inventory**, (Horvath & Greenberg,1989) – Inventário de Aliança Terapêutica.

Trata-se de um inventário de autorrelato com 36 itens, destinado a avaliar a qualidade da relação terapêutica. O instrumento tem 3 subescalas, uma relativa ao acordo sobre as tarefas terapêuticas, uma relativa ao acordo sobre os objetivos terapêuticos e outra relativa ao desenvolvimento da relação terapêutica, cada uma com 12 *ítems*, numa escala de tipo *Likert* de 7 pontos (de 1- nunca, até 7-sempre). Este instrumento está validado para a população portuguesa por Machado e Horvath, (1999), tendo apresentado índices adequados de fiabilidade, com *alpha* de Cronbach de 0,95 para a escala total, 0,93 para a subescala tarefa, 0,87 para a subescala relação e 0,8 para a subescala objetivos. Utilizou-se a versão para o cliente (WAIc).

**BSI, Brief Symptom Inventory** (L. Derogais, 1982) - Inventário de Sintomas Psicopatológicos.

O BSI é um instrumento de avaliação de sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões de sintomatologia (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo) e três índices globais, que são avaliações sumárias de perturbação emocional. Trata-se de um inventário de autorrelato, com 53 *ítems*, numa escala de tipo *Likert* de 5 pontos (de “nunca”, até “muitíssimas vezes”), devendo a resposta a cada *ítem* ser dada considerando como aquele problema afetou a pessoa nos últimos 7 dias.

Encontra-se validado para a população Portuguesa por Canavarro (1999), tendo apresentado validade de constructo e boa estabilidade temporal.

### **Entrevista de Exploração e Mudança** (Dias, P., Lima V. S. & Moura, A., 2013)

Trata-se de uma entrevista semiestruturada, especificamente criada para este estudo que numa primeira parte incide sobre o sistema de exploração do cliente, assumindo-se, do ponto de vista conceptual que este sistema é um contraponto do sistema de vinculação, sendo questionadas as mudanças ocorridas nas dimensões: trabalho, lazer, relações interpessoais e perceção de si, por se assumir que estas dimensões espelham o MID do cliente. Numa segunda parte, esta entrevista pretende compreender a experiência do processo de mudança terapêutica, vivida pelo cliente.

## **3. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS**

Os dados foram recolhidos num Centro de saúde do centro do país, entre outubro de 2013 e março de 2014. Foram audiogravadas e transcritas a totalidade do conteúdo das sessões terapêuticas (à exceção da primeira, por falta de consentimento da participante), com o objetivo de analisar aquilo que se passa nas sessões e as mudanças que aí ocorrem. Este procedimento é identificado na literatura como adequado para a compreensão da mudança (Muran et al., 1995; Greenberg, 1999). No início da terapia foi solicitada a assinatura da declaração de consentimento informado e garantida à participante a confidencialidade dos dados recolhidos.

Após a primeira sessão, foi realizada a entrevista de organização da vinculação (*AAI Adult Attachment Interview*) e administrado o *BSI*. No final das sessões 4 e 8 foi administrado o *WAI, Working Alliance Inventory*, versão C, à cliente. Segundo alguns autores (Horvath, 2006; Slade, 2008), estudos que analisem a AT ao nível micro e a sua flutuação ao longo do processo, podem também trazer um conhecimento mais detalhado entre o tipo de vinculação e o curso da terapia. No final da sessão 8 (por ter sido esta a última até ao momento estabelecido para terminar a recolha de dados), foi realizada à participante, a Entrevista de Exploração e Mudança e administrado o *BSI*.

## **4. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DE DADOS**

A *AAI* foi transcrita e cotada pelo método *Attachment Q-Sort* (Kobak, 1993 cit in Lima, 2009), através de dois juízes independentes. O *WAI* foi cotado atendendo ao seu *score* total e aos

scores das três subescalas que o compõem. O *BSI* foi cotado em função do seu *score* total e dos 3 índices: IGS- Índice Geral de Sintomas, TSP- Total de Sintomas Positivos e ISP – Índice Sintomas Positivos. A Entrevista de Exploração e Mudança e as sessões terapêuticas foram transcritas na íntegra e objeto de escrutínio em pormenor, procedendo-se à análise do seu conteúdo, descrevendo o que responde às questões de investigação específicas deste projeto. Para tal foi utilizado o *software* NVIVO, Versão 9.0., tendo-se procedido à definição da unidade de registo, determinada por uma porção de texto que encerrasse uma ideia completa, acautelando a fragmentação de significando. A criação de categorias a partir das sessões e da Entrevista de Exploração e Mudança decorreu das dimensões avaliadas pela entrevista e pelas questões de investigação desta investigação, deixando-se espaço à criação de novas categorias, indutivamente. Seguimos Elliot e Wexler (1994) quando defendem que “a sessão fornece uma unidade de nível médio adequado para avaliar o impacto da terapia” (p. 166), sendo que para a compreensão da mudança e de como ela ocorre, é necessário estudar o processo terapêutico, analisando cuidadosamente e com rigor, o que se passa nas várias sessões terapêuticas (Greenberg, 1999).

## CAPÍTULO III

### APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Com base nos procedimentos descritos, apresentam-se os resultados, de acordo com os instrumentos utilizados e os objetivos e questões formuladas.

#### 1. *AAI, ADULT ATTACHMENT INTERVIEW*

A cotação da *AAI* permite classificar a participante enquanto *Preocupada*, tendo sido obtido acordo entre os dois juízes (*spearman-brown* = .748).

#### 2. *BSI, BRIEF SYMPTOM INVENTORY*

De seguida apresenta-se a tabela referente aos resultados obtidos pela participante nas nove dimensões de sintomatologia avaliadas pelo *BSI*

**Tabela 1.** *BSI, Brief Symptom Inventory, comparação entre início do processo e 8.ª sessão*

	Média início do processo	Média 8.ª Sessão	Média população geral	DP população geral
Somatização	0,714	0,57	0,573	0,916
Obsessões-Compulsões	1	1,33	1,290	0,878
Sensibilidade Interpessoal	0,5	1,25	0,958	0,727
Depressão	1,666	1	0,893	0,722
Ansiedade	1,5	1,33	0,942	0,766
Hostilidade	1	1,40	0,894	0,784
Ansiedade Fóbica	0,4	0,2	0,418	0,663
Ideação Paranóide	2,4	1,60	1,063	0,789
Psicoticismo	0,4	0,2	0,668	0,614

Entre o início do processo terapêutico e a 8.ª sessão, verificou-se alteração em todas as dimensões avaliadas pelo *BSI*. As dimensões que aumentaram de pontuação foram: **Sensibilidade Interpessoal, Obsessões-Compulsões e Hostilidade**. Estas dimensões encontravam-se dentro do intervalo normativo para a população de referência da participante e embora tendo aumentado, mantêm-se dentro deste intervalo na sessão 8, permitindo-nos concluir que estas alterações não representam alteração clinicamente significativa na sintomatologia da participante.

Todas as restantes dimensões diminuíram de resultado entre o momento do início do processo e a sessão 8. As dimensões **Somatização, Ansiedade, Ansiedade Fóbica e Psicoticismo** encontravam-se dentro do intervalo normativo para a população de referência

da participante e embora tendo diminuído, mantêm-se dentro deste intervalo na sessão 8. Nenhuma destas alterações representou mudança clinicamente significativa na constelação de sintomas da participante.

Apenas as dimensões **Depressão** e **Ideação Paranóide** sofreram diminuição maior. Ambas se encontravam, no início do processo, mais do que um desvio padrão acima da média da população de referência da participante, tendo diminuído e encontrando-se na sessão 8 ainda acima da média, mas já dentro do intervalo normativo para aquela população.

De seguida apresenta-se a tabela referente aos resultados obtidos pela participante nos três índices globais do *BSI*

**Tabela 2.** Avaliação sumária de perturbações emocionais, comparação entre início do processo e 8.<sup>a</sup> sessão

	Resultado início do processo	Resultado 8. <sup>a</sup> sessão	Média da população geral	DP da população geral
IGS	1,08	0,91	0,835	0,480
TSP	35	33	26,993	11,724
ISP	1,63	1,45	1,561	0,385

*Nota.* IGS = Índice Geral de Sintomas; TSP = Total de Sintomas Positivos; ISP = Índice de Sintomas Positivos

No que respeita ao Índice Geral de Sintomas (**IGS**), Índice Total de Sintomas Positivos (**TSP**) e Índice de Sintomas Positivos (**ISP**) da participante, todos diminuíram do início do processo para a sessão 8. Estes três índices encontravam-se dentro do intervalo normativo para a população de referência da participante e embora tendo diminuído, mantêm-se dentro deste intervalo na sessão 8.

Estes resultados permitem concluir que embora a constelação de sintomas da participante não tenha diminuído consideravelmente (**TSP** de 35 para 33), a intensidade dos mesmos é menor, tendo a participante obtido valores inferiores no **ISP** (de 1,63 para 1,45), o que a afasta da população perturbada emocionalmente.

### 3. **WAI, WORKING ALLIANCE INVENTORY**

De seguida apresenta-se a tabela referente aos resultados obtidos pela participante no *WAI*

**Tabela 3.** *WAI, Working Alliance Inventory, comparação entre 4.<sup>a</sup> e 8.<sup>a</sup> sessão*

	Média (4. <sup>a</sup> Sessão)	Média (8. <sup>a</sup> Sessão)
Relação	4,33	3,92
Objetivos	4,41	3,75
Tarefas	4,16	3,66

Verifica-se que a participante estabeleceu AT com scores médios, sendo que ao longo do processo terapêutico, quer o score total deste instrumento, quer os scores das três subescalas que o compõem diminuíram ligeiramente: cerca de 10% (subescala relação), 12% (subescala tarefas) e 15% (subescala objetivos).

#### 4. SESSÕES TERAPÊUTICAS E ENTREVISTA DE EXPLORAÇÃO E MUDANÇA

Para a compreensão do processo psicoterapêutico de mudança, bem como da representação da relação terapêutica, foi analisada a totalidade do conteúdo das sessões terapêuticas, bem como da Entrevista de Exploração e Mudança realizada à participante.

Esta secção está organizada em três momentos: num primeiro momento é descrito o sistema de categorias criado, com inclusão de excertos do material codificado; num segundo momento, analisa-se a evolução do discurso da participante ao longo do processo psicoterapêutico e na Entrevista de Exploração e Mudança, no que respeita às categorias criadas e finalmente, num terceiro momento, considera-se o modo como as categorias relativas ao MID da participante: **“Perceção de si”**, **“Relações interpessoais”**, **“Relação com o trabalho”** e **“Relação com o lazer”**, bem como as subcategorias relativas à **“Relação terapêutica”**, se relacionam com as subcategorias relativas à avaliação da mudança: **“Reflexão”**, **“Permanência”** e **“Mudança”**.

**No primeiro momento** e no que respeita ao processo psicoterapêutico de mudança, foram criadas categorias *a priori*, segundo a matriz da teoria da vinculação, com o objetivo de compreender a mudança da participante nos principais aspetos relacionados com o seu modelo interno dinâmico<sup>4</sup>: a perceção de si, das relações interpessoais e da sua relação com o mundo (ao nível laboral e do lazer). Assim foram criadas as categorias **“Perceção de si”**, **“Relações interpessoais”**, **“Relação com o trabalho”** e **“Relação com o lazer”**. Na categoria **“Perceção de si”**, codificaram-se todas as unidades de registo relativas à visão que a participante tem sobre si mesma e sobre a sua história pessoal e desenvolvimento individual. Codificaram-se ainda todas as unidades de registo relativas a características que identifica em si e aspetos que destaca do seu funcionamento (e.g. *“Eu sou muito sonhadora”*; *“Eu acho que tudo o que eu sou hoje é muito definido pelo que me aconteceu anteriormente”*). Na categoria **“Relações interpessoais”**, codificaram-se todas as unidades

---

<sup>4</sup> Mais detalhe sobre este constructo no Capítulo I, pontos 4.1 e 4.2.

de registo relativas às relações que a participante mantém com os outros, independentemente do tipo de relação (e.g. familiares, amigos, colegas de trabalho, desconhecidos). Inclui o modo como se relaciona com os outros e as características da relação. São aqui codificadas também as unidades de registo relativas ao valor que a participante atribui às relações e o impacto que têm na sua experiência de vida (e.g. *“Depois dou-me, sou generosa com os outros e depois...”*; *“Porque estou só. Fui traída várias vezes... as pessoas chegarem à minha beira ...com segundos interesses e eu não me aperceber...”*). Na categoria **“Relação com o trabalho”**, codificaram-se todas as unidades de registo relativas ao trabalho da participante. Inclui referências ao tempo dedicado ao trabalho, gosto, dedicação ou empenho pelo mesmo, como também referências sobre a dificuldade da sua execução e sobre as características da atividade profissional da participante (e.g. *“Eu tenho passado doze horas na escola, não tem sido fácil”*). E por fim, na categoria **“Relação com o lazer”** codificaram-se todas as unidades de registo relativas a atividades de lazer que a participante gosta ou pratica, tidas como movimentos de exploração (e.g. *“E saí à noite na sexta-feira, fui beber uns copos”*; *“Fui ao futebol sozinha!”*).

Posteriormente, foi criada a categoria **“Avaliação da mudança”**, destinada a codificar todas as referências e reflexões da participante relativas ao seu processo de mudança, com o objetivo de perceber se ocorreu mudança ao longo do processo psicoterapêutico ou se a participante manteve o seu padrão de funcionamento e/ou pensamento. A partir desta categoria, foram criadas indutivamente três subcategorias: **“Mudança”**, **“Permanência”** e **“Reflexão”**. Na Subcategoria **“Mudança”** codificaram-se todas as unidades de registo relativas a mudanças efetivas da participante, quer sejam ações, pensamentos ou emoções relativos a mudança nas categorias: percepção de si, relações interpessoais, relação com o trabalho e relação com o lazer. Codificaram-se também nesta subcategoria todas as unidades de registo em que se denota que a participante compreendeu algo relevante que se constitua como potenciador de mudança (e.g. *“Passei a fazer atividade física”*; *“O que eu percebi foi: ok eu fui capaz de perceber. Mas eu deprimia sempre, a forma como lidava com essa perda é que não era a mais adequada”*).

Na subcategoria **Reflexão** codificaram-se todas as unidades de registo relativas a reflexões sobre o processo de mudança, em que é que ele se traduz, o percurso ou ação que a participante antecipa para tanto, ou que sente que já fez no sentido da mesma, as dificuldades que sente, o que percebe que consegue ou não fazer. Codificaram-se também unidades de registo relativas ao seu desconforto com a situação atual, bem como reflexões sobre o padrão de funcionamento da participante e sobre a influência da sua história desenvolvimental no mesmo (e.g. *“Porque é que eu demoro tanto tempo a mudar?”*

*Porque é que ainda continuo a cometer alguns erros, sabendo que são erros...”; “Eu deixei que ela me maltratasse. Porquê?”).*

Na subcategoria **Permanência** codificaram-se todas as unidades de registo relativas à dificuldade da participante em mudar, percebida ou não por ela, e unidades de registo que refletem uma repetição do seu padrão de funcionamento ou pensamento (e.g. *“Ahh, eu atarefada de trabalho até à ponta dos cabelos, vem um colega meu e pede-me mais não sei quê e eu faço...”*; *“Continuo a ter insónias, insónias é sempre, insónias sempre, todos os dias”*).

No que respeita à **relação terapêutica**, procurou-se todas as referências relativas ao modo como a cliente percebe a relação terapêutica, como a avalia, que características lhe atribui e à terapeuta, tendo sido criada a categoria: **“Perceção da relação terapêutica”**. A partir desta categoria, foram criadas indutivamente sete subcategorias: **“Avaliação global da relação terapêutica”**; **“Relação terapêutica incisiva”**; **“Relação terapêutica provocadora”**; **“Relação terapêutica pouco intimista”**; **“Relação terapêutica desconforto”**; **“Relação terapêutica irónica”** e **“Tarefas”**. Na Subcategoria **“Avaliação global da relação terapêutica”** codificaram-se todas as unidades de registo genéricas sobre a relação terapêutica, sendo esta percebida como cumprindo a sua função, bem como a terapeuta e o clima lido como positivo (atenção, reforço positivo, competência da terapeuta), (e.g. *“Eu bem lhe disse no outro dia que era boa psicóloga”*; *“Muito reforço positivo me faz...”*). Na subcategoria **“Relação terapêutica incisiva”**, codificaram-se todas as unidades de registo em que a relação terapêutica é percebida como incisiva ou diretiva, promovendo o desenvolvimento de competência na participante (e.g. *“Agora a Dra. Z (terapeuta) é muito cirúrgica. Vai ali tá, e o clic é feito com muita mais rapidez do que nos processos terapêuticos anteriores”*). Na subcategoria **“Relação terapêutica provocadora”**, codificaram-se todas as unidades de registo em que a relação terapêutica é percebida como capaz de desafiar a participante (e.g. *“Pois...estava a estranhar não me ter provocado...achou que o ambiente estava demasiado pesado...”*). Na subcategoria **“Relação terapêutica pouco intimista”**, codificaram-se todas as unidades de registo em que a relação terapêutica é percebida como pouco íntima, pouco protetora (e.g. *“Com a anterior psicóloga eu sentia que havia uma empatia, havia uma...se calhar uma relação mais intimista, mais...”*). Na subcategoria **“Relação terapêutica desconforto”**, codificaram-se todas as unidades de registo em que a relação terapêutica é vivida com desconforto, a participante sente receber pouca atenção (e.g. *“Eu sinto-me um bocado perdida nestas consultas”*). Na subcategoria **“Relação terapêutica irónica”**, codificaram-se todas as unidades de registo relativas ao uso do humor, ironia ou brincadeira como promotores do desenvolvimento da participante (e.g. *“Eu acho que o provocar, utilizando a ironia, acho que*

isso me promove a mudança mais facilmente.”). Por fim, na subcategoria “**Tarefas**”, codificaram-se todas as unidades de registo relativas às tarefas propostas e à reação da participante às mesmas (e.g. “*Ai, adoro trabalho de casa.*”).

**Num segundo momento**, analisou-se a evolução do discurso da participante, ao longo do processo psicoterapêutico e na Entrevista de Exploração Mudança, no que concerne às categorias relativas ao seu MID: “Perceção de si”, “Relações interpessoais”, “Relação com o trabalho” e “Relação com o lazer”, bem como no que respeita às subcategorias relativas a “Relação terapêutica”.

É apresentada de seguida a tabela com a frequência do discurso da participante<sup>5</sup>, ao longo do processo psicoterapêutico, no que concerne às categorias: “**Perceção de si**”, “**Relações interpessoais**”, “**Relação com o trabalho**” e “**Relação com o lazer**”.

**Tabela 4 .** *Evolução do discurso da participante ao longo do processo psicoterapêutico.*

	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7	Sessão 8	Entrevista
Perceção si	36	36	49	46	37	32	27	26
Relação lazer	1	5	2	6	3	7	0	2
Relação trabalho	3	18	6	9	10	2	14	1
Relações interpessoais	42	66	69	19	28	20	16	16

O discurso da participante ao longo do processo psicoterapêutico, abordou sobretudo as categorias “**Perceção de si**” e “**Relações interpessoais**”, sendo menos frequente no que concerne a “**Relação com o trabalho**” e ainda menos frequente relativamente a “**Relação com o lazer**”.

Relativamente a “**Perceção de si**”, verifica-se uma frequência de discurso relativamente constante ao longo do processo psicoterapêutico, decaindo ligeiramente nas últimas sessões (sessões 7 e 8). Na Entrevista de Exploração e Mudança, esta é a dimensão com maior frequência no discurso da participante.

No que concerne a “**Relações interpessoais**”, a participante aborda este tema ao longo de todo o processo, sobretudo nas 3 primeiras sessões (sessão 2, 3 e 4), decaindo o seu

<sup>5</sup> As tabelas são apresentadas com gradação de cor para melhor percepção da frequência do discurso.

discurso sobre esta dimensão nas sessões finais (sessões 5, 6, 7, e 8). O seu discurso na Entrevista de Exploração e Mudança, incide também bastante sobre as relações interpessoais, com um número de referências idêntico ao das últimas sessões terapêuticas.

No que concerne ao discurso sobre **“Relação com o trabalho”**, ele é relativamente pouco frequente ao longo do processo psicoterapêutico e distribui-se de modo irregular, existindo com maior frequência nas sessões 3, 5, 6 e 8. Relativamente ao discurso sobre **“Relação com o lazer”**, ele é pouco frequente e isto mantém-se constante ao longo do processo. Na Entrevista de Exploração e Mudança as referências às categorias **“Relação com o trabalho”** e **“Relação com o lazer”**, são também diminutas.

Pode observar-se também, que de um modo geral, o discurso da participante sobre estas quatro categorias diminuiu, sobretudo nas sessões 7 e 8.

Procedeu-se também à análise de como evoluiu o discurso da participante ao longo das sessões terapêuticas e na Entrevista de Exploração e Mudança, no que respeita à **relação terapêutica**.

Apresenta-se de seguida a tabela com a frequência do discurso da participante, ao longo do processo psicoterapêutico, no que concerne às subcategorias relativas à relação terapêutica: **“Avaliação global da relação terapêutica”**; **“Relação terapêutica incisiva”**; **“Relação terapêutica provocadora”**; **“Relação terapêutica pouco intimista”**; **“Relação terapêutica desconforto”**; **“Relação terapêutica irónica”** e **“Tarefas”**.

**Tabela 5.** Evolução do discurso da participante ao longo do processo psicoterapêutico, no que concerne a relação terapêutica.

	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7	Sessão 8	Entrevista
Ag Rt	1	3	4	2	0	2	2	2
Rt desc	0	0	0	3	0	0	1	1
Rt inc	1	0	2	0	0	0	0	1
Rt iro	0	3	0	0	0	0	0	1
Rt p int	0	0	0	0	0	0	0	4
Rt prov	0	0	3	0	0	0	1	2
Tarefas	1	3	1	0	0	0	0	0

*Nota.* Ag Rt = Avaliação global da relação terapêutica; Rt desc = Relação terapêutica desconforto; Rt inc = Relação terapêutica incisiva; Rt iro = Relação terapêutica irónica; Rt p int = Relação terapêutica pouco intimista; Rt prov = Relação terapêutica provocadora.

O discurso da participante sobre a relação terapêutica ao longo do processo é escasso e mais frequente entre as sessões 3 a 5, distribuindo-se com um número idêntico de referências entre as diferentes subcategorias, com exceção da subcategoria “Avaliação

global da relação terapêutica”, com 14 referências, que se distribuem ao longo do processo, destacando-se alusões à competência da terapeuta (“*Pra quem me conhece há um mês é muito boa naquilo que faz*”) e ao reforço que esta faz à participante (“*Porque já percebeu que eu preciso de respostas positivas*”), bem como à aceitação das características da cliente.

Na Entrevista de Exploração e Mudança, a participante alude sobretudo ao carácter provocatório e pouco intimista da relação.

**Finalmente**, depois de descrito o sistema de categorias e apresentados os resultados relativos ao discurso da participante ao longo do processo e na Entrevista de Exploração e Mudança, considera-se o modo como se relacionam as categorias **“Percepção de si”**, **“Relações interpessoais”**, **“Relação com o trabalho”** e **“Relação com o lazer”**, bem como cada uma das subcategorias relativas a **“Relação terapêutica”**, com as categorias **“Reflexão”**, **“Permanência”** e **“Mudança”**.

Da consideração de cada uma das categorias: **“Percepção de si”**, **“Relações interpessoais”**, **“Relações com o trabalho”** e **“Relações com o lazer”**, em simultâneo com as categorias **“Mudança”**, **“Permanência”** e **“Reflexão”**, foi possível obter matrizes que espelham os movimentos de mudança, ao longo do processo psicoterapêutico.

#### **“Percepção de si” vs “Mudança”, “Permanência” e “Reflexão”**

É apresentada de seguida a tabela em que a categoria **“Percepção de si”** é considerada em simultâneo com as categorias **“Mudança”**, **“Permanência”** e **“Reflexão”**.

**Tabela 6.** “Percepção de si” vs “Mudança”, “Permanência” e “Reflexão.”

	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7	Sessão 8	Entrevista
Mudança	1	7	5	4	6	9	10	<b>18</b>
Permanência	10	6	<b>18</b>	12	<b>17</b>	5	7	2
Reflexão	<b>21</b>	<b>22</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	12	12	4	6

No que concerne ao processo psicoterapêutico na categoria **“Percepção de si”**, verificamos que o discurso da participante ao longo do processo psicoterapêutico é sobretudo de **“Reflexão”**, com particular incidência no início do processo (sessões 2 a 5), decaindo nas últimas sessões (6,7 e 8). O seu discurso revela também muitas referências relativas a

“**Permanência**”, de modo mais ou menos regular ao longo do processo, mas com um declínio nas duas últimas sessões (7 e 8). O discurso de “**Mudança**” é o menos frequente, mas aumenta nas duas últimas sessões (7 e 8). No que respeita à Entrevista de Exploração e Mudança, discurso da participante sobre “Perceção de si” é sobretudo de “Mudança”.

As referências inscritas em “**Reflexão**” e “**Perceção de si**” ao longo do processo psicoterapêutico, distribuem-se por um conjunto de temas que a participante coloca e que incidem sobretudo sobre si mesma, a sua história pessoal e desenvolvimental e o impacto desta sobre o seu funcionamento atual. Destacam-se reflexões sobre o desinvestimento que fez em si mesma e sobre os seus sentimentos de tristeza e cansaço (sessões 2, 3 e 6), insatisfação e raiva (sessão 2). A participante questiona-se também sobre o sentido da sua vida, referindo sentimentos de “vazio” que em sua opinião são insuscetíveis de ser preenchidos e que associa às suas relações precoces com os pais, referindo-se a falta de afeto e de reforço positivo na infância (sessões 3 e 5). Reflete sobre algumas das suas características, como a pouca capacidade de flexibilidade mental e assertividade, que gostaria de ver aumentadas, sentindo porém muita dificuldade na alteração das mesmas (sessões 5 e 6). A sua orientação sexual é também objeto de reflexão, quer relativamente à sua possível origem (sessão 2), quer no que respeita ao possível julgamento judaico-cristão sobre a mesma (sessão 8). Ao longo do processo psicoterapêutico, a participante reflete também sobre o seu processo de mudança e o sentido do mesmo (sessão 2), expressando o seu desejo de mudar (sessão 3), mas também a dificuldade que sente na mudança (sessões 5 e 7), (“*Sou muito lenta, a fazer os cliques, a perceber...*”).

Na Entrevista de Exploração e Mudança, a participante reflete de novo sobre a sua dificuldade em mudar e como a sua característica de ser obsessiva torna o processo de mudança mais lento. Reflete também como os processos psicoterapêuticos anteriores a podem ter ajudado nas mudanças alcançadas no atual processo.

A análise da categoria “**Perceção de si**” versus “**Permanência**”, permite perceber a existência de alguns padrões de funcionamento da participante. Destacam-se a sua necessidade de pensar muito nas coisas, procurar o porquê de tudo e ter um pensamento dicotómico (sessões 2 e 5), ou a tendência para se desvalorizar, sentir que tem pouco valor e não investir em si (sessão 2 e 8). Encontram-se também referências ao não cuidado com a sua aparência física (sessão 2) e aos seus padrões de sono, com insónias diárias (sessões 4,5 e 8). A participante faz referência a sentimentos de raiva e zanga permanentes (sessões 3, 4 e 5), bem como a tendência depressiva sazonal, sendo dada indicação de tentativas de suicídio (sessões 4 e 6). Refere também a sua tendência para repetir os

mesmos erros, associados a cuidar pouco de si (sessão 6) e a trabalhar excessivamente por ceder a solicitações várias, não conseguindo dizer que não (sessão 8).

Na Entrevista de Exploração e Mudança, a participante alude ao seu padrão de grande depressão após perdas relacionais, não conseguindo “*criar*” com as suas experiências.

As referências inscritas em “**Percepção de si**” e “**Mudança**”, ao longo do processo psicoterapêutico, permitem perceber alguma mudança. É feita alusão à sua esperança e intenção de mudar (sessões 3 e 4), e ao seu investimento na sua aparência física, tendo cortado o cabelo e emagrecido 4kg (sessões 3 e 6). A participante refere também sentimentos de maior serenidade (sessão 6 e 8) e percepção de mais funcionalidade (sessão 8). Na sessão 7 a participante refere que fez um *insight* sobre o facto de se autopercecionar sempre como vítima das situações (“*acho que consegui perceber da vitimização*”). Entre a sessão 7 e 8 iniciou o desmame da medicação antidepressiva, o que irá demorar 3 meses. Sente-se a encontrar “*um espaço mais tranquilo consigo própria*” (sessão 8).

Na Entrevista de Exploração e Mudança, a participante refere que a mudança alcançada por si neste processo terapêutico teve a ver com uma alteração na forma como se percebe a si mesma. Esta nova percepção está relacionada com dois *insights* que foi capaz de fazer. Por um lado a compreensão do seu padrão de reação face a uma perda emocional, acompanhada de grande depressão e por outro lado, a percepção do seu comportamento de vítima, porque se achava vítima dos acontecimentos. A participante avalia a mudança neste processo psicoterapêutico como tendo ocorrido mais rapidamente do que nos dois processos psicoterapêuticos anteriores, embora considerando que o facto de já ter feito terapia a ajudou nesta maior rapidez. Considera também que a postura da terapeuta (associada a ironia e provocação) a ajudou na mudança, sentindo-se hoje mais serena e tranquila (“*...tirou-me aquela angústia com a qual eu andava*”).

### **“Relações interpessoais” vs “Mudança”, “Permanência” e “Reflexão”**

É apresentada de seguida a tabela em que a categoria “**Relações interpessoais**” é considerada em simultâneo com as categorias “**Mudança**”, “**Permanência**” e “**Reflexão**”

**Tabela 7.** “Relações interpessoais” vs “Mudança”, “Permanência” e “Reflexão”

	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7	Sessão 8	Entrevista
Mudança	1	4	1	3	6	3	1	10

Permanência	14	11	19	4	10	1	6	4
Reflexão	14	8	16	11	7	7	1	2

Relativamente ao processo psicoterapêutico na categoria “**Relações interpessoais**”, o discurso da participante é sobretudo de “**Reflexão**” e “**Permanência**”. Ele é mais acentuado até à sessão 6, com particular incidência na sessão 4 e declina ligeiramente nas sessões 7 e 8. O discurso de “**Mudança**” é parco ao longo do processo, nesta categoria e mantém-se irregular, embora seja mais acentuado na sessão 6. Na Entrevista de Exploração e Mudança, a participante apresenta um discurso com mais referências a “Mudança”, algumas referências em “Permanência” e quase ausência de referências relativas a “Reflexão”

No que respeita a “**Relações interpessoais**” versus “**Reflexão**”, a participante reflete sobre a sua resistência em aceitar a rutura da sua última relação amorosa e sobre o facto de deixar que a “*tratem mal*”, referindo-se a ruturas relacionais (sessões 2 e 3), (“*Mas porque é que eu deixo que me façam mal? Porquê?*”; “*Porque é que me ponho em último lugar para servir toda a gente e mais alguém?*”). Reflete sobre o seu padrão relacional, equacionado se deve mudar o seu modo de funcionamento interpessoal e questionando-se o que realmente procura nas suas relações interpessoais, refletindo ainda sobre o modo como a falta de afeto na infância (refere que a mãe era “*extremamente fria*”), pode ter influenciado o seu funcionamento atual (sessão 4), (“*Em termos afetivos, qual é o padrão que eu tou a repetir? Eu busco o quê? Alguém que eu goste de cuidar? Que precisa de ser cuidado? É isso que me tá a dizer?*”). A participante reflete também sobre a necessidade de se tornar menos dependente, associando a sua necessidade de dependência do outro à sua pouca autonomia na infância e à sua insegurança e medo de abandono nesta fase desenvolvimental (sessão 4 e 5). Relembra as violações que diz ter sido vítima na infância e a solidão e sofrimento associados, bem como o seu padrão solitário nas perdas interpessoais, refletindo sobre o modo como estas experiências podem ter influenciado a forma como hoje lida com a perda de pessoas significativas para si, bem como a sua dependência e a sua dificuldade de se relacionar com os homens (sessões 5 e 7).

Na Entrevista de Exploração e Mudança, a participante reflete sobre a sua resiliência no modo como superou perdas de pessoas significativas.

A análise da categoria “**Relações interpessoais**” versus “**Permanência**”, permite perceber a existência de alguns padrões de funcionamento, no que respeita a relações interpessoais, que a participante identifica como sendo caracterizadas por pouca reciprocidade, investindo e envolvendo-se com muita intensidade e níveis elevados de expectativa, tendo a tendência

de cuidar mais dos outros do que de si própria (sessão 6), de: “*dar mais do que o que recebo em troca*” (sessão 2). A participante identifica que não se valoriza, referindo-se à sua última relação amorosa, mas também às violações que sofreu na infância (sessões 2 e 3). Considera que todas as relações depois da sua penúltima companheira “*foram erradas*”, identificando que muitas vezes as pessoas se aproximam de si “*com “segundos interesses”*” (sessão 2). A participante refere-se a sentimentos de solidão (sessões 3 e 4), identificando que esteve só em todos os momentos difíceis da sua vida, sendo que estes momentos estão por regra associados a perdas relacionais (sessão 4). Refere que não se sente amada por ninguém, identificando a sua tendência para se ligar a pessoas que “*precisam de ser cuidadas*”, procurando no outro o “*preenchimento*” de si (sessão 4). A participante identifica como uma das suas características, a sua dificuldade em terminar os seus relacionamentos amorosos (sessão 5), envidando esforços no sentido de reatar a sua última relação amorosa, sem êxito (sessão 6). Identifica também como característica do seu padrão de funcionamento interpessoal, a sua solidariedade para com os outros e a sua “*lealdade*”, seja nas relações familiares ou profissionais (sessões 5, 7 e 8).

Na Entrevista de Exploração e Mudança, a participante identifica que ninguém próximo de si identificou as suas mudanças “*a nível interno*” e faz de novo referência ao seu padrão de depressão sempre que ocorreram perdas relacionais significativas.

As referências inscritas em “**Relações interpessoais**” e “**Mudança**”, ao longo do processo terapêutico, permitem perceber alguma mudança. A participante sinaliza momentos prazerosos no trabalho (sessão 2), bem como acréscimo de energia (sessão 3), melhorias de humor e no padrão de sono (sessão 6). Sinaliza também ter feitos dois *insights*: a participante compreendeu o seu padrão de reação emocional após perdas relacionais, associadas a grande depressão e desalento (sessão 5 e 6) e compreendeu também que a raiva que sente pelos outros é uma projeção da raiva que sente por si própria (sessão 6). Na sessão 6 a participante reporta que tem evitado os locais que a sua ex-companheira frequenta, sentindo-se mais serena em relação a ela.

Na Entrevista de Exploração e Mudança, a participante refere que a mudança alcançada por si neste processo terapêutico teve a ver com um *insight* que foi capaz de fazer. Ela conseguiu compreender o seu padrão de reação face a uma perda emocional, que era sempre acompanhada de grande depressão. A participante refere que a forma como lidava com essas perdas “*não era a mais adequada*”, tendo compreendido que deverá adotar uma forma diferente de lidar com a perda, no futuro (“*...A forma como lidava com essas perdas tinha sido sempre a mesma e agora percebi que há outras formas de lidar com a perda*”).

A participante refere também que a sua mudança foi notada, no seio das suas relações interpessoais, sendo que quer na família, quer no seu ambiente de trabalho, as pessoas sinalizaram que está “*melhor*”, que não anda “*triste*”, com “*aqueles sintomas depressivos*” e que está “*mais funcional*”.

### **“Relação com o trabalho” vs “Mudança”, “Permanência” e “Reflexão”**

É apresentada de seguida a tabela em que a categoria “**Relação com o trabalho**” é considerada em simultâneo com as categorias “**Mudança**”, “**Permanência**” e “**Reflexão**”.

**Tabela 8.** “Relação com o trabalho” vs “Mudança”, “Permanência” e “Reflexão”

	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7	Sessão 8	Entrevista
Mudança	1	3	1	1	1	2	0	0
Permanência	1	6	1	4	6	0	10	0
Reflexão	1	2	2	1	1	0	1	1

No que concerne ao processo psicoterapêutico na categoria “**Relação com o trabalho**”, o discurso da participante em “**Reflexão**” está praticamente ausente ao longo do processo, contendo algumas referências em “**Permanência**”, mas de modo irregular (assumindo maior incidência nas sessões 3, 6 e 8), sendo que a participante identifica que passa muito tempo no trabalho, face às inúmeras solicitações que lhe são dirigidas neste contexto.

O discurso da participante sobre “**Mudança**” é parco ao longo do processo, embora sinalize algumas alterações, em concreto no que concerne ao recurso à medicação (de que conseguiu prescindir) e à forma como interage com os seus alunos, sentindo-se agora mais irritada e menos paciente (sessões 4 e 7). Na sessão 5 refere que conseguiu sair do trabalho à hora, não o prolongando, como habitualmente.

Na Entrevista de Exploração e Mudança, a participante apenas faz uma referência de “**Reflexão**”. Quando questionada se sentiu mudança na sua relação com o trabalho, responde que não, embora admita que ao mudar a nível pessoal “*naturalmente vai ter efeitos ao nível do trabalho*”.

### **“Relação com o lazer” vs “Mudança”, “Permanência” e “Reflexão”**

É apresentada de seguida a tabela em que a categoria “**Relação com o lazer**” é considerada em simultâneo com as categorias “**Mudança**”, “**Permanência**” e “**Reflexão**”.

**Tabela 9.** “Relação com o lazer” vs “Mudança”, “Permanência” e “Reflexão”

	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7	Sessão 8	Entrevista
Mudança	0	4	1	0	2	7	0	2
Permanência	1	0	1	2	1	0	0	0
Reflexão	0	0	0	2	0	0	0	0

Relativamente ao processo psicoterapêutico na categoria **“Relação com o lazer”**, o discurso de **“Permanência”** e de **“Reflexão”** é quase inexistente ao longo do processo.

Nesta categoria, o discurso da participante em torno de **“Mudança”** é incipiente, embora sinalize mudanças concretas nas sessões 3, 6 e 7, relacionadas com a prática de exercício físico e atividades sociais (foi ao futebol sozinha e saiu socialmente).

Na Entrevista de Exploração e Mudança, a participante apenas faz referências a **“Mudança”**, sinalizando, de novo a prática de atividade física.

Após a consideração simultânea das categorias **“Percepção de si”**, **“Relações interpessoais”** **“Relações com o trabalho”** e **“Relações com o lazer”**, com as categorias **“Mudança”**, **“Permanência”** e **“Reflexão”**, procedeu-se também à consideração simultânea das subcategorias relativas à relação terapêutica com **“Mudança”**, **“Permanência”** e **“Reflexão”**, o que permitiu obter matrizes que apontam para as características da relação terapêutica que a participante associada ao seu processo de mudança.

#### **“Relação terapêutica” vs “Mudança”, “Permanência” e “Reflexão”**

As tabelas em que as subcategorias **“Avaliação global da relação terapêutica”**; **“Relação terapêutica incisiva”**; **“Relação terapêutica provocadora”**; **“Relação terapêutica pouco intimista”**; **“Relação terapêutica desconforto”**; **“Relação terapêutica irônica”** e **“Tarefas”** são consideradas em simultâneo com as categorias **“Permanência”** e **“Reflexão”**, encontram-se em Anexo (III e IV), não se tendo encontrado nenhum resultado em **“Reflexão”** e apenas uma referência em **“Permanência”**, relativamente a uma tarefa de casa que a participante não executou.

No que concerne à relação estabelecida entre **“Mudança”** e as subcategorias relativas à relação terapêutica, é apresentada de seguida a tabela correspondente.

**Tabela 10.** “Relação terapêutica” vs “Mudança”

	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7	Sessão 8	Entrevista
Ag Rt	1	0	0	0	0	0	0	1
Rt desc	0	0	0	0	0	0	0	0
Rt inc	0	0	2	0	0	0	0	1
Rt iro	0	1	0	0	0	0	0	1
Rt p int	0	0	0	0	0	0	0	0
Rt prov	0	0	0	0	0	0	0	1
Tarefas	0	0	0	0	0	0	0	0

Nota. Ag Rt = Avaliação global da relação terapêutica; Rt desc = Relação terapêutica desconforto; Rt inc = Relação terapêutica incisiva; Rt iro = Relação terapêutica irônica; Rt p int = Relação terapêutica pouco intimista; Rt prov = Relação terapêutica provocadora.

Resulta da análise dos resultados obtidos, que as características da relação terapêutica que a participante valoriza como tendo contribuído para o seu processo de mudança, são as características: incisiva, irônica e provocadora (*“agora a Dra. Z (a terapeuta) é muito cirúrgica. Vai ali tá, e o clic é feito com muita mais rapidez do que nos processos terapêuticos anteriores”*; *“eu acho que o provocar, utilizando a ironia, acho que isso me promove a mudança mais facilmente”*).

## 5. SÍNTESE DOS RESULTADOS

No que concerne à organização da vinculação da participante é possível classificá-la como *“Preocupada”*. A participante estabeleceu AT com scores médios que diminuiram ligeiramente da 4.<sup>a</sup> para a 8.<sup>a</sup> sessão. A evolução do *BSI* não espelha alteração significativa na constelação de sintomas da participante, embora com diminuição mais acentuada de sintomatologia, nas dimensões **Depressão** e **Ideação Paranóide**, revelando também menor Índice de Sintomas Positivos (*ISP* de 1,63 para 1,45), o que sugere menor impacto da sintomatologia apresentada. O resultado deste instrumento é de algum modo consentâneo com aquele que decorre da análise de conteúdo do discurso da participante ao longo das sessões, uma vez que ela sinaliza melhoria no seu humor (inicia o desmame da medicação antidepressiva, entre as sessões 7 e 8), melhoria esta percebida também pelos seus familiares e colegas de trabalho.

No que respeita à análise do processo psicoterapêutico, verifica-se que o discurso da participante ao longo do mesmo não tem expressão significativa nas categorias **“Relações com o trabalho”** e **“Relações com o lazer”**, nem durante o processo, nem na entrevista, nem tem, nestas categorias, associação relevante com **“Permanência”** e **“Reflexão”**. Porém, relativamente a **“Relações com o trabalho”** sinaliza como **“Mudança”** a sua perda

de paciência e a sua capacidade de sair mais cedo do mesmo (2 últimas sessões). Em **“Relações com o lazer”** é também identificado como **“Mudança”**, a prática de exercício físico e algumas atividades sociais, concretamente saída à noite com amigos.

Ao longo do processo, o discurso da participante incide sobretudo nas dimensões **“Perceção de si”** e **“Relações interpessoais”** (embora decaindo nas últimas sessões) e está mais associado a **“Permanência”** e **“Reflexão”** (decaindo nas últimas sessões) do que a **“Mudança”** (aumentando nas últimas sessões). Denota-se um movimento cíclico entre **“Reflexão”** e **“Permanência”**, associado a um discurso sobre temas idênticos, sendo que a participante sinaliza padrões de funcionamento e pensamento sobre os quais reflete e vice-versa. Destacam-se aspetos da sua história desenvolvimental e seu impacto no momento presente (pouca afetividade e reforço parental na infância, associado a sensação de *“vazio”* e tendência para se vitimizar e se desvalorizar), bem como padrão de funcionamento pouco flexível, associado a rigidez de pensamento, sentimentos de insatisfação e raiva, sendo ainda feitas referências a tentativas de suicídio (em **“Perceção de si”**). Destaca-se também a sua resistência em aceitar ruturas relacionais (designadamente a sua última relação amorosa) e aspetos relacionados com o seu padrão relacional pouco recíproco e marcado por alguma dependência do outro, equacionando a participante se deve alterar este padrão (em **“Relações interpessoais”**). Nesta dimensão, destaca-se também um padrão de solidão associado a todos os momentos difíceis da sua vida, sendo que estes momentos estão por regra associados a perdas relacionais.

Contudo, na Entrevista de Exploração e Mudança, o discurso da participante é sobretudo de **“Mudança”**, e os conteúdos aí sinalizados são consentâneos com os que surgiram ao longo do processo. Nesta entrevista, a participante identifica que a mudança alcançada por si neste processo terapêutico teve a ver com a alteração na forma como se autoperceciona, em relação a dois aspetos. Por um lado, a compreensão do seu padrão de reação emocional face a uma perda relacional, (que era sempre acompanhada de grande depressão e desalento) e por outro lado, a perceção do seu comportamento de vítima, porque se percecionava sempre como vítima das situações. Existe evidência destes *insights*, respetivamente nas sessões 5 e 7.

A participante faz ao longo do processo psicoterapêutico, outros movimentos de mudança que indiciam maior cuidado consigo mesma (como cortar o cabelo e emagrecer 4 quilos), sentimentos de maior serenidade e perceção de mais funcionalidade (sessões 6 e 7), bem como melhoria do seu padrão de sono (sessão 6). A participante considera que a postura da terapeuta (assocada a ironia e provocação) a ajudou neste processo de mudança

## CAPÍTULO IV

### DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÃO

A discussão de resultados deste estudo exige a consideração prévia de que os mesmos não podem ser generalizados, atentas as opções metodológicas tomadas.

A discussão de resultados organiza-se em função das questões de investigação: num primeiro momento é analisado de que modo a organização de vinculação da participante está relacionada com o processo de mudança psicoterapêutica; posteriormente é analisado de que modo a organização de vinculação da participante está relacionada com a formação e manutenção da aliança terapêutica; finaliza-se com a análise do modo como a representação da relação terapêutica está relacionada com o processo de mudança psicoterapêutica. Concluída a discussão dos principais resultados, reflete-se sobre as implicações do presente estudo e suas limitações, terminando com sugestões para investigação futura.

#### 1. DISCUSSÃO

##### **De que modo é que a organização de vinculação da participante está relacionada com o processo de mudança psicoterapêutica?**

No que concerne à organização de vinculação, a participante foi classificada enquanto *Preocupada*, sendo esta caracterizada por um discurso longo e desconexo, em que o entrevistado apresenta alguma confusão sobre experiências passadas e expressa raiva, no momento presente, em relação aos pais (Daniel, 2006). São habitualmente indivíduos hipersensíveis a experiências de vinculação, podendo facilmente recuperar memórias negativas, mas tendo dificuldade em discuti-las coerentemente sem ansiedade, nem raiva (Mikuliner & Shaver, 2007).

Verificou-se que o discurso da participante, ao longo do processo psicoterapêutico, incidiu sobretudo sobre a percepção acerca de si própria e sobre as suas relações interpessoais, sendo maioritariamente um discurso de reflexão e de alusão a padrões de funcionamento estáveis, bem como a sentimentos de insatisfação e raiva em relação a si e aos outros. A participante fez, no curso do processo, um movimento cíclico entre “**Reflexão**” e “**Permanência**”, associado a temas idênticos. Ela traz para o espaço terapêutico vários temas relacionados com a sua história desenvolvimental, tendo a percepção de como esta

tem impacto no seu funcionamento atual e na sua dificuldade em alterá-lo. A dificuldade que sente em preencher aquele que identifica ser um “vazio” decorrente de falta de afeto na infância, pode estar associado à desvalorização que faz de si mesma e ao pouco investimento que dirige para si e para a sua aparência física. Este aspeto poderá estar associado ao seu padrão interpessoal de alguma dependência face ao outro e de falta de reciprocidade relacional, sendo que a participante sente que investe mais nas suas relações do que o retorno afetivo que estas lhe proporcionam, tendo com frequência a percepção de que é “abusada” e de que os outros procuram tirar partido de si, sinalizando dificuldade em alterar estes padrões relacionais. A literatura dá indicação de que as relações precoces com os primeiros cuidadores influenciam a percepção dos indivíduos sobre o seu valor e competência e sobre a confiabilidade nos outros (Johnson et al., 2006), sendo que indivíduos com organizações inseguras da vinculação tendem a ter uma representação do *self*, dos outros e das relações, mais negativa (Diener & Monroe, 2011), construindo o *self* e o mundo como imprevisíveis, o que pode dificultar o envolvimento de um modo flexível e não defensivo nas interações sociais, reduzir oportunidades de experiências sociais positivas e aumentar a vulnerabilidade do indivíduo face a situações adversas (Soares, 2000).

A organização da vinculação da participante parece assim influenciar o seu modo de pensar sobre si e de se relacionar com os outros, e conseqüentemente de perspetivar e efetivar mudança. O seu modelo interno dinâmico, o conhecimento e a expectativa, que foi construindo ao longo da sua existência, quer sobre o modo como as suas figuras de vinculação atuavam e respondiam às suas necessidades e pedidos de ajuda, quer sobre o *self*, em termos do seu valor (Soares & Dias, 2007), tem hoje impacto no modo como se vê a si mesma e como repete o seu padrão relacional. Porém, ao contrário de outros estudos, (e.g. Dozier et al., 1991; Korfmacher et al., 1997 cit in Mullinker & Shaver, 2007) que associam menor adesão à terapia por parte de indivíduos com organização de vinculação insegura, não se pode concluir no presente estudo, pela existência de baixa adesão ao processo psicoterapêutico, sendo a participante muito assídua e fazendo um esforço de reflexão sobre si mesma ao longo do mesmo, sinalizado nas abundantes referências discursivas. O exercício de autoexame em que parece empenhada, voltando-se para a análise de si própria e para a sua autoexploração é de acordo com Rennie (1992) a chave da psicoterapia (cit in Levitt & Williams, 2010).

Não foram especificados quais eram os objetivos de mudança desta participante porque ela não os menciona, não obstante no pedido que formulou ter referido que pretendia ajuda no seu processo de luto relativamente à sua última relação amorosa e na compreensão do seu padrão relacional. Emerge contudo, ao longo do processo, como pano de fundo, um questionamento permanente sobre o seu funcionamento e uma reflexão sobre o impacto da

sua história desenvolvimental no mesmo, bem como sobre as suas dificuldades relacionais atuais, apresentando-se a participante muito ciosa de encontrar os porquês e as razões das mesmas. Permanece porém alguma dificuldade, na discussão dos resultados, em objetivar mudança efetiva. Aparentemente a participante tem uma representação sobre a mudança ocorrida ao longo do processo, que demonstra algum empoamento em relação às mudanças reais ocorridas, conclusão que decorre do facto de o seu discurso sobre mudança ocorrer com menor incidência durante o processo terapêutico do que na entrevista final de Exploração e Mudança. Nesta entrevista são assinalados pela participante, os *insights* que considera ter feito, não se podendo determinar se resultarão em mudança efetiva, mas que ela avalia como úteis, devendo porém salientar-se que estes *insights* foram sinalizados também pelo discurso da participante durante as sessões terapêuticas (sessões 5 e 7), o que corrobora as conclusões de Watson, Schein e McMullen (2010), de que mudanças específicas nas sessões, contribuem para o resultado final.

A obtenção de *insight* é, com efeito, um resultado terapêutico amplamente valorizado por quem experiencia um processo psicoterapêutico (Timulak, 2007, cit in McLeod, 2013), sendo o processo de expandir e integrar consciência, considerado um fator comum em psicoterapia (Levitt & Williams, 2010). Os *insights* da participante podem assim constituir-se não só como uma mais precisa percepção sobre si mesma, mas como um progresso no sentido de abrir a possibilidade de estar mais atenta à não repetição de padrões comportamentais e relacionais, não nos dando porém, a literatura indicação sobre a relação entre o aumento de consciência dos clientes e a mudança efetiva (Levitt & Williams, 2010).

Não é desprezível contudo, a melhoria que a participante consegue fazer, ao longo do processo, ao nível do seu estado de humor e funcionalidade, sentindo-se de modo geral mais serena, bem como ao nível de alguns movimentos exploratórios na dimensão lazer (cinema, futebol, saída com amigos), com destaque para a prática de exercício físico, que inicia e mantém, mudanças que podem estar associadas ao facto de indivíduos com vinculação preocupada iniciarem a terapia com mais *distress*, característica que não é preditora de mudança no resultado ao longo do tempo (Sauer, et al., 2010).

### **De que modo a organização de vinculação da participante está relacionada com a formação e manutenção da aliança terapêutica?**

A participante estabeleceu AT, no início do processo psicoterapêutico com *scores* médios, o que contradiz grande parte da literatura que associa a organização de vinculação insegura a baixos *scores* de AT (e.g. Eames e Roth, 2000; Johnson et al., 2006; Diener, Hilsenrath &

Weinberger, 2009). Porém, Diener e Monroe (2011) concluíram que indivíduos com organização de vinculação inseguros são capazes de estabelecer AT positiva. A literatura aponta para a coexistência de MID gerais (associados às figuras de vinculação primárias) e específicos, associados a relações posteriores, onde se pode inscrever a relação com o terapeuta, sendo que não obstante não se avaliar neste estudo a vinculação entre a participante e o terapeuta, alguns autores consideram que a AT é semelhante a uma relação de vinculação com o terapeuta (Diener & Monroe, 2011). Existem estudos que concluem não haver associação significativa entre o MID geral do cliente e a sua vinculação ao terapeuta, o que sugere que os modelos relacionais globais e específicos do *self* e das relações com os outros estão correlacionados mas não são constructos redundantes (Romano, Fitzpatrick & Janzen, 2008).

Ao longo do processo, os *scores* relativos à AT da participante diminuíram ligeiramente (da 4.<sup>a</sup> para a 8.<sup>a</sup> sessão), o que sugere uma diminuição relativamente ao acordo sobre os objetivos terapêuticos, sobre as tarefas terapêuticas e um não aprofundamento do laço emocional, no desenvolvimento da relação terapêutica. Este resultado diverge do encontrado por outros investigadores que concluíram que clientes com organização de vinculação preocupada estabeleciam alianças pobres, mas melhoravam ao longo da terapia (e.g. Eames & Roth, 2000; Kannien et al., 2000). Porém, os resultados dos estudos que se debruçam sobre o impacto do tempo na AT não têm reunido consenso, existindo também evidência empírica de que clientes com organização preocupada da vinculação, tendem a exagerar a resposta emocional e a procura de ajuda (Riggs et al., 2002), sendo que frequentemente desejam fundir-se com o terapeuta, podendo concordar prontamente com os objetivos e as tarefas propostas, mas tendo depois dificuldade, em formar uma AT estável (Mikulincer & Shaver, 2007).

### **De que modo a representação da relação terapêutica está relacionada com o processo de mudança psicoterapêutica?**

Os resultados obtidos relativamente à AT com o WAI, são de algum modo coerentes com o discurso da participante ao longo do processo relativamente à relação terapêutica, uma vez que esta identifica nas últimas sessões, algum desconforto (sessões 5 e 8), e pouca intimidade na relação (Entrevista de Exploração e Mudança), tendo destacado nas sessões iniciais (3 e 4) aquelas que identificou como as características da relação terapêutica mais potenciadoras de mudança (relação terapêutica incisiva, irónica e provocadora).

Porém, o discurso da participante relativamente à “Avaliação global da relação terapêutica” (codifica unidades de registo que percecionam a relação terapêutica como cumprindo a sua função, bem como a terapeuta, sinalizando atenção, reforço e competência da terapeuta), distribui-se de modo mais ou menos regular ao longo do processo psicoterapêutico, destacando-se alusões à competência e qualidade da terapeuta (“*Pra quem me conhece há um mês é muito boa naquilo que faz*” (sessão 4); “*Por isso é que eu digo que é muito boa naquilo que faz*” (sessão 7) e ao reforço que esta faz à participante (“*muito reforço positivo me faz...*”), bem como à aceitação das características da cliente. Luborsky, nos anos setenta, sugeriu que a aliança entre terapeuta e cliente se desenvolvia em duas fases, implicando a primeira a crença do cliente na capacidade do terapeuta o ajudar e lhe fornecer apoio e a segunda, a crença do cliente no processo terapêutico e o seu compromisso e investimento no mesmo (Horvath et al., 2011), o que está presente ao longo deste processo. A habilidade do cliente confiar e acreditar na capacidade do terapeuta o ajudar, foi também reforçada como tendo um papel central no processo de mudança, por Safran e Muran (2006), sendo de salientar que no processo em estudo, a terapeuta foi escolhida pela participante, devendo ainda ser realçado que existe evidência empírica de que a vinculação do cliente ao terapeuta é mais preditor do resultado terapêutico, do que o MID geral do cliente (Sauer et al., 2010).

Desenvolver uma base segura a partir da qual o cliente se possa autoexplorar não depende apenas da organização de vinculação do cliente, mas da capacidade do terapeuta desempenhar o papel de provedor de segurança (Romano et al., 2008), da contingência da sua reposta, da sua capacidade de espelhar o cliente e regular o seu afeto, ou da capacidade de colocar o cliente numa posição não demasiado fácil, nem demasiado difícil (Holmes, 2011). No presente estudo, as características específicas da relação terapêutica percebidas pela participante como promotoras de mudança, foram o carácter incisivo das intervenções da terapeuta, bem como o uso da ironia e de alguma provocação ou confrontação. Estes resultados apontam para que o contributo do terapeuta para a AT não diga apenas respeito a fatores relacionais, mas também técnicos, existindo evidência empírica de correlação positiva entre uma AT positiva e intervenções terapêuticas focadas no “aqui e agora” (Lingiardi et al., 2011). Do mesmo modo que literatura abundante salienta a importância da micro competência da *confrontação* no processo de mudança e de desenvolvimento pessoal dos clientes, e que se traduz na capacidade do terapeuta ouvir empaticamente o cliente e simultaneamente identificar as suas discrepâncias e conflitos, procurando um equilíbrio entre desafio e apoio, o que potencia a minimização das defesas do cliente e a abertura para o novo (Ivey, 2007), parecendo ter tido efeito positivo, no processo de mudança da participante deste estudo.

## **2. IMPLICAÇÕES, LIMITAÇÕES E SUGESTÕES PARA INVESTIGAÇÃO FUTURA**

O presente estudo corrobora a conclusão de que os MID são difíceis de mudar, tendendo a operar automaticamente e são consequência da história de vinculação de cada um, enformando o modo de pensar sobre si, sobre os outros e o modo de estabelecer relação com estes (Mikulincer & Shaver, 2007). Contudo, a forma como o sistema de vinculação opera, depende não apenas das representações de interações passadas com as figuras de vinculação, mas também da qualidade das relações de vinculação atuais (Mikulincer & Shaver, 2007), sendo que conhecer a organização de vinculação dos clientes pode ajudar os terapeutas a criar um contexto relacional que facilite a relação segura com o terapeuta, bem como a adaptar as intervenções à medida do nível de intimidade e dependência dos clientes, para servir as suas necessidades, potenciando a melhoria do resultado (Mallinckrodt et al., 2005).

Os resultados deste estudo reforçam a atualidade da proposta de Bowlby (1988) que destaca a importância do papel do terapeuta em proporcionar uma base segura facilitadora da autoexploração do cliente, favorecendo um balanço entre os sistemas de vinculação-exploração, sendo que este segundo movimento, emocionalmente exigente, apenas surge a partir da existência de uma base percebida como segura, que permite ao indivíduo desativar o comportamento de vinculação e ativar o comportamento de exploração.

Podem ser assumidas como implicações do presente estudo, a contribuição para um conhecimento mais detalhado sobre como os terapeutas podem ajustar o seu comportamento, momento a momento, de modo a serem percebidos como uma base segura e a alcançar o envolvimento dos seus clientes nos diferentes momentos do processo, identificando eventuais dificuldades que o mesmo contenha e redefinir cursos de ação alternativos.

Organizações de vinculação inseguras podem funcionar como alerta para o terapeuta prever o potencial de rutura da AT e agir proactivamente, monitorizando a relação com cautela, chamando a atenção para comportamentos que possam refletir problemas na AT e discutindo o que significam (Diener & Monroe, 2011). Do mesmo modo que podem ser importantes na preparação do término da relação terapêutica (Parish & Eagle, 2003), podendo clientes com organização de vinculação preocupada beneficiar de progressiva distância, enquanto clientes com organização de vinculação desligada podem tirar partido de progressiva diminuição de distância (Sauer, et al., 2010).

Este estudo tem porém importantes limitações metodológicas, desde logo o facto de não ter sido possível gravar a primeira sessão terapêutica, por a participante não ter autorizado e a impossibilidade de acompanhar o processo psicoterapêutico até ao seu término que não se vislumbrava como próximo, havendo necessidade de suspender a recolha de dados, a fim de concluir a presente dissertação, o que implicou também que os dados recolhidos se resumissem a um período relativamente curto de tempo. Outra limitação importante prende-se com o facto de a categorização do discurso da participante, quer nas sessões terapêuticas, quer na Entrevista de Exploração e Mudança, não ter sido objeto de uma segunda avaliação por pessoa independente, diferente da autora deste estudo.

Como sugestões para investigação futura entende-se ser pertinente utilizar os instrumentos de avaliação da vinculação e da AT também em relação ao terapeuta. A Entrevista de Exploração e Mudança deve também ser realizada, com as devidas alterações ao terapeuta, comparando a informação recolhida junto de ambos os participantes (estes procedimentos não ocorreram neste estudo, por motivos éticos).

Sugere-se também que estudos de caso deste tipo se repitam, com duração maior, abarcando maior número de sessões e preferencialmente a totalidade do processo psicoterapêutico, acompanhadas ainda de avaliações de *follow up*. Existindo evidência empírica de que (e.g. Parish & Eagle, 2003) a vinculação ao terapeuta e a AT estão associadas ao tempo de terapia, aumentando o período de tempo de análise dos processos psicoterapêuticos e as avaliações intermédias realizadas, poder-se-ão retirar conclusões mais seguras.

Embora o presente estudo corrobore que a AT é parte integrante do sucesso do resultado terapêutico, parece necessária a existência de mais investigação sobre a relação entre as técnicas utilizadas na intervenção, bem como o comportamento do terapeuta nas sessões e a AT, para melhor compreender a mudança.

Não parecem restar dúvidas de que a boa terapia é simultaneamente *smoothing* e empoderadora (Holmes, 2011), mas cada encontro terapêutico é único e singular, podendo a investigação de estudos de caso trazer informação e contributos válidos para a prática psicoterapêutica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnow, B. A., Steidtmann, D., Blasey, C., Manber, R., Constantino, M. J., Klein, D. N., Markowitz, J. C., et al. (2013). The Relationship Between the Therapeutic Alliance and Treatment Outcome in Two Distinct Psychotherapies for Chronic Depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. doi:10.1037/a0031530
- Aspelmeier, J.E. & Kerns, K.A. (2003). Love and school: Attachment exploration dynamics in college. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20 (1), 5-30.
- Bachelor, A. (1995). Clients' perception of the therapeutic alliance: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 323–337. doi:10.1037//0022-0167.42.3.323
- Black, T. G. (2009). Stories from the Heart : Narratives of Change in Therapeutic Enactment, 43, 92–105.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(1), 37–54. doi:10.1080/10503300903121080
- Bardin, L. (2014). *Análise de Conteúdo* (4.ªed). Lisboa: Edições 70.
- Bolsover, N. (2008). Talking as a secure base: Towards the resolution of the Dodo verdict? *Counselling Psychology Quarterly*, 21(1), 11–17. doi:10.1080/09515070801927775
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss Trilogy. Separation anxiety and anger*. Vol II. USA: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure-base: Parent –child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Byrd, K. R., Patterson, C. L., & Turchik, J. a. (2010). Working alliance as a mediator of client attachment dimensions and psychotherapy outcome. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 47(4), 631–6. doi:10.1037/a0022080
- Camelley, K. B., & Ruscher, J. B. (2000). Adult Attachment and Exploratory Behavior in Leisure, *Journal of social behavior and personality*, 15(2), 153–165.
- Canavarro, M.C. (1999). Inventário De Sintomas Psicopatológicos (BSI) uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In R. Simões; C. Machado; M. Gonçalves & S. Almeida

(coord.). *Avaliação Psicológica Instrumentos Validados Para A População Portuguesa* (1.º ed., Vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto.

Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, XX(1), 155-187.

Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (2006). *Principles of Therapeutic Change That Work*. New York: Oxford University Press.

Coutinho, J. F.P. (2010). *The Development of the Therapeutic Alliance: Rupture Processes and the Role of the Therapist's Experience* (Tese de Doutoramento em Psicologia. Área de Conhecimento de Psicologia Clínica não publicada). Escola de Psicologia da Universidade do Minho, Braga.

Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B.C. & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6.º ed., pp. 298-340). New Jersey: John Wiley & Sons.

Crowell, J.A. & Treboux, D. (1995). A Review of Adult attachment Measures: Implications for Theory and Research. *Social Development*, 4, 294-327.

Cunha, C., Gonçalves, M. M., Hill, C. E., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Sousa, I., ... Greenberg, L. S. (2012). Therapist interventions and client innovative moments in emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 49(4), 536–48. doi:10.1037/a0028259

Daniel, S.I.F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review*, 26, 968-984.

Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (1994). Introduction: Entering the Field of Qualitative Research. In N.K. Denzin & Y.S Lincoln (Eds). *Handbook of Qualitative Research* (pp.1-17). Thousand Oaks: Sage Publications.

Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: a meta-analytic review. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(3), 237–48. doi:10.1037/a0022425

Eames, V., & Roth, A. (2000). Patient attachment orientation and the early working alliance-a study of patient and therapist reports of alliance quality and ruptures. *Psychotherapy*

research: *Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 10(4), 421–34.  
doi:10.1093/ptr/10.4.421

Elliott, R., Wexler, M. M., Brinkerhoff, J., Clark, C., Davis, K., Jackson, L., Kemeny, V., et al. (1994). Special section : measuring session outcome in counseling and psychotherapy Measuring the Impact of Sessions in Process-Experiential Therapy of Depression : The Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology* 41(2), 166–174.

Elliot, A. J., & Reis, H. T. (2003). Attachment and Exploration in Adulthood, *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 317–331. doi:10.1037/0022-3514.85.2.317

Feeney, B. C., & Thrush, R. L. (2010). Relationship influences on exploration in adulthood: the characteristics and function of a secure base. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(1), 57–76. doi:10.1037/a0016961

Fisch, J. (2011). The Essence of Therapy: What Is Essential for a Therapeutic Engagement and Psychic Change to Take Place and What Model/Models Explain It Best? *International Journal of Psychoanalytic Self Psychology*, 6(3), 377–394. doi:10.1080/15551024.2011.583333

Flückiger, C., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 59(1), 10–7. doi:10.1037/a0025749

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., et al. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(1), 22–31. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8907081>

Frieswyk, S. H., Allen, J. G., Colson, D. B., Coyne, L., Gabbard, G. O., Horwitz, L., & Newsom, G. (1986). Therapeutic alliance: its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(1), 32–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3958299>

Gameiro, J. (1994). *Quem sai aos seus...*Porto: Edições Afrontamento.

Geller, S. M., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2010). Therapist and client perceptions of therapeutic presence: the development of a measure. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(5), 599–610. doi:10.1080/10503307.2010.495957

- Gonçalves, M. A. & Ribeiro, A. P. (2012). Therapeutic Change, Innovative Moments, and The Reconceptualization of The Self: A dialogical Account. *International Journal for Dialogical Science*, 6(1), 81-98.
- Greenberg, L.S. (1999). Ideal Psychotherapy Research: A Study of Significant Change Process. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12),1467-1480.
- Green, J. D., & Campbell, W. K. (2000). Attachment and Exploration in Adults: Chronic and Contextual Accessibility. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26(4), 452–461. doi:10.1177/0146167200266004
- Hamel, H., Dufour, S. & Fortin, D. (1993). *Case Study Methods Qualitative Research Methods*, Vol. 32. London: Sage Publications.
- Hanna, F. J., & Ritchie, M. H. (1995). Seeking the active ingredients of psychotherapeutic change: Within and outside the context of therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(2), 176–183. doi:10.1037//0735-7028.26.2.176
- Hazan, C. & Shaver, P. (1987). Romantic Love Conceptualized as an Attachment Process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52 (3), 511-524.
- Holmes, J. (2011). Attachment in the consulting room: towards a theory of therapeutic change. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 13(2), 97–114. doi:10.1080/13642537.2011.570013
- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223–233. doi:10.1037//0022-0167.36.2.223
- Horvath, A. O., & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38(2), 139–149. doi:10.1037//0022-0167.38.2.139
- Horvath, A. O. (2001). The alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 365–372. doi:10.1037//0033-3204.38.4.365
- Horvath, A. O. (2006). The alliance in context: Accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(3), 258–63. doi:10.1037/0033-3204.43.3.258
- Horvath, A. O., Del Re, a C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 9–16. doi:10.1037/a0022186

Ivey, A. E., & Ivey, M. B. (2007). Chapter 9 – The Skills of Confrontation: Supporting While Challenging Clients In A. E. Ivey & M. B. Ivey *Intentional Interviewing and Counseling: Facilitating Client Development in a Multicultural Society* (pp. 239- 264). Belmont - USA: Thomson - Brooks/Cole.

Johnson, L. N., Ketring, S. a., Rohacs, J., & Brewer, A. L. (2006). Attachment and the Therapeutic Alliance in Family Therapy. *The American Journal of Family Therapy*, 34(3), 205–218. doi:10.1080/01926180500358022

Lambert, M.J. (2013). Introduction and Historical Overview. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield´s Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6.º ed., pp. 2-20). New Jersey: John Wiley & Sons.

Levitt, H. M., & Williams, D. C. (2010). Facilitating client change: principles based upon the experience of eminent psychotherapists. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(3), 337–52. doi:10.1080/10503300903476708

Lima, V.S. (2009). *Vinculação, Representação da Relação Íntima e Interação Diádica em Adultos* (Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica não publicada). Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.

Lingiardi, V., Colli, A. & Tanzilli, A. (2011). Exploration of Session Process: Relationship to Depth and Alliance. *Psychotherapy* 48 (4), 391-400.

Machado, P.P.P. & Horvath, A. (1999). Inventário da Aliança Terapêutica – W.A.I. In M. R. Simões, M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol II, pp.87-94). Braga: S.H.O. e APPORT.

Main, M. (1996). Introduction to the Section on Attachment and Psychopathology: 2. Overview of the Field of Attachment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 237-243.

Mallinckrodt, B., Gantt, D. L., & Coble, H. M. (1995). Attachment patterns in the psychotherapy relationship: Development of the Client Attachment to Therapist Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 42(3), 307–317. doi:10.1037//0022-0167.42.3.307

Mallinckrodt, B., Porter, M. J., & Kivlighan, D. M. (2005). Client Attachment to Therapist, Depth of In-Session Exploration, and Object Relations in Brief Psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(1), 85–100. doi:10.1037/0033-3204.42.1.85

- Martin, a. M., Paetzold, R. L., & Rholes, W. S. (2010). Adult Attachment and Exploration: Linking Attachment Style to Motivation and Perceptions of Support in Adult Exploration. *Basic and Applied Social Psychology*, 32(2), 196–205. doi:10.1080/01973531003738452
- McLeod, J. (2013). Qualitative Research: Methods and Contributions. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6.º ed., pp. 49-84). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Mikulincer, M. & Shaver, P.R. (2007). *Attachment in Adulthood, Structure, Dynamics and Change*. New York: The Guilford Press.
- Muran, J. C., Gorman, B. S., Safran, J. D., Twining, L., Samstag, L. W., & Winston, a. (1995). Linking in-session change to overall outcome in short-term cognitive therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 63(4), 651–7. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7673543>
- Nicolo, G., Dimaggio, G., Procacci, M., Semerari, A., Carcione, A., & Pedone, R. (2008). How states of mind change in psychotherapy: an intensive case analysis of Lisa's case using the Grid of Problematic States. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(6), 645–56. doi:10.1080/10503300802183686
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 4–8. doi:10.1037/a0022180
- Ogles, B. M. (2013). Measuring Change in Psychotherapy Research. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6.º ed., pp. 134-166). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Owen, I. (2011). The dance of attachment. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(3), 330–347. doi:10.1037/a0025492
- Parish, M., & Eagle, M. N. (2003). Attachment to the therapist. *Psychoanalytic Psychology*, 20(2), 271–286. doi:10.1037/0736-9735.20.2.271
- Ribeiro, E. (2009) Aliança terapêutica: quando o encontro se torna terapêutico. In E. Ribeiro (Coord). *Aliança Terapêutica: da teoria à prática clínica* (pp.15-41). Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Ribeiro, A. P., Bento, T., Salgado, J., Stiles, W. B., & Gonçalves, M. M. (2011). A dynamic look at narrative change in psychotherapy: a case study tracking innovative moments and

protonarratives using state space grids. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(1), 54–69. doi:10.1080/10503307.2010.504241

Riggs, S. a., Jacobovitz, D., & Hazen, N. (2002). Adult attachment and history of psychotherapy in a normative sample. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(4), 344–353. doi:10.1037/0033-3204.39.4.344

Rogers, C.R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

Romano, V., Fitzpatrick, M., & Janzen, J. (2008). The secure-base hypothesis: Global attachment, attachment to counselor, and session exploration in psychotherapy. *Journal of counseling psychology*, 55(4), 495–504. doi:10.1037/a0013721

Safran, J. D., & Muran, J. C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(3), 447–58. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8698936>

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness? *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 43(3), 286–91. doi:10.1037/0033-3204.43.3.286

Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 48(1), 80–7. doi:10.1037/a0022140

Salzinger, K. (2011). Therapeutic Change Viewed through Behavior Analytic Lenses El Cambio Terapéutico Visto a Través de las Lentes del Comportamiento Analítico. *Clinica e Salud*, 22 (3), 237–245.

Santos, A., Gonçalves, M. M., & Matos, M. (2011). Innovative moments and poor outcome in narrative therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(2), 129–139. doi:10.1080/14733140903398153

Sauer, E. M., Lopez, F. G., & Gormley, B. (2003). Respective contributions of therapist and client adult attachment orientations to the development of the early working alliance: a preliminary growth modeling study. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 13(3), 371–82. doi:10.1093/ptr/kpg027

Sauer, E. M., Anderson, M. Z., Gormley, B., Richmond, C. J., & Preacco, L. (2010). Client attachment orientations, working alliances, and responses to therapy: a psychology training clinic study. *Psychotherapy research: journal of the Society for Psychotherapy Research*, 20(6), 702–11. doi:10.1080/10503307.2010.518635

- Slade, A. (2008). The Implications of Attachment Theory and Research for Adult psychotherapy. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds), *Handbook of Attachment, Theory, Research and Clinical Applications* (2ªed., pp.762-782). New York: The Guilford Press.
- Sousa, Z. C. R. (2006). *Psicoterapia Narrativa e Mudança, Histórias sobre o processo terapêutico* (Dissertação de Mestrado em Psicologia na especialidade de Psicologia Clínica não publicada). Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.
- Stake, R.E. (1994). Case Studies. In N.K. Denzin & Y.S Lincoln (Eds). *Handbook of Qualitative Research* (pp.236-247). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Soares, I. (2000). Psicopatologia do Desenvolvimento e contexto familiar: Teoria e investigação das relações de vinculação. In I. Soares (Ed.), *Psicopatologia do Desenvolvimento: trajetórias (in)Adaptativas ao longo da vida* (pp. 381-434).Coimbra: Quarteto.
- Soares, I. & Dias, P. (2007). Apego e psicopatologia en jóvenes y adultos: contribuciones recientes de la investigacion. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(1), 177-195.
- Soares, I. (2009). Desenvolvimento da teoria e da investigação da vinculação. In I. Soares (Ed.), *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação* (pp. 15-45). Braga: Psiquilibrios.
- Sprenkle, D. H., & Blow, A. J. (2007). The role of the therapist as the bridge between common factors and therapeutic change: more complex than congruency with a worldview. *Journal of Family Therapy*, 29(2), 109–113. doi:10.1111/j.1467-6427.2007.00375.x
- Tasca, G. a., Ritchie, K., Conrad, G., Balfour, L., Gayton, J., Lybanon, V., & Bissada, H. (2006). Attachment scales predict outcome in a randomized controlled trial of two group therapies for binge eating disorder: An aptitude by treatment interaction. *Psychotherapy Research*, 16(1), 106–121. doi:10.1080/10503300500090928
- Thomas, M. L. (2006). The Contributing Factors of Change in a Therapeutic Process. *Contemporary Family Therapy*, 28(2), 201–210. doi:10.1007/s10591-006-9000-4
- Tracey, T. J. G., Lichtenberg, J. W., Goodyear, R.K., Claiborn, C.D., & Wampold, B.E. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 13(4), 401–13. doi:10.1093/ptr/kpg041

Watson, J.C., Schein, J & McMullen, E. (2010). An examination of clients' in-session changes and their relationship to the working alliance and outcome. *Psychotherapy Research, 20*(2), 224-233.

Watson, J. C. (2011). Review of The real relationship in psychotherapy: The hidden foundation of change. *Psychotherapy, 48*(4), 374–375. doi:10.1037/a0026185

Zuroff, D. C., & Blatt, S. J. (2006). The therapeutic relationship in the brief treatment of depression: contributions to clinical improvement and enhanced adaptive capacities. *Journal of consulting and clinical psychology, 74*(1), 130–40. doi:10.1037/0022-006X.74.1.130

# ANEXOS

# ANEXO I

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu abaixo assinado/a, \_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi dada sobre o projeto de investigação de mestrado em psicologia clínica sobre mudança terapêutica, tendo tido a oportunidade para colocar questões e esclarecer dúvidas sobre o mesmo.

Tomei conhecimento de que todas as sessões terapêuticas serão vídeo gravadas e/ou áudio gravadas e que participarei em duas entrevistas e no preenchimento de dois questionários aplicados em quatro momentos diferentes ao longo do processo terapêutico. Foi-me dada a garantia de que os dados serão totalmente anónimos e confidenciais.

Fui ainda informado/a que posso, a qualquer momento recusar a minha participação no projeto, sem com isso sofrer qualquer tipo de penalização.

Aceito participar de livre vontade no estudo mencionado, autorizando a divulgação científica dos resultados obtidos, desde que garantido o total anonimato.

Data:

Assinatura:

## ANEXO II

### SISTEMA DE CATEGORIAS

Categoria	Subcategoria	Descrição	Exemplo de dados	N.º Documentos (Sources)	N.º de UR (References)
<b>1. Percepção de si</b>		Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas à visão que a cliente tem sobre si mesma e sobre a sua história pessoal e desenvolvimento individual. Codificam-se ainda as características que identifica em si, que aspetos destaca do seu funcionamento.	<i>“Eu sou pouco assertiva”;</i> <i>“Eu acho que tudo o que eu sou hoje é muito definido pelo que me aconteceu anteriormente”</i>	8	289
<b>2. Relações interpessoais</b>		Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas às relações que a cliente mantém com os outros, independentemente do tipo de relação (e.g. familiares, amigos, colegas de trabalho, desconhecidos). Inclui o modo como se relaciona com os outros e as características da relação. São aqui codificadas também as unidades de registo relativas ao valor que a cliente atribui às relações e o impacto que têm na sua experiência de vida.	<i>“E continuo... ainda hoje tive momentos fantásticos com os meus alunos”;</i> <i>”Principalmente a minha mãe criou-me ah... um vazio enorme e então ter que andar à procura no outro...pois...o preenchimento desse vazio que a minha mãe criou...”</i>	8	276
<b>3. Relação com o trabalho</b>		Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas ao trabalho da cliente. Inclui referências ao	<i>“Eu tenho passado doze horas na escola, não tem sido fácil”;</i>	8	63

		tempo dedicado ao trabalho, gosto, dedicação ou empenho pelo mesmo, como também unidades de registo sobre a dificuldade da sua execução e sobre as características da atividade profissional da cliente.	<i>“Não sabe como é que eu funciono, eu sou muito apaixonada no trabalho e...”</i>		
	<b>4. Relação com o lazer</b>	Codificam-se nesta categoria todas as unidades de registo relativas a atividades de lazer que a cliente gosta ou pratica, tidas como movimentos de exploração	<i>“E saí à noite na sexta-feira, fui beber uns copos”;</i>  <i>“Fui treinar na terça-feira, fui treinar com as miúdas voleibol, jogar voleibol com as miúdas”</i>	7	26
<b>5. Avaliação da mudança</b>	<b>5.1 Mudança</b>	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas a mudanças efetivas da cliente, quer sejam ações, pensamentos ou emoções relativos a mudança nas categorias: percepção de si, relações interpessoais, relação com o trabalho e relação com o lazer. Codificam-se também nesta subcategoria todas as unidades de registo em que se denota que a cliente compreendeu algo relevante que se constitua como potenciador de mudança.	<i>“O que eu percebi foi: ok eu fui capaz de perceber. Mas eu deprimia sempre, a forma como lidava com essa perda é que não era a mais adequada”;</i>  <i>“Mas estou funcional, tou a sair da crise de outra maneira.”</i>	8	96
	<b>5.2 Reflexão</b>	Codificam-se todas as unidades de registo relativas a reflexões sobre o processo de mudança, em que é que	<i>“Depois começo a associar uma coisa à</i>	8	172

		<p>ele se traduz, o percurso ou ação que a cliente antecipa para tanto, ou que sente que já fez no sentido da mesma, as dificuldades que sente, o que percebe que consegue ou não fazer.</p> <p>Codificam-se também unidades de registo relativas ao seu desconforto com a situação atual. Codificam-se ainda reflexões sobre o padrão de funcionamento da cliente e sobre a influência da sua história desenvolvimental no mesmo.</p>	<p><i>outra. Ah... nunca me obrigaram em tempo devido a dormir sozinha e se calhar daí eu precisar do outro para me...fisicamente o outro.”;</i></p> <p><i>”Porque é que eu demoro tanto tempo a mudar? Porque é que ainda continuo a cometer alguns erros, sabendo que são erros...”</i></p>		
	<b>5.3 Permanência</b>	<p>Codificam-se todas as unidades de registo relativas à dificuldade da cliente mudar, percebida ou não por ela e unidades de registo que refletem uma repetição do seu padrão de funcionamento ou pensamento.</p>	<p><i>“Ahh, eu atarefada de trabalho até à ponta dos cabelos, vem um colega meu e pede-me mais não sei quê e eu faço...”;</i></p> <p><i>“Mas chego tarde a casa, cansada e em vez de me obrigar a ir, não, fico por casa.”</i></p>	8	147
<b>6. Perceção da relação terapêutica</b>	<b>6.1 Avaliação global da relação terapêutica</b>	<p>Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo genéricas sobre a relação terapêutica. Esta é percebida como cumprindo a sua função, bem como a terapeuta. O clima é percebido como positivo (atenção, reforço positivo, competência da terapeuta).</p>	<p><i>“Esteve atenta, esteve atenta”;</i></p> <p><i>“Pra quem me conhece há um mês é muito boa naquilo que faz”</i></p>	7	16
	<b>6.2 Relação</b>	<p>Codificam-se nesta</p>		3	4

	<b>terapêutica incisiva</b>	subcategoria todas as unidades de registo em que a relação terapêutica é percebida como incisiva ou diretiva, promovendo o desenvolvimento de competência na cliente.	<i>“Agora a Dra. Z (terapeuta) é muito cirúrgica. Vai ali tá, e o clic é feito com muita mais rapidez do que nos processos terapêuticos anteriores”</i>		
	<b>6.3 Relação terapêutica provocadora</b>	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo em que a relação terapêutica é percebida como capaz de desafiar a cliente.	<i>“Dra.Z (terapeuta) ela pica-me, provoca”.</i>	3	6
	<b>6.4 Relação terapêutica pouco intimista</b>	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo em que a relação terapêutica é percebida como pouco íntima, pouco protetora.	<i>“com a outra havia mais um... era mais, não sei, personalizado mais... que a pessoa estava lá, sentia que havia uma maior envolvência”</i>	1	4
	<b>6.5 Relação terapêutica desconforto</b>	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo em que a relação terapêutica é vivida com desconforto. A cliente sente receber pouca atenção.	<i>“Eu sinto-me um bocado perdida nestas consultas”</i>	3	5
	<b>6.6 Relação terapêutica irónica</b>	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas ao uso do humor, ironia ou brincadeira como promotores do desenvolvimento da cliente.	<i>“Eu acho que o provocar, utilizando a ironia, acho que isso me promove a mudança mais facilmente.”; “Entra nas minha brincadeiras!”</i>	2	4
	<b>6.7 Tarefas</b>	Codificam-se nesta subcategoria todas as unidades de registo relativas às tarefas proposta e à reação da cliente às mesmas.	<i>“Ai, adoro trabalho de casa.”</i>	3	5

## ANEXO III

**Tabela:** “Relação terapêutica” vs “Permanência”

	Sessão 2	Sessão 3	Sessão 4	Sessão 5	Sessão 6	Sessão 7	Sessão 8	Entrevista
Ag Rt	0	0	0	0	0	0	0	0
Rt desc	0	0	0	0	0	0	0	0
Rt inc	0	0	0	0	0	0	0	0
Rt iro	0	0	0	0	0	0	0	0
Rt p int	0	0	0	0	0	0	0	0
Rt prov	0	0	0	0	0	0	0	0
Tarefas	0	0	1	0	0	0	0	0

*Nota.* Ag Rt = Avaliação global da relação terapêutica; Rt desc = Relação terapêutica desconforto; Rt inc = Relação terapêutica incisiva; Rt iro = Relação terapêutica irônica; Rt p int = Relação terapêutica pouco intimista; Rt prov = Relação terapêutica provocadora.

## ANEXO IV

**Tabela:** “Relação terapêutica” vs “Reflexão”

	Sessão 2	Sessão 2	Sessão 2	Sessão 2	Sessão 2	Sessão 2	Sessão 2	Entrevista
Ag Rt	0	0	0	0	0	0	0	0
Rt desc	0	0	0	0	0	0	0	0
Rt inc	0	0	0	0	0	0	0	0
Rt iro	0	0	0	0	0	0	0	0
Rt p int	0	0	0	0	0	0	0	0
Rt prov	0	0	0	0	0	0	0	0
Tarefas	0	0	0	0	0	0	0	0

*Nota.* Ag Rt = Avaliação global da relação terapêutica; Rt desc = Relação terapêutica desconforto; Rt inc = Relação terapêutica incisiva; Rt iro = Relação terapêutica irônica; Rt p int = Relação terapêutica pouco intimista; Rt prov = Relação terapêutica provocadora.