



Dissertação de Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde

Intervenções terapêuticas e a sua relação com a evolução da assimilação das experiências
problemáticas num caso de sucesso terapêutico em Terapia Focada nas Emoções

Maria Leonor Pereira da Rocha, nº 29079

Orientação: Professor Doutor João Manuel Castro Faria Salgado

Professora Doutora Isabel Maria Morais Basto

Câstelo da Maia,

Setembro, 2019

Agradecimentos

À minha irmã, que apesar de ter os seus humildes 10 anos de idade, foi a minha grande amiga. Obrigada por me compreenderes quando recusei brincar, por gritar contigo nos meus momentos de *stress*. Obrigada por seres o meu porto de abrigo, ouvires os meus desabafos. És o meu mundo.

Aos melhores pais que alguma vez poderia ter. Sou muito agradecida por me proporcionarem a oportunidade de prosseguir com os estudos, por me ajudarem a realizar um dos meus sonhos e nunca me negarem o seu apoio nos momentos mais difíceis. Houve meses mais apertados durante estes 5 anos, mas nunca ouvi um “não” no que diz respeito à minha formação. Vocês são os maiores. “A família é o sítio onde a vida começa e o amor nunca acaba.” Adoro-vos. Especialmente a ti, minha mãe, que és o meu modelo de vida. Amo-te.

Ao meu namorado por acreditar sempre, sempre em mim, por me valorizar, por me ajudar em vários momentos não só no desenvolvimento desta dissertação como também ao longo da minha jornada. Estás presente na minha vida desde 2010, sempre comigo, quer a partilhar os meus sucessos e insucessos, quer nos momentos mais revoltantes e frustrantes. Obrigada pelo amor, a paz que me transmitiste e por me ensinares que “tudo acontece por uma razão”. Amo-te.

À Professora Doutora Isabel Basto por toda a paciência, dedicação, disponibilidade e carinho. Obrigada por me ajudar a lidar com as minhas frustrações e, principalmente, por me ajudar a crescer. Foi a pessoa que soube “colocar os meus travões a funcionar”. Esta conquista também é sua. Devo-a, em grande parte, a si. Nutro um carinho pela pessoa maravilhosa que és. Identifico-me muito consigo, por isso é que digo que sou “a mini Isabel Basto”. Sabe que gosto muito de si, certo?

Ao Professor Doutor João Salgado pelo auxílio e cuidado, pela exigência e preocupação. Estou muito grata por acompanhar de perto esta tão importante fase da minha

viagem. É, sem dúvida, um exemplo a seguir. Espero, em momento algum, não o ter desiludido durante este ano. A sua opinião é muito importante para mim.

À Dra. Carla Peixoto, Dra. Catarina Almeida, Dra. Daniela Nogueira, Dra. Carla Cunha, Dra. Lílíana Meira, Dra. Valéria Gomes e Dr. Francisco Machado por me ensinarem o que é pertencer a esta profissão. Sobretudo, quero agradecer todo o carinho que manifestaram ao longo do meu percurso e por estarem sempre lá quando precisei.

À equipa fantástica da UNIDEP, em especial, Dra. Patrícia, Dra. Sara Silva, Dra. Eunice e Dr. Pedro pelos conselhos, pela disponibilidade, preocupação, por me tranquilizarem nos meus momentos mais ansiosos e por me darem sugestões. Além de profissionais incríveis, são seres humanos maravilhosos. Obrigada.

Aos meus amigos por me ajudarem a ventilar e partilharem as mesmas experiências e frustrações. Em especial à:

Catarina Soares, a melhor pessoa que esta faculdade me deu. Foste, sem dúvida, a pessoa mais importante e que mais me marcou durante estes 5 anos. Tenho muitas saudades tuas, não sabes a falta que me fazes. Sei que és a minha amiga da faculdade, que levo para a minha vida toda. Não será o Oceano Atlântico que nos separará, minha Madeirense!

Beatriz Viana, a minha fiel companheira, que partilhou muito de perto esta etapa comigo. Obrigada por seres “incrivelmente incrível” e estares sempre no sítio certo, à hora certa.

Cláudia Oliveira, Sandra Azevedo, Beatriz Rodrigues e Bruna Rocha que partilharam comigo bons momentos ao longo destes 5 anos.

Carla Monforte pelo companheirismo nesta experiência.

Dra. Vanessa Pinto, Dra. Cláudia Calaboiça e Dra. Clara Aguiar, por me tranquilizarem ao longo deste ano.

A todos, o meu grande e eterno obrigado por me ajudarem a ultrapassar esta fase tão marcante da minha vida.

Resumo

O Modelo de Assimilação das Experiências Problemáticas pretende explicar e descrever a mudança terapêutica, propondo que é possível ultrapassar problemas clínicos através da integração de experiências penosas, previamente rejeitadas pelo *self* (Stiles, 2002; Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998). Vários estudos validam a perspectiva de que este processo parece ter impacto na promoção da mudança terapêutica (Basto, Pinheiro, Stiles, Rijo & Salgado, 2016; Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2006; Field, Barkham, Shapiro & Stiles, 1994; Stiles, Meshot, Anderson & Sloan 1992; Stiles, Shapiro, Harper & Morrison, 1995). Contudo, poucas investigações enfatizam o papel ativo do psicoterapeuta na promoção da assimilação.

Assim sendo, o presente estudo teve tem como objetivo principal explorar como as intervenções terapêuticas se relacionam com a evolução da assimilação das experiências problemáticas num caso de sucesso terapêutico em Terapia Focada nas Emoções (TFE). Para tal, recorreu-se à Escala da Assimilação das Experiências Problemáticas (APES) e a *Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale* (CPIRS) a fim de identificar intervenções terapêuticas, explorando a sua relação com o nível de assimilação da cliente. Os nossos resultados sugerem que determinadas intervenções terapêuticas podem facilitar o progresso da assimilação da experiência problemática ao longo do processo terapêutico.

Palavras chave: modelo de assimilação das experiências problemáticas, processo de mudança, depressão, intervenções terapêuticas

Abstract

The assimilation model describes psychotherapeutic change, proposing that it is possible to overcome clinical problems through the integration of painful experiences previously rejected by the *self* (Stiles, 2002; Stiles, Honos-Webb & Surko, 1998). Previous studies validate the perspective that this process seems to have impact in therapeutic change (Basto, Pinheiro, Stiles, Rijo & Salgado, 2016; Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2006; Field, Barkham, Shapiro & Stiles, 1994; Stiles, Meshot, Anderson & Sloan 1992; Stiles, Shapiro, Harper & Morrison, 1995). However, there isn't enough empirical validation emphasizing the psychotherapist's role in promoting the assimilation process throughout therapy.

This study aimed to explore how the therapeutic strategies are related to the evolution of the assimilation of problematic experiences in a good outcome case in Emotion Focused Therapy (EFT). To do this, we used the Assimilation of Problematic Experiences (APES) to assess the assimilation process and the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS) to identify therapeutic interventions. Our results seem to suggest that specific therapeutic interventions can facilitate the assimilation progress throughout therapy.

Keywords: assimilation model; change process; responsiveness; therapist intervention.

Índice

Introdução	5
Capítulo 1 - Enquadramento Teórico.....	8
1.1 Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas	8
1.2. Escala de Experiências Problemáticas (APES).....	10
1.3. Assimilação e Resultado terapêutico.....	12
1.4. Responsividade do Terapeuta no Processo de Assimilação.....	14
1.5. Intervenções terapêuticas e a assimilação de experiências problemáticas	16
1.6. Modelo de Terapia Focada nas Emoções (TFE) para a Depressão.....	18
1.7. Propósito do Estudo	20
Capítulo 2 – Estudo Empírico.....	21
2.Método	21
2.1. Participantes	21
2.2. Terapeuta.....	23
2.3. Terapia.....	23
2.4. Instrumentos	24
2.4.1. Medidas de Resultado.....	24
2.4.2. Medidas de Processo	25
2.5. Procedimentos de recolha e análise de dados.....	26
2.5.1. Medidas de Resultado.....	26
3. Resultados	28

3.1. Análise da Evolução da Assimilação	29
3.2. Análise da Evolução da Utilização das Intervenções Terapêuticas	32
5. Conclusão, implicações para a prática clínica, limitações, futuros estudos.....	48
Referências.....	50
Anexos	59

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Evolução da assimilação, medido através da APES, ao longo do processo psicoterapêutico.....	29
<i>Figura 2.</i> Evolução da utilização das intervenções, identificadas pela CPIRS e do nível de assimilação, medido através da APES, ao longo do psicoterapêutico.....	32

Índice de Tabelas

Tabela 1. Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas.....	11
Tabela 2. Frequência das intervenções terapêuticas que promoveram aumento de assimilação partindo da APES 2 (Consciência vaga/emergência) cuja necessidade será “Intensificar e controlar a experiência”	36
Tabela 3. Intervenções terapêuticas que promoveram aumento de assimilação partindo da APES 3 (Colocação do Problema/ Clarificação) cuja necessidade será “Estimular, compreender ou ganhar <i>insight</i> sobre a experiência”	38
Tabela 4. Intervenções terapêuticas que promoveram aumento de assimilação partindo da APES 4 (Compreensão/ <i>Insight</i>) cuja necessidade do cliente será “Ganhar <i>insight</i> da experiência”	39
Tabela 5. Intervenções terapêuticas que promoveram aumento de assimilação partindo da APES 5 (Aplicação/Elaboração) cuja necessidade do cliente será “Elaborar <i>insight</i> ; prática comportamental”	41

Introdução

O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas explica como o processo de mudança psicoterapêutica ocorre através da integração progressiva e ativa de experiências penosas no *self* (Stiles et.al., 1990). Este modelo concebe a mudança terapêutica como o resultado da assimilação gradual de experiências problemáticas numa sucessão de oito estádios sequenciais, sendo estes medidos através da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (Caro Gabalda & Stiles 2009; APES, Stiles et.al., 1990; Stiles, 1999; Stiles et al. 1991). A compreensão do nível de assimilação favorece um entendimento global do processo de mudança dos clientes e, como tal, poderá ser uma ferramenta útil para a prática clínica. Como diz Honos Webb e Stiles (2002), o nível de assimilação sinaliza necessidades específicas do cliente desse mesmo nível. Assim, espera-se que uma resposta terapêutica ajustada facilite o progresso da assimilação uma vez que o terapeuta adeque as intervenções ao nível de assimilação e, por conseguinte, às necessidades do cliente.

Apesar de existirem evidências empíricas que confirmam a relação entre o progresso na assimilação de experiências problemáticas e o sucesso terapêutico (Brinegar, Salvi, Stiles, & Greenberg, 2006; Caro Gabalda, 2008; Gray & Stiles, 2011; Honos Webb & Stiles, 2002; Stiles et al., 1995; Stiles et al., 1998), é possível constatar a escassez de estudos que salientem a importância do terapeuta na promoção da assimilação das experiências problemáticas do cliente ao longo do processo psicoterapêutico. Partindo do pressuposto de que o terapeuta, ao ser responsivo em face das necessidades do cliente, poderá facilitar o progresso do nível de assimilação, a psicoterapia poderá ser mais eficaz num tempo de intervenção mais reduzido.

Vários estudos sugerem que a responsividade se assume como um elemento-chave para alcançar um bom resultado terapêutico (Stiles et al., 1995; Stiles et al., 1998; Ribeiro et al., 2013). Desta forma, um terapeuta ao adotar uma postura responsiva e ativa durante o processo psicoterapêutico, será capaz de apropriar todas as intervenções terapêuticas conforme o nível

de assimilação em que o cliente se encontra. Assim, uma questão que se levanta através da revisão da literatura tem que ver com a adequação e aplicação efetiva neste modelo na prática clínica de forma a potenciar a integração das experiências dolorosas.

As investigações pioneiras de Meystre, Kramer, De Roten, Despland e Stiles (2014) e Meystre, Pascual-Leone, De Roten, Despland e Kramer (2015) pretenderam realçar o contributo da ação do terapeuta na resolução de problemas clínicos dos clientes. Estes estudos debruçaram-se sobre a identificação de intervenções terapêuticas que pudessem estar relacionadas com a assimilação das experiências do cliente. Para tal, procederam à análise de casos clínicos com o modelo psicodinâmico, utilizando como uma das medidas de processo a CPIRS.

O estudo de Meystre e colaboradores (2014) pareceu demonstrar que o terapeuta ao utilizar intervenções específicas pode potenciar mudanças consideráveis no resultado terapêutico. Os autores propuseram que as intervenções mais globais, nomeadamente, relacionadas com encorajar, facilitar e clarificar comunicação (e.g., Clarificação, reformulação em palavras diferentes) surgem quer em níveis mais baixos (0 e 1), quer intermédios (2 e 3) de assimilação. O outro estudo de Meystre e colaboradores (2015) sugeriu que não só as intervenções relacionadas com a construção da relação terapêutica (e.g., empatia) como também as mais diretivas (e.g., interpretação) parecem surgir em diferentes níveis de assimilação, facilitando a consciência, *insight* e compreensão da experiência problemática. Assim sendo, estas duas investigações enfatizaram a importância do papel ativo do terapeuta considerando que, ao adotar intervenções específicas consoante o nível de assimilação, possivelmente o processo de mudança poderá ser alcançado mais rapidamente.

Deste modo, no seguimento dos estudos supracitados considerou-se relevante explorar a relação entre as diferentes intervenções terapêuticas e a evolução na assimilação noutros modelos psicoterapêuticos, nomeadamente em TFE. Neste sentido, o presente estudo teve

como objetivo primordial explorar como as intervenções terapêuticas se poderiam relacionar com a evolução da assimilação.

Capítulo 1 - Enquadramento Teórico

1.1 Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas

O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas (Stiles, 2001; Stiles et al., 1990) diz respeito a um modelo teórico que explica como o processo de mudança ocorre através da integração progressiva e ativa de determinadas experiências penosas no *self* (Honos-Webb, Lani & Stiles, 1999; Stiles et al., 1990). Este modelo concebe a mudança terapêutica como o resultado da assimilação gradual de experiências problemáticas numa sucessão de oito níveis, sendo que cada nível é acompanhado por mudanças cognitivas e emocionais (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 2011; Stiles et al., 1990). Este modelo teórico sugere que as experiências problemáticas são integradas em esquemas, permitindo que se transformem de dolorosas e intrusivas, a compreendidas e assimiladas (Stiles et al., 1990). Deste modo, uma experiência problemática pode ser considerada uma situação, ação, intenção, um impulso, pensamento que causa desconforto ao cliente, não significando que a experiência é problemática no sentido literal da palavra, mas sim algo incompatível com o padrão de funcionamento habitual do indivíduo, causando sofrimento e dano emocional (Stiles et al., 1990).

Numa primeira versão do modelo, Stiles e colaboradores (1990), fazem uso da noção Piagetiana de esquema (Rumerlhart & Norman, 1978). Desta forma, os esquemas dizem respeito a estruturas que modelam a forma como percebemos o mundo, agindo sobre o mesmo. Normalmente, novas experiências são facilmente assimiladas nos esquemas prévios. No entanto, quando surgem experiências incongruentes com os esquemas preexistentes (e.g. traumáticas), a sua assimilação é dificultada ou mesmo evitada visto que a sua integração implicaria a ocorrência de mudanças significativas desses mesmos esquemas. Neste sentido, quando estas surgem na consciência geram sofrimento psicológico, podendo estar na base de quadros psicopatológicos, como por exemplo, sintomatologia depressiva (Stiles, et al., 1990). A sua negação conduz a uma percepção de desconexão interna visto que estas experiências são

relevantes para o *self*. Segundo o modelo de assimilação, é devido a estas condições que a psicopatologia pode ser explicada. Desta forma, a psicoterapia, como forma de suscitar a mudança clínica, deve promover a integração gradual destas experiências no *self* (Honos-Webb, et al., 1999; Stiles et al., 1992).

Numa segunda versão do modelo, Honos-Webb e Stiles (1998) concebem, metaforicamente, o *self* como sendo constituído por múltiplas vozes, que representam as diferentes experiências de vida do indivíduo (Goldsmith, Mosher, Stiles & Greenberg, 2008; Honos -Webb & Stiles, 1998; 2002). Por existirem diferentes experiências de vida, existem diferentes vozes que são assimiladas na comunidade e que regem todo o comportamento do indivíduo. As vozes assumem-se como entidades ativas, construídas através dos traços que tais experiências deixam (e.g., memórias, expectativas, competências), sendo as novas vozes, normalmente, assimiladas numa comunidade de vozes (Osatuke et al., 2007). As vozes dominantes dizem respeito a formas habituais de pensar, sentir e agir que guiam o comportamento, reconhecendo-se através da sua função, intenção, conteúdo e afetos (Honos-Webb, et al., 1999). Neste sentido, segundo esta perspectiva, uma voz problemática representará uma experiência de vida difícil ou traumática para o cliente, sendo que a sua integração desafiaria a estrutura da comunidade de vozes.

Assim, a comunidade de vozes (*self*) diz respeito a uma estrutura estável que contempla as diferentes “posições do Eu”. Esta representa as vozes dominantes, ou seja, as que coincidem com as suas experiências de vida e, por isso, assimiladas (Honos -Webb & Stiles, 1998; 2002).

Deste modo e segundo esta perspectiva, a psicopatologia poderá ser explicada pelo conflito interno e a incompatibilidade entre diferentes vozes. Assim, por não existir comunicação entre as vozes e comunidade, propicia-se o desenvolvimento de problemas clínicos e sofrimento psicológico, sendo tal refletido pelas dificuldades quotidianas do cliente (Honos-Webb & Stiles, 1998). No caso da sintomatologia depressiva, as vozes dominantes, por

adotarem uma postura mais passiva e submissa, não funcionam como um recurso para o indivíduo, o que faz aumentar e perpetuar o humor disfórico (Osatuke et al., 2007; Osatuke, Stiles, Barkham, Hardy & Shapiro, 2011; Stiles et al., 2004). Stiles (1999b) considera que a sintomatologia depressiva poderá advir do conflito entre uma voz dominante, que se caracteriza como submissa, e uma voz dissociada, que se caracteriza como assertiva, sugerindo que os clientes com depressão problematizam uma dada experiência que supostamente levaria à expressão dos seus interesses e necessidades. Ora, como o padrão de funcionamento do indivíduo se rege por uma comunidade de vozes marcada pela desesperança, apatia e vulnerabilidade, não permite integrar uma circunstância de vida positiva, causando conflito entre as partes do *self*, e, por conseguinte, sentimentos disfóricos manifestados sob forma de depressão (Osatuke et al., 2011; Stiles, 1999b).

Durante o processo psicoterapêutico, a criação de pontes de significado entre as diferentes vozes permitirá a gradual integração da experiência problemática na comunidade de vozes (Stiles, 2011). As pontes de significado são símbolos verbais e não verbais (e.g., palavras, expressões, imagens, gestos) que permitem criar entendimentos partilhados entre as vozes problemáticas e as vozes dominantes da comunidade (Brinegar et al., 2006; Honos-Webb & Stiles, 1998). Após a integração da experiência problemática no *self*, o sofrimento diminuiu e a experiência, inicialmente ameaçadora para o cliente, passa a constituir um recurso para o mesmo (Stiles, 1999a). Deste modo, o processo de mudança em psicoterapia, segundo esta abordagem, ocorre através da construção de pontes de significado que permitem o diálogo entre as vozes e a comunidade, ao longo dos oito estádios de assimilação (Goldsmith et al, 2008; Honos-Webb & Stiles, 1998).

1.2. Escala de Experiências Problemáticas (APES)

A Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES) é uma escala desenvolvida para avaliar o nível de assimilação de experiências problemáticas em que o

cliente se encontra (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 1999a). Assim, esta escala descreve o processo de assimilação numa sequência desenvolvimental, que o cliente experimenta ao longo de um continuum, em oito níveis diferentes compreendidos entre 0 (Evitamento) e 7 (Mestria/Domínio) no decorrer da psicoterapia (ver tabela 1, Caro Gabalda & Stiles, 2009; Caro Gabalda et al., 2011; Stiles, 2005).

Esta escala identifica não só o nível da consciência que o cliente apresenta da sua experiência/ voz problemática como também as suas disposições afetivas e cognitivas, num determinado momento do processo psicoterapêutico (Stiles et al., 1991; Caro Gabalda & Stiles, 2009).

Tabela 1

Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (retirado de Caro Gabalda & Stiles, 2009)

Nível de assimilação (APES)	Descrição
0. Evitamento	O conteúdo não está formado; O cliente não está consciente do problema. O desconforto pode ser mínimo, refletindo o evitamento bem-sucedido.
1. Pensamentos Indesejáveis	O conteúdo é formado por pensamentos desconfortáveis. O cliente prefere não pensar neles; os tópicos são sugeridos pelo terapeuta ou por circunstâncias externas. A emoção é frequentemente mais saliente do que o conteúdo e envolve fortes pensamentos negativos – ansiedade, medo, raiva, tristeza.
2. Consciência vaga/ Emergência	O cliente reconhece a experiência problemática e descreve pensamentos desconfortáveis associados, mas não consegue formular o problema claramente. A emoção inclui dor psicológica aguda ou pânico associado a pensamentos e experiências.
3. Colocação do problema/ Clarificação	O conteúdo inclui a colocação clara de um problema – algo que pode ser trabalhado. A emoção é negativa mas pode ser gerida, não há pânico.

4. Compreensão/ <i>Insight</i>	A experiência problemática é colocada em forma de esquema, formulada, compreendida com estabelecimento de ligações claras. A emoção pode ser mista, com reconhecimentos desagradáveis, mas também com curiosidade e por vezes com agradável surpresa.
5. Aplicação/Elaboração	A compreensão é utilizada para se trabalhar um problema; existem esforços específicos para a resolução do problema. O cliente pode descrever a consideração de alternativas ou a seleção sistemática de percursos de ação.
6. Solução/ Elaboração	O tom emocional é positivo, trabalhar e otimista. O cliente atinge a solução para um problema específico. A emoção é positiva, o cliente está satisfeito, orgulhoso da sua realização. À medida que o problema diminui a emoção torna-se mais neutral.
7. Domínio/ Mestria	O cliente usa de forma bem-sucedida as soluções em novas situações; esta generalização é em grande medida automática e não saliente. A emoção é neutra (ou seja, já não se trata de algo acerca do qual sentir excitação).

1.3. Assimilação e Resultado terapêutico

Diferentes estudos de caso tentam verificar de que forma o processo de mudança e o resultado terapêutico, habitualmente avaliado pela melhoria da sintomatologia, se encontram relacionados com o nível de assimilação em que o cliente se encontra (Basto et al., 2017; Detert et al., 2006; Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998; Ribeiro, 2016; Stiles, 2006). Estudos anteriores (e.g., Detert et al., 2006) parecem indicar que o sucesso terapêutico é conseguido por clientes que alcançam níveis de assimilação elevados e, por isso, níveis de compreensão e *insight* superiores. Adicionalmente, estudos sobre este modelo teórico (Brinegar et al., 2006; Brinegar, Salvi & Stiles, 2008; Caro Gabalda, 2006, 2008; Caro Gabalda, Pérez Ruiz & Llorens Aguilar, 2014; Caro Gabalda & Stiles, 2016; Gonçalves et al., 2014; Schielke, Fishman, Osatuke & Stiles, 2009) sugerem que o processo de assimilação se assume como transversal, uma vez que evolui identicamente em diferentes modelos psicoterapêuticos. Além dos diferentes modelos psicoterapêuticos, o processo de assimilação parece ser descritivo do processo terapêutico com diferentes tipos de psicopatologia, nomeadamente, Perturbação

Depressiva Major (PDM) (Brinegar et al., 2006), Perturbação Ansiedade Generalizada (Caro Gabalda, 2008; Gray & Stiles, 2011) e Perturbação Stress Pós-Traumático (Stiles, 2002).

Alguns estudos (e.g., Honos-Webb et al., 1998; Honos-Webb et al., 1999) sugerem que os casos de sucesso terapêutico tendem a alcançar níveis de assimilação superiores do que os casos de insucesso. Um estudo de Detert e colaboradores (2006) revela-se consistente com as premissas teóricas do modelo, sugerindo que a redução de sintomatologia depressiva parece estar relacionada com níveis mais elevados de assimilação. Mais especificamente, os autores propõem que o nível de assimilação 4 (“Compreensão/ *Insight*”) funciona como um ponto de transição entre os casos de sucesso ou insucesso terapêutico. Por outras palavras, quando os clientes atingem este nível progredem mais facilmente para a obtenção de um bom resultado terapêutico.

O estudo longitudinal de Basto, Stiles, Rijo e Salgado (2018) analisou o processo de assimilação e a sua relação com o resultado terapêutico, através da medição dos sintomas clínicos numa amostra de casos com Perturbação Depressiva Major (PDM) em Terapia Focada nas Emoções (TFE) e Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) Assim sendo, este estudo sugeriu que o progresso da assimilação promove a redução da intensidade da sintomatologia no que concerne ao tratamento de clientes PDM, permitindo concluir que níveis de assimilação mais altos associam-se a melhor resultado terapêutico. Adicionalmente, este mesmo estudo permitiu perceber que o nível de assimilação da experiência problemática funciona como um fator preditor da diminuição da intensidade da sintomatologia depressiva.

Assim sendo, o progresso terapêutico pode ser compreendido como uma mudança na relação entre as vozes internas, traduzindo uma diminuição da sintomatologia à medida que os níveis de assimilação avançam e as vozes se integram (Brinegar et al., 2006). Um maior nível de assimilação da experiência problemática dita melhor resultado terapêutico e, por sua vez,

diminuição significativa de sintomatologia, ditando casos de sucesso (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 1999a).

1.4. Responsividade do Terapeuta no Processo de Assimilação

Um terapeuta responsivo deverá ser capaz de adequar as intervenções utilizadas em diferentes momentos da sessão, parecendo existir uma evolução positiva entre a responsividade e o processo de assimilação da experiência problemática ao longo da psicoterapia (Caro Gabalda, 2005, 2006; Caro Gabalda et al., 2014; Caro Gabalda & Stiles, 2016; Meystre et al., 2014; Meystre et al., 2015). Pelo facto do resultado terapêutico poder, parcialmente, depender da evolução da assimilação de experiências problemáticas do cliente, considera-se importante refletir sobre a relevância do terapeuta estar preparado para apropriar as suas intervenções face ao nível de assimilação em que o cliente se encontra durante todo o processo psicoterapêutico, momento a momento no decorrer da sessão (Caro Gabalda & Stiles, 2013; Meystre et al., 2014; Meystre et al., 2015). Deste modo, a responsividade engloba diferentes intervenções ou microprocessos utilizados pelo terapeuta com o objetivo de responder às necessidades e dificuldades apresentadas pelo cliente em momentos específicos da sessão (Norcross, 2011). Vários estudos (Caro Gabalda et al., 2016; Honos Webb & Stiles, 2002; Honos-Webb & Surko, 1998; Stiles & Ribeiro, 2016; Stiles et al., 1995) sugerem que este conceito se assume como um elemento-chave para alcançar um bom resultado terapêutico. Desta forma, a responsividade possibilita o aumento de colaboração entre os elementos da díade, permitindo a evolução do nível de assimilação, ditando uma psicoterapia mais eficaz e um tempo de intervenção mais reduzido.

Relacionado com a responsividade, consideramos importante abordar o conceito da zona de desenvolvimento proximal (ZDP) de Vygotsky, introduzido por Leiman e Stiles (2001), com vista a explicar como as intervenções do terapeuta podem contribuir de forma positiva no processo, possibilitando o sucesso terapêutico. A ZDP compreende o nível atual de

desenvolvimento do cliente (aquilo que consegue fazer sozinho) e um nível superior do qual precisa de ajuda para ultrapassar problemas. Alguns estudos (Caro Gabalda, 2015; Mendes et al. 2016; Ribeiro et al., 2016) sugeriram que quanto maior for a ZDP do cliente, mais rápido será o progresso terapêutico. Um estudo realizado por Ribeiro e colaboradores (2016) sugeriu que, quando o terapeuta tem em consideração a ZDP e utiliza intervenções específicas, a assimilação das experiências parece ser facilitada. Adicionalmente, este estudo indicou que a escolhas das intervenções refletem as necessidades dos clientes e a sua ZDP; por exemplo, o terapeuta poderá adotar uma postura mais confrontativa se considerar a ZDP do cliente maior. Deste modo, o terapeuta ao trabalhar dentro desta zona é mais uma forma de se demonstrar responsivo uma vez que se encontra particularmente atento às respostas do cliente, o que o leva a adotar intervenções específicas, sem exceder o estágio em que este se encontra (Caro Gabalda, 2015; Mendes et al., 2016; Ribeiro et al., 2016).

Honos Webb e Stiles (2002) com vista à elaboração de premissas teóricas sobre o modelo de assimilação, desenvolveram um estudo onde integram uma síntese de diferentes estudos de caso a fim de explorar como diferentes intervenções terapêuticas poderão promover o aumento do nível de assimilação. Segundo estes autores, o modelo de assimilação de experiências problemáticas facilita a identificação e compreensão das necessidades do cliente ao longo do processo terapêutico. Tal possibilita a utilização de intervenções terapêuticas adequadas face ao nível de assimilação em que o cliente se encontra. Para Honos-Webb e Stiles (2002) uma resposta terapêutica adequada atende a todas as necessidades do cliente num determinado nível de assimilação, ajudando-o a transitar para o estágio seguinte. Concretamente, propõem o seguinte emparelhamento entre níveis de assimilação e respostas apropriadas às necessidades do cliente:

- APES 0 (Evitamento) e 1 (Pensamentos Indesejáveis): Aumentar consciência da experiência;

- APES 2 (Consciência Vaga/ Emergência): Intensificar e controlar a experiências;
- APES 3(Colocação do problema/ Clarificação): Estimular, compreender ou ganhar *insight* sobre a experiência;
- APES 4 (Compreensão/ *Insight*): Ganhar *insight* da experiência;
- APES 5(Aplicação/Elaboração): Elaborar *insight* da experiência, prática comportamental;
- APES 6 (Solução/ Elaboração): Prática comportamental;
- e APES 7 (Domínio/Mestria): Manutenção do comportamento (Honos-Webb & Stiles, 2002).

Assim sendo, o modelo de assimilação das experiências problemáticas parece revelar-se útil para orientar o terapeuta na adequação das intervenções terapêuticas no decorrer da terapia uma vez que permite compreender o nível atual em que o cliente se encontra, possibilitando a redução da sintomatologia e dificuldades do cliente (Gonçalves et al., 2014; Honos Webb & Stiles, 2002; Meystre et al., 2014, Meystre et al., 2015; Ribeiro et al., 2016). Neste sentido, um terapeuta demonstra-se responsivo quando utiliza intervenções terapêuticas adequadas face ao nível de assimilação bem como à ZDP em que o cliente se encontra.

1.5. Intervenções terapêuticas e a assimilação de experiências problemáticas

Embora pareça evidente que este processo é, de facto, importante na conceção e explicação da mudança, poucos estudos até hoje se debruçaram sobre como as intervenções terapêuticas promovem a assimilação ao longo da psicoterapia.

Meystre e colaboradores (2014) e (2015) apresentaram um trabalho pioneiro a este nível. Concretamente, pretenderam comprovar empiricamente as propostas teóricas nos estudos aludidos anteriormente e, por isso, realçar o contributo da ação do terapeuta na resolução de problemas clínicos dos clientes. Para tal, realizaram dois estudos, incidindo em psicoterapia baseada no modelo psicodinâmico. Em ambas as investigações os autores debruçaram-se,

essencialmente, na identificação de intervenções terapêuticas que pudessem estar relacionadas com a assimilação das experiências do cliente, utilizando a CPIRS e a APES.

O estudo de Meystre e colaboradores (2014) pareceu demonstrar que o terapeuta ao utilizar intervenções específicas potencia mudanças consideráveis no resultado terapêutico. Especificamente, propuseram que as intervenções mais globais e focadas na construção da relação terapêutica, nomeadamente, encorajar, facilitar e clarificar a comunicação (e.g., Reformulação do problema; Apoio, Encorajamento, Confirmação; Perguntar informação ou elaboração; e Clarificação, reformulação em palavras diferentes) surgem quer em níveis mais baixos (0 e 1) quer intermédios (2 e 3) de assimilação. Este estudo, além de destacar a dimensão dialógica do processo de mudança em psicoterapia, isto é, a capacidade das vozes comunicarem e se influenciarem entre si, sugeriu que o terapeuta ao ser responsivo e capaz de empregar intervenções específicas em face do nível de assimilação em que se encontra, potencia o progresso da integração da experiência problemática.

Num outro estudo, Meystre e colaboradores (2015) sugeriram que não só as intervenções relacionadas com a construção da relação terapêutica (e.g., Relação) como também as mais diretivas (e.g., Reflexão de sentimentos; Direção da atenção para sentimentos inaceitáveis; Sinalização de desejos, sentimentos ou ideias inconscientes) surgem em mais do que um nível de assimilação (e.g., APES 0, 1, 3) e, portanto, parecem constituir-se úteis quer para facilitar a consciência da experiência quer para iniciar o processo de compreensão/ *insight*.

Adicionalmente, a análise de dados deste mesmo estudo sugeriu que os retrocessos ocorrem maioritariamente em níveis mais altos de assimilação por serem explorados aspetos mais penosos para o cliente. Ora, por terem existido mais recuos do que avanços no que diz respeito ao nível de assimilação não se observou uma enorme quantidade nem diversidade de intervenções terapêuticas identificadas nestes níveis mais avançados da APES. Adicionalmente, este estudo sugeriu que em níveis de assimilação inferiores, especialmente em

que o cliente não tem consciência sobre a sua experiência problemática (APES 0), diferentes intervenções terapêuticas contempladas na CPIRS (E.g., Empatia; Auto-Revelação; Ligação entre o presente e o passado/ descritiva; Perguntar informação ou elaboração; e Clarificação, reformulação em palavras diferentes) podem ser empregues com vista a aumentar um ou mais níveis de assimilação

Estas duas investigações supracitadas enfatizaram a importância do papel ativo do terapeuta. Os autores sugeriram que o processo de mudança e o fim das dificuldades dos clientes poderiam ser facilitados caso o terapeuta utilizasse intervenções que promovessem o aumento do nível de assimilação da experiência problemática (Meystre et al., 2014; Meystre et al., 2015).

Deste modo, no seguimento dos estudos supracitados considerou-se relevante explorar a relação entre as diferentes intervenções e a evolução na assimilação noutros modelos psicoterapêuticos, nomeadamente em TFE. Por este modelo se demonstrar empiricamente validado na remissão de sintomatologia depressiva (Brinegar et al., 2006; Osatuke et al., 2011), considerou-se importante perceber a relação entre as diferentes intervenções empregues neste modelo psicoterapêutico e o avanço para níveis mais altos de assimilação.

1.6. Modelo de Terapia Focada nas Emoções (TFE) para a Depressão

Vários ensaios clínicos (e.g., Goldman, Greenberg, & Angus, 2006; Greenberg & Watson, 1998), sugerem que a TFE para a depressão é um modelo de intervenção com elevada eficácia constatado pela diminuição da sintomatologia clínica significativa após a sua implementação. Este modelo empiricamente apoiado tem como objetivo ajudar os clientes a processar, regular e transformar as suas emoções desadaptativas, como a desesperança, tristeza, ou vergonha, em experiências emocionais adaptativas que sejam congruentes com as necessidades do cliente (Greenberg, 2010, 2017). Segundo a TFE, os problemas psicológicos poderão ser explicados por diferentes fatores: falta de integração, ou seja, quando o cliente é

incapaz de aceder a todos os elementos da sua experiência emocional levando a comportamentos impulsivos ou desadequados; dificuldades de regulação emocional quer por sobreativação quer por contenção emocional; ou por oposição de diferentes aspetos do *self*, causando conflitos internos e, por conseguinte, dor emocional, bloqueio levando o cliente a ter comportamentos passivos (e.g., autoabandono) ou impulsivos (e.g., autoagressão) (Elliot, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004; Greenberg, 2010).

Segundo este modelo psicoterapêutico, o processo de mudança ocorre quando o cliente acede a respostas desadaptativas e posteriormente, a respostas emocionais alternativas, reflete sobre as novas emoções, gera novos significados e por fim, transforma as auto-organizações desadequadas em adaptativas, diminuindo possíveis conflitos, sofrimento emocional, ultrapassando as suas dificuldades (Elliot, et al., 2004; Greenberg, 2010). Para tal, os clientes necessitam de desenvolver cinco microprocessos, nomeadamente, consciência, expressão, regulação, reflexão e transformação emocional. Tal pressupõe que os clientes devem experienciar algo que não sentiram conscientemente ou evitaram (Greenberg, 2010). Segundo Greenberg (2010) esta forma de psicoterapia assenta em dois princípios fundamentais, nomeadamente, facilitação da relação terapêutica (sintonização e presença empática, estabelecimento de vínculo terapêutico e colaboração nas tarefas) e encaminhamento para tarefas terapêuticas, como o trabalho de cadeiras.

Na TFE para a depressão as primeiras sessões focam-se na construção da relação terapêutica, onde a empatia, congruência e aceitação incondicional, do terapeuta são centrais, de forma a coconstruir uma formulação clínica partilhada sobre a situação do cliente (Greenberg, 2017). Depois da construção deste clima terapêutico empático, o terapeuta torna-se cada vez mais responsivo face às necessidades do cliente, identificando marcadores de problema de processamento emocional de forma a guiar o cliente à realização de tarefas terapêuticas (Greenberg, 2010, 2017). Marcadores são indicadores verbais ou não verbais das

dificuldades do processo emocional do cliente, constituindo-se como oportunidades de trabalho na sessão (e.g., sensação de tristeza inesperada e incompreensível, desencadeando confusão no cliente - marcador de reação problemática) (Elliot, et al., 2004; Greenberg, 2010). Através da exploração empática das dificuldades do cliente e posterior identificação destes marcadores, é possível guiar o indivíduo para o seu envolvimento em tarefas terapêuticas com vista à resolução dos problemas clínicos (e.g., para o marcador da reação problemática utiliza-se a tarefa do desdobramento evocativo sistemático).

Assim, depois de estabelecido o vínculo terapêutico e promoção de consciência emocional, segue-se para a exploração de conteúdo emocional latente em que os clientes experienciam as suas vulnerabilidades, bem como acedem ao processamento emocional desadaptativos e emoções disfuncionais. Por último, pretende-se gerar emoções alternativas e reconstrução de narrativas, de forma a conceber uma nova visão de si através das novas experiências.

Em suma, a TFE revela-se um modelo psicoterapêutico eficaz para o tratamento da depressão, que envolve a experienciação completa de emoções negativas, mudança do processamento emocional e a sua posterior substituição para respostas emocionais adaptativas, permitindo integrar diferentes partes de si e desenvolver um novo autoconceito (Greenberg, 2017).

1.7. Propósito do Estudo

Como já foi dito anteriormente, vários estudos prévios (Basto et al., 2018; Detert et al., 2006; Field et al., 1994; Stiles et al., 1992; Stiles, et al., 1995) validam a perspectiva de que o processo de assimilação parece ter impacto na promoção da mudança terapêutica. Contudo, poucos estudos enfatizam o papel do psicoterapeuta na promoção da assimilação. No sentido de estender o trabalho liderado por Meystre (Meystre e colaboradores 2014, 2015), considerou-se importante perceber como os psicoterapeutas podem promover assimilação de experiências

problemáticas ao longo do processo psicoterapêutico através da utilização de intervenções terapêuticas específicas.

Assim sendo, o presente estudo teve como objetivo primordial explorar como as intervenções terapêuticas se relacionam com a evolução da assimilação ao longo de um caso de sucesso terapêutico em TFE. No que concerne aos objetivos específicos pretendeu-se, ao longo do processo psicoterapêutico: 1) descrever o progresso da assimilação das experiências problemáticas; 2) descrever a evolução da utilização das intervenções terapêuticas implementadas ao longo do processo terapêutico; e 3) explorar a relação entre a utilização intervenções terapêuticas específicas e a progresso da assimilação. Partiu-se do pressuposto que as intervenções que o psicoterapeuta emprega no decorrer do processo têm um impacto significativo do desenvolvimento da assimilação das experiências problemáticas.

Capítulo 2 – Estudo Empírico

2.Método

2.1. Participantes

No presente estudo foi estudado um caso de sucesso terapêutico em TFE. A participante do presente estudo integrou o projeto denominado de “Descentração e Mudança em Psicoterapia”, financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) e desenvolvido pela UNIDEP, no Instituto Universitário da Maia (PTDC/PSI-PCL/103432/2008). Este estudo teve como principal objetivo comparar a eficácia da TFE e TCC em clientes diagnosticados com PDM ligeira a moderada, sem estarem medicados com psicofármacos (Salgado, 2019). No que diz respeito aos critérios de exclusão, neste projeto os participantes: não se encontravam a realizar qualquer tratamento para a depressão; não tinham sido previamente diagnosticados com perturbações do Eixo I (DSM -IV-TR): Psicose, Abuso de Substâncias, Perturbação Alimentar, Perturbação de Pânico, Perturbação Bipolar; e não tinham sido previamente diagnosticados com perturbações do Eixo II (DSM-IV-TR): Perturbação Esquizotípica,

Perturbação da personalidade Borderline e Perturbação Antissocial. No que concerne aos critérios de inclusão, integraram este projeto indivíduos: diagnosticados com PDM ligeira a moderada; e que apresentaram Avaliação Global do Funcionamento superior a 50. Inicialmente, realizou-se uma avaliação de forma a constatar a presença de sintomatologia clinicamente significativa através do recurso à entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (SCID I e SCID II) (First, Spitzer, Gibbon & Williams 1997) e ao Beck Depression Inventory-II (BDI-II, Coelho, Martins, & Barros, 2002).

Os participantes foram distribuídos de forma aleatória não só por dois modelos psicoterapêuticos (TCC e TFE) como também por cada um dos terapeutas dos modelos. O tratamento teve duração de 16 sessões semanais, sendo seguidas de 5 sessões complementares de *Follow Up* 1 mês, 3 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses e 18 meses após o término da terapia. Os participantes tiveram conhecimento acerca dos objetivos e dos procedimentos a realizar no decorrer do projeto. Para tal, os clientes preencheram um consentimento informado onde, além de obterem os esclarecimentos fundamentais que cumprissem normas éticas e deontológicas, se solicitou a autorização de recolha de dados para estudos posteriores (Salgado et al., 2019).

Importa salientar que a participante selecionada para o presente estudo foi escolhida a partir do ensaio clínico supracitado (Salgado, 2010) por diferentes motivos, nomeadamente por ter sido: 1) uma das participantes a terminar mais cedo o processo psicoterapêutico; 2) um dos casos de sucesso com maior redução da sintomatologia depressiva; 3) o único caso de sucesso terapêutico em TFE com as transcrições das sessões todas codificadas com a APES; 4) uma das participantes que consentiu a utilização dos seus dados, em formato anónimo, para estudos posteriores, tal como o presente.

Foi atribuído um pseudónimo à participante. Assim sendo, *Alice* tinha 26 anos, encontrava-se empregada e vivia com os pais. Após as sessões de avaliação realizadas no âmbito do projeto supracitado, *Alice* foi distribuída aleatoriamente por um dos modelos

psicoterapêuticos do ensaio clínico, tendo-lhe sido atribuído o modelo de TFE (Elliott et al., 2004; Greenberg, 2002; Greenberg & Watson, 2006).

O caso de *Alice* foi considerado um sucesso terapêutico de acordo com os critérios descritos por Jacobson & Truax (1991), uma vez que não só obteve melhorias significativas ao nível da redução da sintomatologia depressiva baixando do ponto de corte ($n < 13$) estabelecido para a população portuguesa (BDI-II, Coelho, Martins e Barros, 2002), como também obteve uma melhoria clinicamente estatística visto que a mudança se revelou superior ao índice de mudança confiável (< 7.75).

2.2. Terapeuta

A Terapeuta de *Alice* foi uma mulher portuguesa, possuindo 9 anos de experiência profissional em psicoterapia e 2 anos em TFE.

2.3. Terapia

O modelo de psicoterapia usada, já anteriormente descrito, foi a Terapia Focada nas Emoções (Elliott et al., 2004; Greenberg, 2014). Relembra-se brevemente que se trata de uma terapia neohumanista que integra princípios humanistas, fenomenológicos e construtivistas, resultado do trabalho desenvolvido por Leslie Greenberg e os seus colaboradores (Elliott et al., 2004). Este modelo psicoterapêutico conjuga, na sua prática clínica, o clima relacional da Terapia Centrada no Cliente de Carl Rogers e as técnicas da ativação emocional provenientes da *Gestalt* Terapia e da *Focusing Oriented Therapy* (Elliott et al., 2014). Neste estudo (Salgado, 2010), a intervenção psicoterapêutica em TFE foi baseada num protocolo empiricamente apoiado descrito por Greenberg e Watson (2006) e Elliott e colaboradores (2004).

A TFE considera as emoções fundamentais para a mudança terapêutica, salientando o seu caráter fundamentalmente adaptativo, sugerindo que os clientes são guiados para um acesso mais completo das suas experiências (Elliott, et al., 2004). De acordo com este modelo psicoterapêutico, os problemas psicológicos resultam de um processamento emocional

desadaptativo (Pos & Greenberg, 2007). Desta forma, esta modalidade terapêutica tem como objetivos principais aceder e transformar os esquemas emocionais desadaptativos para esquemas emocionais adaptativos e congruentes com a realidade do cliente (Pos & Greenberg, 2007). Assim, ao trabalhar com o sistema emocional é possibilitada uma mudança duradoura, permitindo a consciência e compreensão das emoções adaptativas, o que potencia o aumento da funcionalidade e do ajustamento dos clientes pela diminuição do seu sofrimento emocional (Greenberg, 2014; Pos & Greenberg, 2007).

2.4. Instrumentos

2.4.1. Medidas de Resultado

Beck Depression Inventory- II (BDI-II)

O BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996; Coelho et al., 2002) é um instrumento de autopreenchimento aferido para a população portuguesa por Coelho, Martins e Barros (2002). Este instrumento pretende avaliar a sintomatologia depressiva, nomeadamente, identificar a presença da mesma, bem como a sua gravidade, intensidade e diversidade com que esta se reflete no bem-estar subjetivo do indivíduo nas últimas duas semanas (Coelho et al., 2002).

Este instrumento apresenta 21 grupos de afirmações que correspondem a 21 sintomas cognitivos, afetivos e somáticos cotados numa escala de *likert* entre 0 e 3, sendo possível obter uma pontuação total entre 0 e 63. Esta classificação apresenta ponte de corte de 13 para a população portuguesa, ou seja, a pontuação abaixo deste valor indica inexistência de sintomatologia depressiva clinicamente significativa (0-13). Em casos de valores superiores a 13, tal poderá ser dividido nas seguintes categorias: sintomatologia depressiva ligeira (14-19); sintomatologia depressiva moderada (20-28); sintomatologia depressiva grave (29-63) (Coelho et al., 2002). Este instrumento de avaliação de sintomatologia depressiva apresenta uma boa consistência interna ($\alpha=0.89$).

2.4.2. Medidas de Processo

Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES)

A APES é uma escala qualitativa que foi desenvolvida com o objetivo de identificar o nível de assimilação da experiência problemática em que o cliente se encontra (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 1999). Esta escala descreve o processo de assimilação que o cliente experimenta ao longo de um continuum, em oito níveis distintos compreendidos entre 0 (Evitamento) e 7 (Mestria/domínio) no decorrer do processo psicoterapêutico (ver Tabela 1). Assim, qualquer avanço pode ser considerado como progresso terapêutico visto que à medida que aumenta o nível de assimilação da experiência, esta torna-se progressivamente parte integrante da pessoa (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 1999). Assim, esta escala identifica o nível da consciência que o cliente apresenta da sua experiência/ voz problemática assim como as suas disposições afetivas e cognitivas, num determinado momento da terapia. Os marcadores das experiências problemáticas facilitam a identificação do nível de assimilação uma vez que dizem respeito a eventos na terapia que correspondem a sinais de processos internos e que sinalizam o grau em que uma experiência problemática foi assimilada (e.g., sinais corporais) (Lani et al., 2002; HonosWebb et al., 1999; Stiles & Angus, 2001).

Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS)

Para o presente estudo utilizou-se a CPIRS como forma de avaliar a ação do terapeuta no decorrer do processo psicoterapêutico. Esta escala foi desenvolvida com o objetivo de identificar, classificar e codificar, exaustivamente, intervenções específicas que o terapeuta emprega ao longo das sessões (Trijsburg et al., 2002).

A última versão da CPIRS (2005) consiste numa escala que engloba 81 intervenções terapêuticas agrupadas mediante diferentes modelos psicoterapêuticos (e.g., experiencial, cognitivo, psicodinâmico) bem como intervenções utilizadas de forma transversal (e.g., empatia). Trijsburg et. al. (2004) constataram uma fidelidade adequada [*Intraclass Correlation*

Coefficient - ICC (3, k) = 0.71, (Shrout & Fleiss, 1979)]. Esta última versão da escala pode ser observada numa tabela com a informação traduzida para português no Anexo 1.

2.5. Procedimentos de recolha e análise de dados

Apesar de no presente estudo não terem sido recrutados participantes diretamente, foram garantidos todos os procedimentos necessários de aleatorização de participantes, condições de treino, supervisão, avaliação e controlo da adesão a manuais psicoterapêuticos no ensaio clínico de base (Salgado, 2019).

2.5.1. Medidas de Resultado

No presente estudo os dados das medidas de resultado (BDI-II) apenas foram utilizados para determinar o resultado terapêutico, ou seja, determinar se foi constituído um caso de sucesso ou insucesso terapêutico. Considera-se importante ressaltar que no ensaio clínico, o BDI-II foi aplicado não só nas sessões pré e pós tratamento como também imediatamente antes das sessões 1,4,8, 12 e 16.

2.5.2. Medidas de Processo

2.5.2.1. Procedimento de codificação da APES

Para a exploração dos dados foram utilizadas as transcrições das sessões codificadas para o estudo prévio de Basto e colaboradores (2018). Devido ao facto de o procedimento da codificação com a escala CPIRS ser moroso, selecionaram-se apenas as sessões onde o BDI-II foi administrado. Neste sentido, apesar de todas as sessões do processo terapêutico de *Alice* terem sido codificadas com a APES para o estudo supracitado, no presente estudo somente foram utilizadas as codificações das sessões 1, 4, 8, 12 e 16.

No presente estudo, os dados relativos à assimilação são provenientes de uma investigação prévia (Basto et al., 2018). Neste sentido, os procedimentos de análise de dados no que diz respeito à assimilação (codificação segundo a APES) foram apoiados na metodologia qualitativa, sustentado em quatro passos (Brinegar et al., 2006; Honos-Webb et

al., 1998, Stiles & Angus, 2001). Sucintamente, tais dizem respeito a: 1) familiarização com o manual da APES; 2) identificação e escolha dos temas, ou seja, dos tópicos repetidos constantemente ao longo das transcrições; 3) seleção das passagens alusivas à experiência problemática; e 4) descrição do processo de assimilação da cliente.

Apesar das codificações da assimilação terem sido já utilizadas noutra estudo (Basto et al., 2018), descreve-se seguidamente o procedimento usado para a codificação. Em primeiro lugar, iniciou-se pela leitura das transcrições das sessões, posteriormente foram identificados os temas principais de acordo com a relevância clínica e o tempo despendido na terapia. Estes diziam respeito ao “medo de ser rejeitada/abandonada” relacionada com a sua dificuldade em impor limites e receio de não ser aceite pelos outros; e “mágoa em relação ao pai” uma vez que durante a sua adolescência descobriu que o seu pai tinha uma relação extraconjugal. A voz dominante de *Alice* foi rotulada como “Eu tenho medo de ser rejeitada” uma vez que estava presente em vários contextos (familiar, trabalho e com o namorado) e a voz problemática identificada como “Eu tenho direito de me expressar e de ser aceite” a fim de expressar as suas necessidades e estabelecer os seus limites. Depois de identificados os temas, foram selecionados os excertos das sessões. Seguidamente, cada excerto foi codificado com o nível de assimilação correspondente, recorrendo aos marcadores das experiências problemáticas e à APES. A unidade de análise escolhida foi a passagem, sendo que cada passagem correspondeu a um nível de assimilação. Desta forma, mudou-se de passagem sempre que existiu uma alteração: 1) do nível de assimilação; 2) dos marcadores do nível de assimilação; e 3) do tópico de conversação (Honos-Webb et al., 1999a; 2003).

A codificação dos excertos foi realizada de forma independente com posterior acordo entre codificadores. Para determinar o nível de acordo entre codificadores foi realizado o ICC (*Intraclass Correlation Coefficient*, Shrout & Fleiss, 1979) tendo-se obtido um nível bom de acordo (ICC=0,966) (Cicchetti, 1994).

2.5.2.2. Procedimento de codificação da CPIRS

Para a codificação das estratégias terapêuticas utilizou-se a CPIRS, na qual a codificação foi realizada sem ter em consideração o nível da assimilação da experiência identificada pela APES, a fim de não existir enviesamento dos dados, garantindo a fidelidade do estudo. Para tal, cumpriu-se um treino de codificação com duas codificadoras, alunas do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde e uma supervisora com 8 anos de experiência clínica. Foram realizadas no total 4 sessões de treino com a duração de 2 horas semanais, num período total de 3 meses. Importa salientar que as duas codificadoras reuniram frequentemente com a supervisora com vista a clarificar as dúvidas face à codificação. Após a leitura do manual da escala CPIRS definiu-se como unidade de análise a fala do terapeuta, sendo que cada uma foi depois codificada como um tipo específico de intervenção terapêutica. Posteriormente, iniciou-se a codificação de sessões de treino até ser atingido um nível satisfatório de acordo interjuízes para cada sessão ($d \geq 0.75$, Cohen, 1960). De seguida, iniciou-se a codificação independente das sessões selecionadas para a análise deste estudo, nomeadamente, a 1, 4, 8, 12 e a 16. Durante o processo de codificação, as codificações foram revistas por uma supervisora, ou seja, um elemento externo à equipa de codificação. Utilizou-se o coeficiente de Kappa de *Cohen* para calcular o nível de acordo entre codificadores, tendo-se obtido um bom nível de acordo ($d=0.926 > 0.75$). Os desacordos foram resolvidos por consenso (Hill et al., 2005).

3. Resultados

O nosso estudo pretendeu explorar como as intervenções terapêuticas se relacionariam com a evolução da assimilação das experiências problemáticas ao longo de um processo psicoterapêutico num caso de sucesso em TFE.

3.1. Análise da Evolução da Assimilação

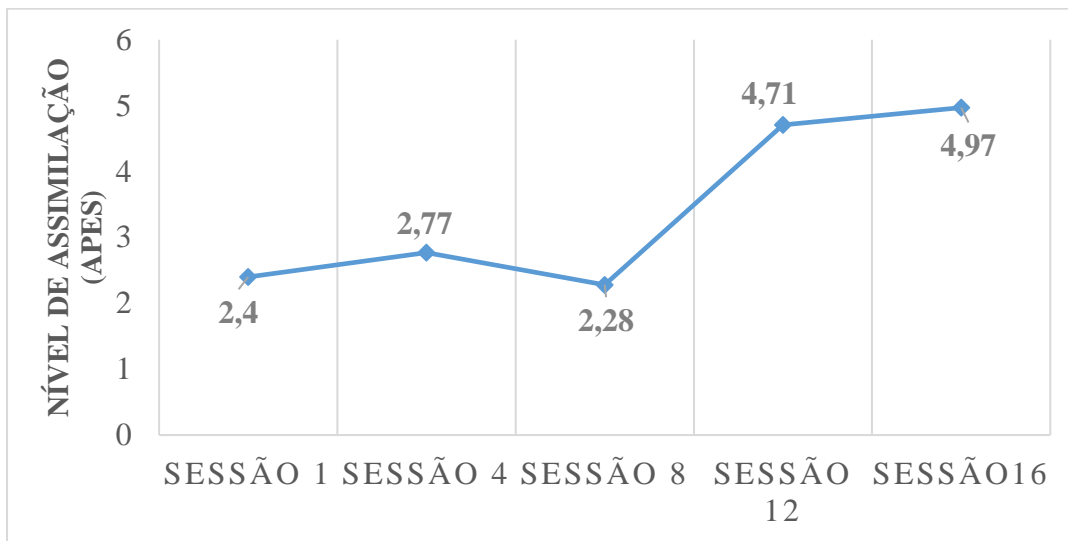


Figura 1. Evolução da assimilação, medido através da APES, ao longo do processo psicoterapêutico.

Com o objetivo de descrever o progresso da assimilação das experiências problemáticas calculou-se o nível médio de assimilação para cada sessão e, posteriormente, realizou-se uma análise descritiva da assimilação das sessões utilizadas.

Como mencionado anteriormente, a voz dominante no caso da *Alice* foi identificada como “Eu tenho medo de ser rejeitada” visto que apresentava um padrão de permissividade e submissão em diferentes contextos interpessoais (e.g., familiar, trabalho, social). A voz problemática foi identificada como “Eu tenho o direito de expressar os meus direitos e ser aceite”. Esta voz problemática representava aspetos da experiência onde *Alice* sentia a necessidade de colocar os seus desejos e interesses em primeiro lugar. Os temas principais identificados foram: 1) “medo de ser rejeitada/abandonada” que emergiu em diferentes assuntos abordados, nomeadamente em relação ao trabalho, relação com o namorado, pais e amigos; 2) “mágoa em relação ao pai”, que refletia um assunto inacabado com o pai, ocorrido durante a adolescência da cliente e que se mantinha problemático na atualidade. *Alice* não conseguia perdoar o pai e sentia muita mágoa e raiva devido ao sucedido. Como ambos os

temas envolviam as vozes dominantes e problemáticas e apresentavam expressões semelhantes do problema principal e uma evolução idêntica ao longo do processo, decidiu-se unir os mesmos para as análises de dados (Mendes et al., 2016).

Neste sentido, com vista a obter os níveis médios da assimilação, calculou-se a média da APES dos excertos em cada sessão. Os resultados encontram-se na Figura 1. Através desta pareceu ser possível observar um aumento do nível da assimilação da experiência problemática ao longo do processo terapêutico. *Alice* iniciou o processo terapêutico com níveis moderados de assimilação da experiência problemática (APES 2 e 3), refletindo o contacto com as suas dificuldades. Progressivamente foi evoluindo para níveis mais elevados de assimilação (4, 5 e 6) o que parece sugerir que foi capaz de clarificar, compreender e integrar a experiência problemática.

Especificamente, pareceu ser possível observar uma maior frequência dos níveis mais baixos (APES 2 e 3) nas sessões 1, 4 e 8 (equivalente à primeira metade do processo terapêutico). Tal poderá ter ocorrido pela emergência e consciência gradual da voz problemática relacionada com a vontade de expressar as suas necessidades e mostrar-se assertiva. Posteriormente, nas sessões 12 e 16, *Alice* começou a compreender que o seu medo de ser rejeitada pelos seus significativos a impedia de impor as suas necessidades e desejos (APES 4). Depois deste *insight*, a cliente percebeu que o casamento que tanto desejava estava mais relacionado com o conservadorismo dos pais do que com a sua verdadeira intenção. Tal permitiu à cliente confrontar os seus pais com a decisão de viver com o seu namorado apesar de não estar casada (APES 5). Nas últimas sessões do processo terapêutico atentou-se à resolução das suas dificuldades visível quer pelos comportamentos assertivos que foi manifestando ao longo da terapia, quer pelos relatos nas sessões finais. (APES 6).

Assim sendo, um dos motivos do caso de *Alice* se apresentar um sucesso terapêutico poderá dizer respeito ao facto da cliente, progressivamente, assimilar a sua voz problemática

(“Eu tenho direito de me expressar e de ser aceite”) na comunidade de vozes dominantes (“Eu tenho medo de ser rejeitada/abandonada”). Deste modo, o problema inicial da cliente passou a constituir-se um recurso.

3.2. Análise da Evolução da Utilização das Intervenções Terapêuticas

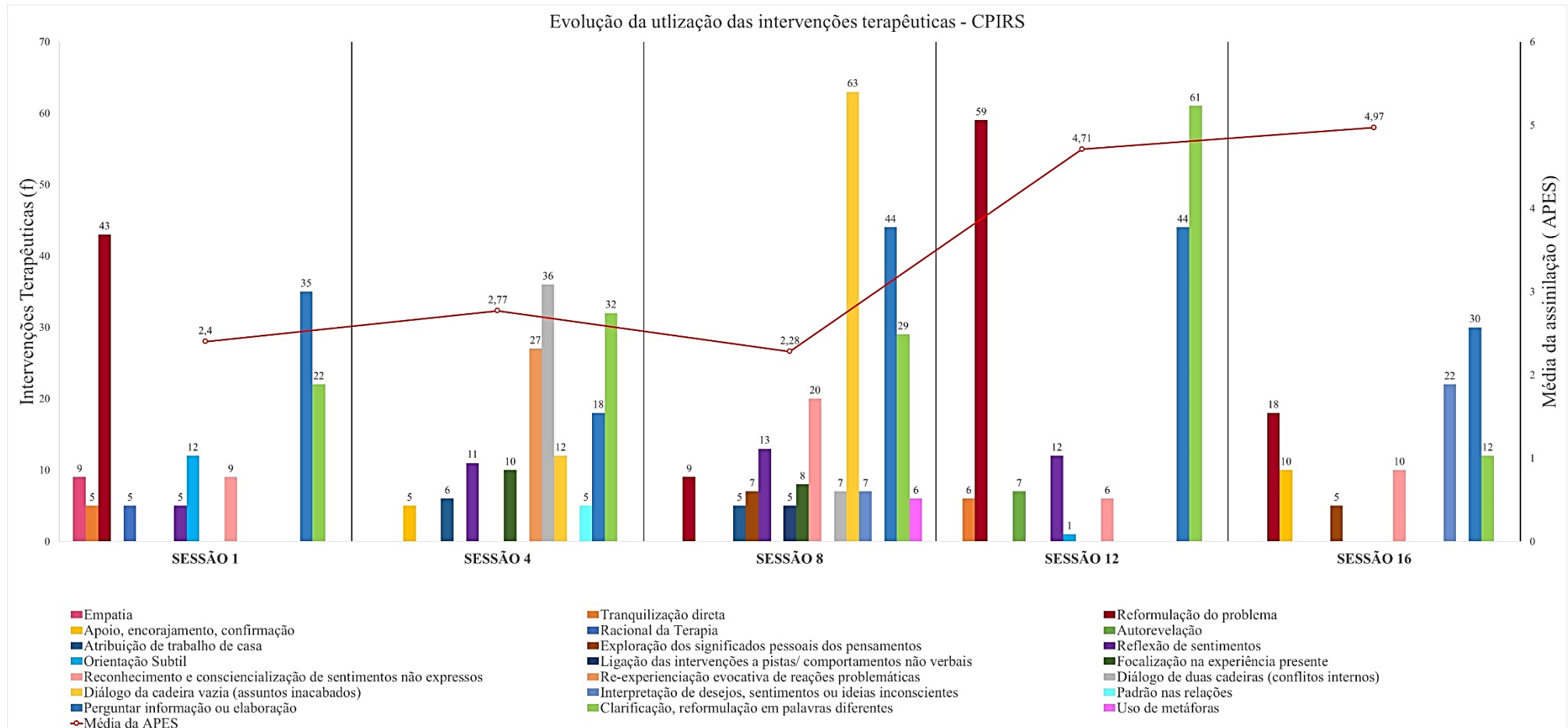


Figura 2. Evolução da utilização das intervenções, identificadas pela CPIRS e do nível de assimilação, medido através da APES, ao longo do psicoterapêutico.

A figura 2 representa a evolução da utilização das intervenções terapêuticas, recorrendo à escala CPIRS, e da assimilação, utilizando a APES. No gráfico as barras correspondem às intervenções terapêuticas utilizadas e a linha ao nível médio de assimilação. O número apresentado no topo das barras diz respeito à frequência (f) da utilização das intervenções terapêuticas e o número que surge em cima dos marcadores da linha vermelha corresponde ao nível médio de assimilação.

Com vista a descrever a evolução da utilização das intervenções terapêuticas implementadas ao longo da terapia, após o cálculo da média da assimilação em cada sessão, analisou-se descritivamente a utilização das diferentes intervenções terapêuticas ao longo das sessões utilizadas. Neste ponto da análise de dados, com vista à descrição da evolução da utilização das intervenções terapêuticas, identificaram-se as intervenções mais frequentes ao longo do processo psicoterapêutico, por sessão. Importa salientar que, neste fragmento da análise dos resultados, foram excluídas as intervenções terapêuticas com frequência absoluta inferior a 5 ($f < 5$) para melhor visualização do gráfico e interpretação dos resultados.

Especificamente, na sessão 1 foi possível observar as intervenções: Perguntar informação ou elaboração ($f=22$), Clarificação, reformulação em palavras diferentes ($f=35$), Reformulação do problema ($f=43$), Orientação Subtil ($f=12$), como as mais utilizadas. Nesta sessão obteve-se um nível de assimilação de 2.4.

Na sessão 4 identificaram-se, com maior frequência, as intervenções: Clarificação, reformulação em palavras diferentes ($f=32$), Perguntar informação ou elaboração ($f=18$), Re-experienciação evocativa de reações problemáticas ($f=27$), Diálogo da cadeira vazia/ assuntos inacabados ($f=12$). Nesta sessão, atentou-se um ligeiro aumento do nível de assimilação ($M=2.77$).

Na sessão 8 foram visíveis, com maior frequência, as intervenções: Diálogo da cadeira vazia/ assuntos inacabados ($f=63$), Perguntar informação ou elaboração ($f=44$), Clarificação,

reformulação em palavras diferentes (f=29), Reconhecimento e consciencialização de sentimentos não expressos (f=20) e Reflexão de Sentimentos (f=11). Nesta sessão, identificou-se uma diminuição da assimilação da experiência problemática da cliente (M=2.28).

Na sessão 12 as intervenções mais frequentes dizem respeito a: Clarificação, reformulação em palavras diferentes (f=61), Reformulação do problema (f=59), Perguntar informação ou elaboração (f=44), e Reflexão de Sentimentos (f=12). Nesta sessão, foi notório o aumento da assimilação da experiência problemática da cliente (M=4.71).

Por último, na sessão 16, as intervenções Perguntar informação ou elaboração (f=30), Sinalização de desejos, sentimentos ou ideias inconscientes/ interpretação (f=22), Reformulação do problema (f=18) e Clarificação, reformulação em palavras diferentes (f=12) revelaram-se as mais frequentes. Nesta sessão, observou-se um ligeiro aumento do nível da assimilação (M= 4.97).

Os nossos resultados sugeriram que as intervenções mais gerais e dirigidas à facilitação e clarificação da informação (Reformulação do problema, Perguntar informação ou elaboração e Clarificação, reformulação em palavras diferentes) acompanharam o aumento do nível e assimilação da cliente quer em níveis mais baixos (APES 2 e 3) quer em níveis mais elevados (4 e 5).

3.3. Análise da utilização das intervenções terapêuticas que antecederam o aumento do nível de assimilação

Influenciados pelo trabalho de Sachse e colaboradores (Sachse, 1992; Sachse & Elliot, 2002) e Meystre e colaboradores (2014), analisaram-se tríades de falas cliente – terapeuta – cliente nos excertos, com vista a explorar quais as intervenções terapêuticas que antecederam o aumento de assimilação da experiência problemática da cliente. A tríade de falas cliente-terapeuta-cliente que foram contempladas para a análise refere-se aos momentos em terapia em que existiu um aumento do nível de assimilação. Quando tal aconteceu, retrocedeu-se duas

falas, contemplando-se a fala do cliente (t-2), a resposta do terapeuta (t-1) e a resposta do cliente (t-0), sendo esta última aquela onde se observou um aumento de assimilação. A pertinência desta análise baseia-se no pressuposto de que o aumento de assimilação (t-0) é facilitado anteriormente pela resposta adequada do terapeuta (t-1) por uma eventual resposta adequada a uma necessidade do cliente patente inicialmente (t-2). O excerto seguinte retrata um exemplo da tríade de falas cliente-terapeuta-cliente:

“C: foi a gota de água, é isso foi a gota de água” (APES 2)

“T: e falou-me de um arrastar de situações” (Intervenção - Orientação Subtil)

“C: sim penso que foi um arrastar de situações, eu acho que sem dúvida foi a situação com o meu pai, eu acho que foi isso que me fez ficar assim uma pessoa mais frágil que foi o facto de ele ter uma relação fora do casamento e e eu descobri essa relação (chora)” (APES 3)

Neste caso específico, temos uma indicação de que guiar subtilmente o cliente será uma das formas de facilitação do progresso de nível 2 para 3. Procedemos de igual modo, de forma sistemática para todos os casos de progresso de assimilação. Os resultados encontram-se descritos nas tabelas 2, 3, 4 e 5.

Algumas intervenções foram seguidas por um progresso do nível de assimilação superior a um nível, nomeadamente, do nível 2 para 6 (Perguntar informação ou elaboração), do nível 3 para 5 (Clarificação, reformulação em palavras diferentes; e Perguntar informação ou elaboração) e do nível 4 para 6 (Reformulação do problema).

Nas tabelas 2, 3, 4 e 5 constam as intervenções terapêuticas que facilitaram o aumento da assimilação partindo de cada nível em específico. Em cada tabela, na coluna do lado esquerdo encontra-se identificadas as intervenções terapêuticas que promoveram o aumento do nível de assimilação. Na coluna do lado direito encontram-se identificadas as frequências absolutas de cada intervenção (f), isto é, quantas vezes estas surgiram antes de um aumento de assimilação partindo de cada nível especificado.

Tabela 2

Frequência das intervenções terapêuticas que promoveram aumento de assimilação partindo da APES 2 (Consciência vaga/emergência) cuja necessidade será “Intensificar e controlar a experiência”

Intervenção terapêutica	Frequência (f)
Perguntar informação ou elaboração	6
Reformulação do problema	2
Ligação das intervenções a pistas/ comportamentos não verbais	2
Sumarização	1
Desafiar	1
Orientação Subtil	1
Focalização na experiência presente	1
Re-experienciação evocativa de reações problemáticas	1
Diálogo da cadeira vazia/ assuntos inacabados	1
Padrões das relações	1
Clarificação, reformulação em palavras diferentes	1

Nota. Nível de assimilação foi medido através da APES; Intervenção terapêutica foi identificada pela CPIRS.

Atendendo ao nível de assimilação 2 foram identificadas 11 intervenções que facilitaram o progresso do nível de assimilação da experiência problemática da cliente a partir do nível 2 de assimilação. Recorde-se que de acordo com a teoria, ao nível 2 de assimilação corresponde uma necessidade de intensificação e controlo da experiência (Honos-Webb & Stiles, 2002). Os dados sugeriram que a terapeuta ao sumariar determinados aspetos (Sumarização) e a desafiar pontos de vista alternativos da cliente (Desafio) possibilitou um progresso na assimilação da experiência. Adicionalmente, a terapeuta ao orientar para elaboração de algo implícito (Orientação Subtil), encorajar a consciência emocional através do contacto com a sua experiência interna pelos exercícios de focalização (Focalização na experiência presente), salientar aspetos do comportamento não verbal (Ligação das intervenções a pistas/ comportamentos não verbais) utilizar tarefas experiências como o desdobramento evocativo sistemático (Re-experienciação evocativa de reações problemáticas)

e o diálogo da cadeira vazia (Diálogo da cadeira vazia/ assuntos inacabados) pareceu encorajar a consciência, identificação emocional bem como permitir o processamento emocional desadaptativo e expressão de necessidades. Tudo isto pareceu auxiliar a cliente a confrontar-se com a experiência problemática e, por conseguinte, facilitar o progresso da assimilação. Por último, a terapeuta por identificar um padrão de relacionamento interpessoal (Padrões nas relações) pareceu estimular o controlo da experiência problemática. Especificamente, no caso da *Alice*, a voz problemática associada à sua intenção de expressar as suas necessidades e se mostrar assertiva face a determinadas situações e pessoas no seu quotidiano começa a emergir no processo terapêutico. O seguinte excerto retrata um dos momentos de aumento do nível de assimilação 2 para 3 (em itálico), na qual a terapeuta utilizou a intervenção Sumarização (a negrito).

T: porque conseguir expressar a sua voz sente uma certa paz dentro de si

C: *sim porque das poucas vezes que eu consegui fazer isso eu sinto-me, sinto-me bem sinto-me, sinto-me bem comigo porque, porque fiquei leve não fiquei a pensar naquilo (APES 2)*

T: exato, exato

C: mas isso raramente *acontece (APES 2)*

T: porque / (? : costuma) quando ficar com receio, com medo de falar não é?

C: *sim (APES 2)*

T: e, e depois outra coisa que eu achei interessante também no exercício foi a Alice sentou-se ali (aponta para a cadeira) e sentiu medo não é, quando estava a sentar-se na cadeira da Alice que não consegue dizer as coisas e um aspeto que eu achei interessante foi a Alice não conseguir perceber de onde vem esse medo

C: sim

T: e de ter noção que sentiu a primeira vez de forma muito clara quando teve de fazer aquela revelação à sua mãe e calculo que tenha sido um momento extremamente difícil

C: foi

T: extremamente difícil, e o facto de toda a família manter este segredo e todos lidarem como se nada tivesse existido

C: *mas é isso que me mas é isso que me magoa (APES 4)*

Tabela 3

Intervenções terapêuticas que promoveram aumento de assimilação partindo da APES 3 (Colocação do Problema/ Clarificação) cuja necessidade será “Estimular, compreender ou ganhar insight sobre a experiência”

Intervenção terapêutica	Frequência (f)
Perguntar informação ou elaboração	2
Clarificação, reformulação em palavras diferentes	2
Reformulação do problema	1
Orientação Subtil	1
Re-experienciação evocativa de reações problemáticas	1
Diálogo de cadeiras/ conflitos internos	1

Nota. Nível de assimilação foi medido através da APES; Intervenção terapêutica foi

identificada pela CPIRS.

O nível de assimilação 3 apela à intensificação e compreensão da experiência a fim de fomentar o *insight* sobre a mesma, ou seja, quando a cliente começa a colocar os seus problemas em palavras. Neste sentido, observando os aumentos de assimilação com a APES, foi possível identificar que a terapeuta utilizou 6 intervenções distintas. Identificaram-se intervenções a fim de contactar mais diretamente com as experiências internas da cliente e necessidades adaptativas subjacentes (Re-experienciação evocativa de reações problemáticas, Diálogo de cadeiras/ conflitos internos; e Orientação Subtil). Assim, estas intervenções a terapeuta pareceu demonstrar-se responsiva à necessidade da cliente pois permitiu que a cliente se aproximasse e compreendesse a sua experiência problemática, gerando um aumento do nível de assimilação. Neste caso, *Alice* pareceu continuar o progresso do entendimento da sua experiência problemática, compreendendo que os seus desejos relacionados com a expressão das suas necessidades não devem ser colocados de parte, deixando de se sustentar no seu dia-a-dia perante determinadas circunstâncias, mostrando-se assertiva. O seguinte excerto retrata um dos

momentos de aumento do nível de assimilação 3 para 4 (em itálico), na qual a terapeuta utilizou a intervenção Orientação Subtil (a negrito).

C: e na verdade, eu não sei o que se passa com ela parece que está frustrada com a vida dela e que gostava de ter a minha vida e que, porque isto está constantemente a acontecer (APES 3)

T: e sente-se quase como se estivessem a sabotá-la não é?

C: é mesmo isso e num eu não consigo estar bem ao lado dela não consigo (APES 3)

T: mm-hm

C: porque: porque porque: eu não queria dizer hm: (APES 3)

T: o que é que precisava para lidar com isso?

C: o que é que eu precisava? acho que vou ter que lhe dizer que soube e que que estou um pouco farta de ela estar constantemente com o mesmo discurso de que ela foi uma prejudicada em relação a isso porque não foi! ela não foi, ela simplesmente optou escolheu a vida que tem e um n- n- noutra dia num programa no alta definição que era com o Daniel Oliveira que é o apresentador

T: mm-hm

C: ele disse uma frase eu penso que ele não foi buscar aquela frase a nenhum autor ele disse mesmo (incompreensível) e eu não sabia por acaso vi o programa e achei bastante interessante ele disse 'não é difícil tomar decisões difícil é viver com elas'. e é verdade! eu não tenho culpa por uma decisão que ela tomou há quinze dias atrás. eu sempre disse que não queria ter uma vida como a dela eu sempre disse isso e se calhar foi por isso que eu não comecei a namorar cedo. nunca quis nunca quis ter uma vida como a dela sempre quis viver a minha vida estudar ir sair, a minha independência e disse à minha mãe se eu consegui alguma liberdade eu sofri imenso quantas e quantas vezes eu saí com o XX e eu estava sempre angustiada + hm super nervosa + nunca aproveitei os momentos + mas sabia que o facto de ir que era mais uma batalha que eu estava a ganhar e que era um terreno que eu estava a conseguir (APES 4)

Tabela 4

Intervenções terapêuticas que promoveram aumento de assimilação partindo da APES 4

(Compreensão/Insight) cuja necessidade do cliente será “Ganhar insight da experiência”

Intervenção terapêutica	Frequência (f)
Clarificação, reformulação em palavras diferentes	3
Reformulação do problema	2

Nota. Nível de assimilação foi medido através da APES; Intervenção terapêutica foi

identificada pela CPIRS.

Atentando a este nível de assimilação em específico, identificaram-se as intervenções que facilitaram o ganho de *insight* e que, desta forma, permitiram um progresso de assimilação para níveis mais elevados. A análise dos dados sugeriu que a terapeuta utilizou intervenções mais globais focadas na clarificação da informação que facilitaram o progresso do nível de assimilação da cliente. O recurso a estas intervenções pareceu possibilitar a compreensão da sua experiência problemática, *insight* das suas dificuldades e necessidades subjacentes. No caso da *Alice*, tal dizia respeito à sua intenção de ser assertiva e expressar as suas necessidades e desejos face a outras pessoas e circunstâncias. Nesta fase da terapia, a voz problemática de *Alice* “Eu tenho direito de me expressar e de ser aceite” pareceu ter começado a ser assimilada na comunidade de vozes dominante uma vez que a cliente começou a compreender que o facto de gostar de agradar às outras pessoas a impedia de expor os seus pontos de vista, expressar os seus desejos, adotando uma postura mais passiva, mesmo não sendo essa a sua verdadeira intenção. O seguinte excerto retrata um dos momentos de aumento do nível de assimilação 4 para 5 (em itálico), na qual a terapeuta utilizou a intervenção Clarificação, reformulação em palavras diferentes (a negrito).

C: ‘o importante é que tu experimentaste e gostaste se não gostaste tens que tomar outra decisão mas isso tu nem sabes’. (APES 4)

T: foi isso que a sua amiga lhe disse não é?

C: sim a minha amiga Manuela também teve cá de férias e foi no sábado embora e ficou super contente diz ela assim ‘não acredito que agora vás viver com o João’ ou seja eu acho que todas as pessoas que me rodeiam sabem que isso para mim é importante (APES 5)

T: mm-hm

C: e se calhar cheguei um pouco à conclusão que e ontem estava a falar com o João sobre isso. para mim vai ser importante ele estar comigo quando eu disser aos meus pais que vamos morar juntos e então ele na sexta feira faz anos e a minha irma também faz anos no mesmo dia que ele e então na sexta feira vamos estar todos juntos e se calhar sexta feira será o dia para conversar com os meus pais acerca disso que vamos viver juntos. porque eu também não quer estar a dizer ‘olha eu vou viver com o João e’ também quero que eles tenham consciência que foi uma coisa pensada (APES 5)

Tabela 5

Intervenções terapêuticas que promoveram aumento de assimilação partindo da APES 5

(Aplicação/Elaboração) cuja necessidade do cliente será “Elaborar insight; prática comportamental”

Intervenção terapêutica	Frequência (f)
Perguntar informação ou elaboração	3
Apoio, encorajamento, confirmação	2
Uso de metáforas	1
Reformulação do problema	1
Clarificação, reformulação em palavras diferentes	1

Nota. Nível de assimilação foi medido através da APES; Intervenção terapêutica foi identificada pela CPIRS.

Por último, a necessidade inerente ao nível de assimilação 5 diz respeito à continuação da elaboração de *insight* e início da prática comportamental. Foram identificadas 5 intervenções que facilitaram o progresso do nível de assimilação da experiência problemática da cliente. Ao enfatizar as mudanças positivas ao longo do processo terapêutico da cliente (Apoio, encorajamento, confirmação), a terapeuta possibilitou a generalização dos ganhos ao seu contexto real. Ao aproximar-se do término do processo psicoterapêutico, a terapeuta realizou um balanço do mesmo destacando as mudanças positivas da cliente. Nesta fase, recorreu a metáforas (Uso de metáforas) para comparar metaforicamente alterações positivas e consideráveis que advieram do seu envolvimento ao longo da terapia e, por conseguinte, progresso terapêutico. Estas duas intervenções pareceram fomentar a consolidação dos ganhos da cliente e, por conseguinte, a assimilação da experiência problemática. Tal pareceu estimular a cliente a continuar a adotar determinados comportamentos no seu quotidiano, mantendo *insight* sobre a sua experiência problemática. Nesta última fase, *Alice* percebeu que o casamento que tanto desejava estava mais relacionado com o conservadorismo dos pais do que a sua verdadeira vontade, confrontando os pais com sua decisão de viver com o seu namorado

apesar de não estar casada. Ora tal constituiu-se como um comportamento assertivo da cliente, revelando progressos que surgiram com a terapia. Nesta última fase de terapia, a voz problemática da cliente pareceu ter sido assimilada na comunidade de vozes uma vez que depois de perceber que o seu medo de ser rejeitada a impedia de atender as suas necessidades e desejos, e depois de atender a estes, começou a adotar comportamentos diferentes no seu quotidiano, principalmente no seu contexto familiar e social. O seguinte excerto retrata um dos momentos de aumento do nível de assimilação 5 para 6 (em itálico), na qual a terapeuta utilizou a intervenção Apoio, encorajamento, confirmação (a negrito).

C: contentes por nós e por isso acho que não tem que haver receio receio, estamos com tudo (APES 5)

T: muito bem planeado muito bem pensado.

C: sim eu penso que sim. (APES 5)

T: ótimo ótimo.

C: // foi muito produtiva (APES 5)

T: eu acho que foi muito produtiva. acho que quer dizer as nossas sessões não têm que ser todas

focadas para aqueles exercícios quer dizer eu acho que se calhar isto que está a acontecer também é um bocadinho produto do facto de a Alice ter mais ferramentas para perceber o que é que de facto é importante para si e dar passos nesse sentido e portanto

C: sim sim sem dúvida. porque o facto de ver aquilo que é importante para mim (APES 6)

T: ajuda aqui a

C: sim e pôr de parte aquilo que os outros acham de mim! eh o que é importante é aquilo que me faz realmente sentir feliz e eu noto que mesmo em pequenas situações do dia a dia eu penso 'isto é importante para mim e se é importante para mim eu vou fazer isto'. (APES 6)

T: mm-hm

C: eh já em pequenas situações do meu dia-a-dia eu eh eu tenho modificado tenho tido uma postura diferente. (APES 6)

4. Discussão

O Modelo de Assimilação das Experiências Problemáticas pretende, essencialmente, explicar e descrever o processo de mudança terapêutica, considerando que tal ocorre através da integração gradual e ativa de experiências dolorosas no *self* (Stiles, 2002; Stiles et al., 1998). Estudos prévios (e.g., Field et al., 1994; Stiles et al., 1992; Stiles, et al., 1995) destacam a importância deste processo na mudança psicológica. Todavia, são poucas as investigações que salientam o papel ativo do psicoterapeuta na promoção da assimilação. Desta forma, o presente estudo debruçou-se num caso de sucesso terapêutico em TFE com vista a analisar como as intervenções terapêuticas neste modelo terapêutico se relacionam com o progresso da assimilação das experiências problemáticas ao longo da psicoterapia. Neste sentido, a nossa análise de dados focou-se predominantemente na tríade de falas cliente – terapeuta – cliente (C-T-C) nos excertos das sessões onde há progresso na assimilação, com vista a explorar quais as intervenções terapêuticas que facilitam o aumento de assimilação da experiência problemática da cliente.

Num primeiro momento, analisou-se a evolução da assimilação de *Alice* ao longo do processo terapêutico. Os nossos dados sugerem que a cliente foi progressivamente assimilando a sua experiência problemática na comunidade de vozes uma vez que começou a demonstrar-se mais assertiva e a expressar as suas necessidades perante as outras pessoas. Sendo assim, os nossos resultados parecem confirmar que casos de sucesso terapêutico tendem a alcançar níveis de assimilação elevados, uma vez que *Alice* iniciou a terapia com APES 2 e terminou com APES 6 (Honos- Webb et al, 1998; 1999). Estes níveis de assimilação elevados remetem para níveis de compreensão da experiência problemática superiores, podendo tal constituir-se como um motivo para considerar *Alice* como um sucesso terapêutico (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Detert et al, 2006; Stiles, 1999a). Contudo, apesar de ter existido este progresso, a evolução da assimilação de *Alice* não se revelou como um processo totalmente linear, mas sim irregular,

com avanços e recuos, tal como observado noutros casos de sucesso terapêutico (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Osatuke et al., 2005).

Num segundo momento, atentou-se na tríade cliente-terapeuta-cliente com vista a perceber como terapeuta e cliente se influenciam ao longo do processo terapêutico. Nesta fase de análise pretendeu-se explorar de que forma as intervenções utilizadas pela terapeuta endereçaram as necessidades expressas pela cliente. Tais intervenções foram identificadas a partir do seu nível de assimilação do qual a cliente se encontrava uma vez que promoveram um aumento de nível. A utilização de determinadas intervenções terapêuticas parece ter sido eficaz no que concerne à promoção da assimilação da experiência problemática de *Alice*.

Segundo Honos Webb e Stiles (2002), o modelo de assimilação de experiências problemáticas permite identificar e compreender as necessidades do cliente ao longo do processo terapêutico, possibilitando a utilização de intervenções terapêuticas adequadas ao nível de assimilação em que o cliente se encontra. De acordo com esses autores, a necessidade do cliente inerente ao nível de assimilação 2 diz respeito à intensificação e controlo da experiência problemática, enquanto que no nível 3 foca-se na intensificação, compreensão e insight da mesma. Neste sentido, os nossos dados sugerem que as intervenções Reformulação do problema; Perguntar informação ou elaboração; e Clarificação, reformulação em palavras diferentes parecem facilitar a consciência, compreensão e *insight* da experiência problemática, principalmente nos níveis mais baixos de assimilação 2 e 3. A compreensão e o *insight* parecem corresponder a partes essenciais do processo terapêutico, sendo que, inclusivamente, estudos prévios (e.g., Detert et al., 2006; Honos-Webb et al., 1999; Honos- Webb et al., 1998) parecem relacionar a sua presença com o sucesso terapêutico. Sendo assim, este resultado sugere que algumas partes centrais do processo inicial de mudança em TFE passam por este tipo de intervenções.

No nível de assimilação 4, a necessidade do cliente diz respeito à obtenção de *insight*. Segundo as premissas teóricas (Honos Webb & Stiles, 2002) e estudos anteriores (Myestre et al., 2014, 2015), neste nível de assimilação em específico existe baixa frequência de intervenções terapêuticas, tal como sugere os dados do presente estudo. No entanto, o recurso a intervenções globais mais focadas na clarificação da informação (e.g., Reformulação do problema; Perguntar informação ou elaboração; e Clarificação, reformulação em palavras diferentes) parecem possibilitar o aumento do nível e assimilação uma vez que a cliente pareceu estar mais próxima e consciente da sua experiência problemática, o que poderá ter facilitado a compreensão da sua constante submissão e omissão das suas necessidades nos vários contextos da sua vida.

Por outro lado, os nossos resultados sugerem que nos níveis mais elevados da APES (e.g., APES 5) foram utilizadas intervenções transversais a diferentes modelos terapêuticos (e.g., Apoio, encorajamento, confirmação) e não intervenções específicas de uma determinada modalidade terapêutica (e.g., intervenções cognitivas). Tal poderá ter ocorrido com o objetivo de a terapeuta fomentar a consolidação das mudanças positivas da cliente ao longo da psicoterapia, estimulando a prática comportamental e aplicação dos ganhos no seu contexto real.

Em suma, no presente estudo de caso verificou-se que quando a experiência problemática começou a emergir (APES 2) a terapeuta recorreu a intervenções mais diretivas e experienciais com vista a dirigir a atenção da cliente para as suas reações sensoriais e emocionais subjacentes à experiência problemática. Tal parece ter permitido a intensificação desta através da facilitação da expressão emocional. Posteriormente, quando a cliente começou a ter consciência da sua experiência, sendo capaz de colocar a sua experiência em palavras (APES 3), a terapeuta utilizou intervenções mais diretivas (e.g., diálogo de cadeiras) a fim de facilitar a emergência de novas perspetivas, pontos de vista face à experiência problemática.

Por conseguinte, a cliente iniciou o processo de compreensão e de *insight* sobre a sua experiência (APES 4), fase da qual surgiram afetos tanto negativos como positivos. Por último, na análise do nosso caso, depois da cliente identificar, formular e compreender a sua experiência problemática (APES 5), foi possível verificar que foram utilizadas intervenções globais, transversais a díspares modalidades psicoterapêuticas.

Outra observação importante prende-se com o facto de intervenções mais globais e focadas na facilitação e clarificação da informação (e.g. Reformulação do problema; Perguntar informação ou elaboração; e Clarificação, reformulação em palavras diferentes) surgirem em diferentes níveis de assimilação. Assim, estas parecem facilitar o aumento do nível e assimilação da cliente quer em níveis mais baixos (APES 2 e 3), quer em níveis mais elevados (4 e 5). Este resultado parece ser consistente com as sugestões de Honos Webb e Stiles (2002) e Meystre e colaboradores (2014). Tal poderá dever-se a vários motivos: 1) os clientes requererem necessidades idênticas em diferentes níveis; 2) as intervenções supracitadas se revelaram mais flexíveis e ajustadas, facilitando o progresso da assimilação independentemente do nível, modalidade terapêutica ou necessidade do cliente; e 3) as referidas intervenções serem mais genéricas e, por isso, podem ser apropriadas às diferentes necessidades e níveis de assimilação do cliente.

Outra constatação interessante diz respeito à menor frequência de intervenções terapêuticas nos níveis mais altos de assimilação (APES 4 e 5). Tal resultado demonstra-se coincidente com os resultados dos estudos de Meystre e colaboradores (2014, 2015). Neste sentido, tudo aponta que, quanto maior o nível de assimilação em que o cliente se encontra, menor é a quantidade e diversidade das intervenções que facilitem o progresso da assimilação da experiência problemática (Honos Webb & Stiles, 2002; Meystre et al, 2014; Meystre et al, 2015). Isto pode dever-se a um efeito de teto: à medida que se atingem níveis mais elevados, a probabilidade de haver progresso poderá tornar-se mais baixa.

Outro motivo para justificar a maior frequência de intervenções nos níveis mais baixos (2 e 3) prende-se com a clarificação do problema ser menor. Ora, a terapeuta poderá ter recorrido a um maior número de intervenções para corresponder à necessidade de intensificação e compreensão da experiência. Neste sentido, por existir menos clarificação do problema, poderão ter existido mais intervenções nos níveis de assimilação 2 e 3 comparativamente às utilizadas nos níveis 4 e 5. Neste nível a terapeuta possuiu mais oportunidades de guiar e seguir a cliente a fim de estimular o controlo e compreensão da experiência comparativamente aos níveis mais elevados em que encoraja o *insight* e, por conseguinte, a prática comportamental.

Em suma, o nosso estudo constitui-se como uma tentativa de salientar a importância do papel ativo do terapeuta na promoção do processo de mudança no decorrer do processo psicoterapêutico, tendo em consideração o nível de assimilação em que o cliente se encontra. Tudo aponta que determinadas intervenções empregues pelo terapeuta ao longo do processo terapêutico (fase inicial, intermédia e final) encorajam a assimilação da experiência problemática, aumentando a eficácia da psicoterapia. Deste modo, ao serem identificadas as intervenções específicas que facilitam o aumento de um determinado nível de assimilação do cliente, o processo de mudança poderá ser alcançado mais rapidamente, findando a sintomatologia e as dificuldades refletidas no quotidiano dos clientes.

5. Conclusão, implicações para a prática clínica, limitações, futuros estudos

O presente estudo pretendeu explorar a existência de intervenções terapêuticas que possam facilitar o progresso da assimilação ao longo do caso de *Alice*, um processo terapêutico de sucesso em TFE. A pertinência deste advém da escassez de investigações que explorem o processo de responsividade e do papel ativo do terapeuta e o processamento da assimilação de experiências problemáticas. Stiles (2003) argumentou que os estudos de caso são tão científicos como qualquer outro método de análise de dados. Desta forma, com vista ao aprofundamento do conhecimento no que diz respeito ao processo de responsividade e assimilação das experiências problemática, procedeu-se à análise de um caso de sucesso terapêutico.

Os principais resultados do presente estudo sugerem que algumas intervenções facilitam a assimilação de experiências problemáticas. A nossa análise permitiu retirar as principais conclusões: 1) intervenções globais (Reformulação do problema; Perguntar informação ou elaboração; e Clarificação, reformulação em palavras diferentes), sobretudo dirigidas à clarificação e encorajamento de informação surgem em diferentes níveis de assimilação; 2) intervenções confrontativas, interpretativas, desafiadoras foram empregues em níveis mais baixos (APES 2 e 3) com vista a facilitar o contacto, consciência e compreensão da experiência problemática pelo contacto da experiência interna e novos pontos de vista; 3) intervenções transversais (e.g., Apoio, Encorajamento, Confirmação) facilitam a assimilação em níveis mais altos (APES 4 e 5) para encorajar a consolidação e generalização de mudanças no contexto real. Estas constatações corroboram com a maioria das observações de outros estudos prévios (Honos Webb & Stiles, 2002; Meystre et al, 2014; Meystre et al, 2015).

Neste sentido, alguns resultados poderão ser importantes face à prática clínica pois se as intervenções terapêuticas que permitem o progresso de assimilação da experiência problemática fossem previamente identificadas, o aumento da assimilação seria facilitado, possibilitando a diminuição da sintomatologia e das dificuldades dos clientes. Adicionalmente,

como a maior parte dos estudos realizados sobre o modelo de assimilação de experiências problemáticas, se foca em abordagens Experienciais ou Psicodinâmicas, este estudo permitiu o acréscimo do conhecimento do modelo de assimilação neste modelo de intervenção psicoterapêutica.

Efetivamente, o presente estudo utilizou um caso de PDM, utilizando o modelo terapêutico TFE. Considera-se que, em futuros estudos será importante analisar mais casos de sucesso e insucesso para verificar se os resultados obtidos se replicam noutros estudos com diferentes terapeutas, modelos terapêuticos e clientes com características diferentes (e.g., com diagnóstico diferente). Isto permitiria consentir que o modelo de assimilação de experiências problemáticas se assume como uma medida eficaz do processo de mudança, a generalização dos resultados obtidos neste estudo e, por conseguinte, produzir um conhecimento mais representativo do modelo.

Adicionalmente, no nosso estudo, atentamos na análise dos aumentos do nível de assimilação da experiência problemática. Contudo, consideramos interessante que futuros estudos observem os retrocessos dos clientes uma vez que estes poderão ser significativos para o processo de mudança no decorrer do processo terapêutico.

Referências

- Basto, I., Pinheiro, P., Stiles, W. B., Rijo, D., & Salgado, J. (2017). Changes in symptom intensity and emotion valence during the process of assimilation of a problematic experience: A quantitative study of a good outcome case in CBT. *Psychotherapy Research, 27*, 437-449. doi:10.1080/10503307.2015.1119325
- Basto, I., Stiles, W., Rijo, D., & Salgado, J. (2018) Does assimilation of problematic experiences predict a decrease in symptom intensity?. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi:10.1002/cpp.2130
- Basto, I., Stiles, W. B., Bento, T., Pinheiro, P., Mendes, I., & Kleinbub, J. R. (2018). Fluctuation in the Assimilation of Problematic Experiences: A Case Study of Dynamic Systems Analysis. *Frontiers in Psychology*, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01119>
- Brinegar M. G., Salvi L. M., & Stiles, W. B. (2008). The Case of Lisa and the assimilation model: The interrelatedness of problematic voices. *Psychotherapy Research, 18*, 657-66.
- Caro Gabalda, I. (2006). The assimilation of problematic experiences model in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 16*, 436-452.
- Caro Gabalda, I. (2008). Assimilation of problematic experiences: A case study. *Journal of Constructivist Psychology, 21*, 151-172.
- Caro Gabalda, I. (2011). El cambio terapéutico a través del modelo de asimilación: su aplicación en la terapia lingüística de evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16*, 169–188.
- Caro Gabalda, I., Pérez Ruiz, S., & Llorens Aguilar, S. (2014). Therapeutic activities and the assimilation model: A preliminary exploratory study on the Insight stage. *Counselling Psychology Quarterly, 27*(3), 217–240. <https://doi.org/10.1080/09515070.2013.877419>

- Caro Gabalda, I., Serrano, I.R., Faus, A.A., & Sabater, A.Y. (2011). El Estudio del Proceso del Cambio según el Modelo de Asimilación: Una Introducción Teórica y Metodológica. *Clínica y Salud*, 22 (3), 223-235.
- Caro Gabalda, I., & Stiles, W. (2009) Retrocessos no contexto da terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, 2, 199–212.
- Caro Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2013). Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research*, 23(1), 35–53. doi. <https://doi.org/10.1080/10503307.2012.721938>
- Caro Gabalda, I. & Stiles, W.B. (2016) Elaborating the assimilation model: Introduction to a special section on case studies of setbacks within sessions and therapeutic collaboration, *Psychotherapy Research*, 26 (6), 633-637. doi: 10.1080/10503307.2016.1223386
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, Criteria, and Rules of Thumb for Evaluating Normed and Standardized Assessment Instruments in Psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284-290.
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry : The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 17(4), 222–226.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational Psychological Measure*. 20:37–46.
- CPIRS. (2005). *Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Ratings Scale*. Leudsen, Netherlands: Trijsburg, R. W.

- Detert, N. B., Llewelyn, S., Hardy, G. E, Barkham, M., & Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research, 16* (4), 393-407.
- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R., & Greenberg, L.S. (2004). *Learning Emotional-focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change*. Washington, DC: APA.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version*. New York: Biometrics Research.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *SCID-II Personality Questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Fisher, Newman & Molennar, 2011.
- Gray, M. A., & Stiles, W. B. (2011). Employing a case study in building an assimilation theory account of generalized anxiety disorder and its treatment with cognitive behavioral therapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 7*, 529-557.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. (2010). *Emotion focused therapy. Theory and practice*. Washington, DC: American Psychological Association
- Greenberg, L. S. (2014). *Terapia Focada nas Emoções*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 16*(2), 106–117.
<https://doi.org/10.1080/14779757.2017.1330702>
- Greenberg, L. S., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions.

- Greenberg, L., & Watson, J. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Gonçalves, M., Caro Gabalda, I., Ribeiro, A., Pinheiro, P., Borges, R., Sousa, I., & Stiles, W. (2013). The innovative moments coding system and the assimilation of problematic experiences scale: A case study comparing two methods to track change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 24 (4), 442-455. doi:10.1080/10503307.2013.835080
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16, 536–546.
- Honos-Webb, L., Lani, J. A., & Stiles, W. B. (1999). Discovering markers of assimilation stages: The fear-of-losing-control marker. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1441–1452.
- Honos-Webb, L., Stiles, W. B., Greenberg, L. S., & Goldman, R. (1998). Assimilation analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 8, 264-286.
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35, 23-33.
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (2002). Assimilative integration and responsive use of the assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 406-420.
- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 448-460.

- Honos-Webb, L., Stiles, W.B., & Greenberg, L.S. (2003). A Method of Rating in Psychotherapy Based on Markers of Change. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 189-198.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. doi:10.1037/0022-006X.59.1.
- Lambert, M. J., Finch, A. M., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (2005). *OQ-10.2 Manual*. American Professional Credentialing Services, LLC.
- Lambert, M. J., Finch, A. M., Okiishi, J. C., Burlingame, G. M., McKelvey, C., & Reisinger, C. W. (1998). *Administration and scoring manual for the OQ-10.2: An adult outcome questionnaire for screening individuals and population outcome monitoring*. American Professional Credentialing Services LLC.
- Lambert, M. J., Hansen, N.B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M., Huefner, J., & Reisinger, C. (1996). *Administration and scoring manual for the OQ 45.2*. Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services.
- Lani, J.A., Glick, M.J., Osatatuke, K., Brandenburg, C., Gray, M.A., Humphreys, C.M., Reynolds, D'Arcy & Stiles, W.B. (2002). *Markers of Assimilation*. Department of Psychology, Miami University.
- Leiman, M., & Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11, 311-330.
- Machado, P. P., & Fassnacht, D. (2014). (Paper submitted for publication). Normative data, reliability and clinical significance cut-offs for the Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45).

- Mendes, I., Rosa, C., Stiles, W. B., Caro Gabalda, I., Gomes, P., Basto, I., & Salgado, J. (2016). Setbacks in the process of assimilation of problematic experiences in two cases of emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy Research, 26* (6), 638-652. doi:10.1080/10503307.2015.1136443.
- Meystre, C., Kramer, U., De Roten, Y., Despland, J. N., & Stiles, W. B. (2014). How psychotherapeutic exchanges become responsive: A theory-building case study in the framework of the assimilation model. *Counselling and Psychotherapy Research, 14*, 29-41. doi:10.1080/14733145.2013.782056
- Meystre, C., Pascual-Leone, A., de Roten, Y., Despland, J. N., & Kramer, U. (2015). What interventions facilitate client progress through the assimilation model? A task analysis of interventions in the psychodynamic treatment of depression. *Psychotherapy Research, 25*(4), 484–502. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.921352>
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy Relationships that Work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Osatuke, K., Glick, M. J., Stiles, W. B., Greenberg, L. S., Shapiro, D. A., & Barkham, M. (2005). Temporal patterns of improvement in client-centred therapy and cognitive-behaviour therapy. *Counselling Psychology Quarterly, 18*, 95-108.
- Osatuke, K., Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Barkham, M. (2007). Submissive voices dominate in depression: Assimilation analysis of a helpful session. *Journal of Clinical Psychology, 63*, 153–164.
- Osatuke, K., Stiles, W. B., Barkham, M., Hardy, G. E., & Shapiro, D. A. (2011). Relationship between mental states in depression: The assimilation model perspective. *Psychiatry Research, 190*, 52-59. doi: 10.1016/j.psychres.2010.11.001

- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 25–31.
- Ribeiro, E., Cunha, C., Teixeira, A. S., Stiles, W. B., Pires, N., Santos, B. ... Salgado, J. (2016). Therapeutic collaboration and the assimilation of problematic experiences in emotion-focused therapy for depression: Comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 26, 665-680. doi:10.1080/10503307.2016.1208853
- Ribeiro, E., Ribeiro, A., Gonçalves, M., Horvath, A., & Stiles, W. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 294-314. doi: 10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x
- Sachse, R. (1992). Differential effects of processing proposals and content references on the explication process of clients with different starting conditions. *Psychotherapy Research*, 2(4), 235-251. doi:10.1080/10503309212331333004
- Sachse, R., & Elliott, R. (2002). Process-outcome research on humanistic therapy variables. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Salgado, J. (2019, June). ISMAI Depression Project: Final results of a comparative randomized clinical trial of psychotherapy treatments (EFT vs CBT) for major depression. Paper presented at the 35th Annual Meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Lisbon, Portugal. Salgado, J., Meira, L., Santos, A., Cunha, C., Bento, T., Almeida, C., & Pinheiro, P. (2010). *Protocolo clínico para investigação: adaptação do manual de terapia cognitivo-comportamental para a depressão*. Unpublished manuscript.

- Schielke, H. J., Fishman, J. L., Osatuke, K., & Stiles, W. B. (2009). Creative consensus on interpretations of qualitative data: The ward method. *Psychotherapy Research, 19*(4 - 5), 558-565. doi:10.1080/10503300802621180
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Users in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin, 86*, 420–428. doi:10.1037/0033-2909.86.2.420
- Stiles, W. B. (1999a). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*, 1-21.
- Stiles, W. B. (1999b). Suppression of continuity-benevolence assumptions (CBA) voices: A theoretical note on the psychology and psychotherapy of depression. *Psychotherapy, 36*, 268-273.
- Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy, 38*, 462-465.
- Stiles, W. B. (2002). Assimilation of problematic experiences. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that Work* (pp. 357_365). Cary, NC: Oxford University Press.
- Stiles, W.B. (2005) Extending the Assimilation of Problematic Experiences Scale: Commentary on the special issue, *Counselling Psychology Quarterly, 18:2*, 85-93. 10.1080/09515070500136868
- Stiles, W. B. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research, 21* (4), 367-384
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy, 27*, 411-420.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice, 5*, 439-458.
- Stiles, W. B., Meshot, C. M., Anderson, T. M., & Sloan, W. W. (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research, 2*, 81-101.

- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy, 28*, 195-206.
- Stiles, W. B., Osatuke, K., Glick, M. J., & Mackay, H. C. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. In H. H. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). New York: Brunner-Routledge.
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Harper, H., & Morrison, L. A. (1995). Therapist contributions to psychotherapeutic assimilation: An alternative to the drug metaphor. *British Journal of Medical Psychology, 68*, 1-13.
- Trijsburg, R. W., Frederiks, G. C. F. J., Gorlee, M., Klouwer, E., den Hollander, A. M., & Duivenvoorden, H. J. (2002). Development of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale (CPIRS). *Psychotherapy Research, 12*, 287-317. doi:10.1093/ptr/12.3.287
- Trijsburg, R. W., Lietaer, G., Colijn, S., Abrahamse, R. M., Joosten, S., & Duivenvoorden, H. J. (2004). Construct validity of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale. *Psychotherapy Research, 14*, 346-366. doi:10.1093/ptr/kph029
- Zonzi, A., Barkham, M., Hardy, G. E., Llewelyn, S. P., Stiles, W. B., & Leiman, M. (2014). Zone of proximal development (ZPD) as an ability to play in psychotherapy: A theory-building case study of very brief therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 87*(4), 447-464. <https://doi.org/10.1111/papt.12022>

Anexos

Anexo 1

Tabela da escala *Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale* (CPIRS) traduzida para português pelas duas codificadoras (alunas de Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde) e revista pela supervisora

A tradução da presente escala teve em consideração a última versão da mesma (CPIRS, 2005). Os autores da escala (Trijsburg et. al., 2004) constataram uma fidelidade adequada (*Intraclass Correlation Coefficient (ICC)*) (3, k) = 0.71).

Nome da intervenção terapêutica	Descrição
Empatia	Compreensão precisa e sensível de experiências, sentimentos e os seus significados para o cliente. O terapeuta tenta perceber e confirmar/validar os sentimentos do cliente mesmo que, eventualmente, possa discordar com os mesmos. (E.g., Terapeuta: Deve ter sido difícil, complicado, doloroso”.)
Aceitação	Aceitação de todas as experiências do cliente. Isto implica que o terapeuta se contenha de julgar direta ou subtilmente o cliente, mesmo quando as experiências ou os comportamentos inaceitáveis ou problemáticos do mesmo são explorados. O terapeuta oferece uma perspetiva alternativa sem invalidar a perspetiva do cliente.
Envolvimento	O terapeuta atenta cuidadosamente no que é dito pelo cliente, respondendo atentamente às suas questões e observações. O terapeuta não tem de falar muito para demonstrar envolvimento, devendo adotar uma postura de proximidade. O terapeuta segue e reage ao cliente atentamente. Codificar quando o terapeuta adota pequenos comportamentos que demonstra envolvimento em sessão (E.g., o terapeuta oferece lenços).
Proximidade	Esta intervenção não contempla inclinações positivas não-possessivas. Cuidado sincero e simpatia com o cliente. Relação de proximidade e preocupação genuína com o cliente.
Relação	A relação entre o terapeuta e o cliente é caracterizada pela harmonia e pela sintonia mútua. Terapeuta e cliente “dão-se bem”. Cooperação entre terapeuta/cliente.
Colaboração	O terapeuta esforça-se para envolver o cliente no processo terapêutico. (E.g., Terapeuta: “Estamos a trabalhar bem”).

Reafirmação Direta	<p>A colaboração implica um processo mútuo e recíproco de exploração troca de informações ou resolução de problemas.</p> <p>Uma tentativa direta de ajudar o cliente a vencer os seus medos, para lhe dar esperança de melhoria, transmitindo-lhe segurança. Codificar se entendermos que o terapeuta está a reforçar o comportamento, algo positivo que o cliente realizou fora da terapia.</p>
Desresponsabilização do cliente	<p>O terapeuta tenta apoiar o cliente explicando-lhe que as dificuldades experienciadas podem ser explicadas por fatores situacionais, interpessoais ou causas físicas.</p>
Reformulação do Problema	<p>Reformular o que o cliente descreveu de uma forma que lhe permite encarar a situação numa perspetiva diferente (considerar também: re-rotular, ressignificação, reenquadramento) sendo ao mesmo conteúdo atribuído um novo significado (normalmente mais positivo). (E.g., Terapeuta: “Parece-me que...”, “Como se...”), ou seja, mas vai mais além do que foi dito pelo cliente). Diferença com a intervenção Clarificação, reformulação em palavras diferentes Codificar se o reenquadramento dizer respeito a aspetos já falados pelo cliente ao longo da sessão e não em falas próximas. Se acrescentar informação ao que o cliente disse sobre diferentes partes da experiência.</p>
Apoio, Encorajamento, Confirmação	<p>Apontar ou reconhecer mudanças positivas no cliente; OU Confirmar (através da aprovação) de objetivos que já tinham sido alcançados; OU Encorajar o cliente para que continue e que possa realizar mudanças futuras. O terapeuta é o “advogado” do cliente, em que o conteúdo pode variar dos motivos que levaram o cliente à terapia até às mudanças efetivas na vida do cliente. Aprovação de algo que o cliente fez, concordar com alguma expressão positiva que o cliente teve em relação a si próprio; Apontar alguma mudança ocorrida durante o processo terapêutico;</p>

	<p>O terapeuta reconhece a evolução do cliente. Ou seja, codificar se o terapeuta identifica e realça mudanças positivas, objetivos alcançados.</p>
Terapeuta como especialista	<p>O terapeuta apresenta-se como um especialista no campo em que se enquadram as queixas do cliente, comunicando-lhe que compreende os seus problemas, é capaz de os valorizar e possui experiência e conhecimentos suficientes para o ajudar.</p>
Racional da Terapia	<p>Explicar o método terapêutico e enfatizar a sua relação com a diminuição ou resolução dos problemas do cliente – <u>Psicoeducação</u>; Numa terapia centrada no cliente o foco será na compreensão da forma como as pessoas experienciam e se comportam nas relações especialmente na relação terapêutica e a importância desses aspetos para a diminuição ou resolução dos sintomas/problemas. Em terapias diretivas, o foco será na utilização de determinadas atividades e avaliar a adequação das crenças do cliente e mudá-las quando irrealistas com vista à redução da sintomatologia.</p>
Orientação Explícita	<p>Orientar a conversa determinando explicitamente o conteúdo ou mudando o foco; OU Manter um certo conteúdo ou foco.</p>
Controlo Ativo	<p>Interromper regularmente para fazer perguntas ou acrescentar algo à conversa, direcionando para um conteúdo importante dentro da sessão. O terapeuta estrutura a conversação e ou introduz novos assuntos repetidamente.</p>
Aconselhamento e Orientação	<p>Dar conselhos ou sugestões, permitindo com que o cliente escolha segui-la ou ignorá-la; OU Sugerir ao cliente que faça determinadas coisas de forma diferente. Pode ser sobre coisas fora da terapia, mas também dentro da terapia (E.g., sugerir que o cliente lide com um problema seu de uma dada maneira).</p>
Abordagem didática	<p>A atitude do terapeuta em relação ao cliente é a mesma de um professor em relação a um aluno, não tendo que ver com o conteúdo da intervenção, mas sim com a postura do terapeuta.</p>

Autorrevelação	<p>O terapeuta dá informação pessoal; OU Comunicação de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - significados e/ou valores relativamente a sentimentos, pensamentos e intenções relacionados com a terapia ou o processo terapêutico; - sentimentos pessoais em resposta ao cliente; - factos, experiências de vida pessoais; - atitudes e valores da vida pessoal.
Exploração de atividades, tarefas ou soluções para problemas que o cliente pode experimentar implementar por ele próprio	<p>O terapeuta discute uma determinada atividade com o cliente que este poderia aplicar fora da terapia (E.g., ler um determinado livro); OU Analisar colaborativamente com o cliente algumas opções e explorar diferentes alternativas enquanto procuram uma solução prática para o problema (E.g., intervenções focadas na resolução de problemas)</p>
Explicação da direção na sessão	<p>O terapeuta dirige e explica como se vai desenrolar a sessão. Explicar ao cliente o porquê de um determinado assunto ser abordado na sessão. Isto inclui assuntos dentro da sessão presente, relacionados com situações passadas ou futuras; Só codificar se as atividades a desenvolver foram explicadas detalhadamente</p>
Sumarização	<p>O terapeuta resume os aspetos nucleares de uma consulta passada ou da atual abordando novamente os pontos que foram debatidos; OU Encorajar o cliente a fazer o supramencionado.</p>
Desafio	<p>O terapeuta levanta uma questão em relação ao ponto de vista do cliente sobre uma experiência ou evento. A forma como isto é realizado pode variar desde perguntar cuidadosamente acerca do assunto desafiante ou através de comentários provocativos. Desafiar significa estimular o cliente a questionar a sua perspetiva, e não validá-la.</p>
Definição e seguimento de uma agenda	<p>Definir um conjunto de atividades para uma sessão em conjunto com o cliente; OU seguir essa agenda.</p>

	<p>Inclui: Aspectos que podem ser discutidas ou tratadas, Decidir em conjunto o que vai ser discutido; Falar sobre o tempo que será despendido nessa discussão; Discutir todos os elementos da agenda numa dada ordem na qual o cliente e o terapeuta chegam a um acordo sobre os possíveis pontos de partida da agenda; Se o terapeuta mencionar assuntos a ser trabalhados em terapia; Só codificar se as atividades a desenvolver forem apenas identificadas.</p>
Atribuição de trabalho de casa	<p>Descrever e propor tarefas específicas que têm de ser feitas antes da próxima sessão (apesar de não necessariamente acabadas) ou formular estas tarefas conjuntamente com o cliente. (E.g., Terapeuta: Pedia-lhe que na próxima semana estivesse atenta às situações em que fique triste”</p>
Revisão do trabalho de casa	<p>O terapeuta presta atenção explícita ao trabalho de casa que tinha sido atribuído previamente (tarefas específicas que têm de ser feitas para a próxima consulta). Também se pode referir a trabalhos de casa que tinham sido atribuídos antes do início do tratamento.</p>
Calendarização/ Estruturação de atividades	<p>O trabalho de casa é debatido e elaborado durante a sessão. Inclui: Revisão da agenda do cliente. Fazer um horário temporal (planeamento) ou estruturar atividades específicas, com vista ao aumento da probabilidade de realizar ou iniciar essas atividades. Definição de agenda de atividades semanal, mas não a sua revisão.</p>
Automonitorização	<p>Encorajar o cliente a registar sentimentos, pensamentos, atividades ou eventos entre duas sessões, e/ou avaliar este registo durante a sessão. Apenas ocorre no contexto de planear (e.g., o registo) ou avaliar o trabalho de casa.</p>
Exploração de novas formas de se comportar com os outros	<p>Sugerir formas alternativas de contactar com os outros; OU Treinar ativamente o comportamento do cliente com os outros, praticando novas formas de se comportar relativamente aos mesmos;</p>

Relação Terapêutica como modelo	<p>OU</p> <p>O terapeuta trabalha com o cliente em prol de um objetivo, Contudo, não estava planeado a priori.</p> <p>O terapeuta utiliza o role-play para explicar ao cliente como aparenta ser ou se posiciona em relação aos outros.</p> <p>O terapeuta assume o papel do cliente e o cliente assume o papel do terapeuta, havendo um enfoque na relação terapêutica. Role play na relação terapêutica, como se houvesse uma troca de papéis entre terapeuta e cliente e não com os outros.</p>
Treino de competências	<p>Tentar ensinar ao cliente competências que considera/ consideram importante desenvolver;</p> <p>OU sugerir diretamente como fazê-lo.</p> <p>Adicionalmente, a explicação da natureza e dos efeitos deste tipo de treino está englobada neste item.</p> <p>Existe um treino de uma competência específica ou situação específica.</p> <p>(E.g., treino de relaxamento, treino de assertividade).</p>
Procedimento comportamental	<p>Aplicação de um procedimento terapêutico comportamental conhecido que é baseado num paradigma teórico ou experimental-psicológico;</p> <p>OU</p> <p>Sugeri-lo seriamente e diretamente. Explicar a natureza e efeitos deste tipo de procedimento.</p> <p>(E.g., exposição, prevenção de resposta, dessensibilização sistemática)</p>
Temas cognitivos	<p>Sinalizar a existência de determinadas crenças, convicções ou significados que o cliente atribui a si aos outros ou a algo que o rodeia.</p>
Relação entre pensamentos e sentimentos	<p>Encorajar o cliente a relacionar sentimentos que experienciou (ou experienciará) e os pensamentos que os acompanham.</p> <p>O terapeuta tenta ajudar o cliente a perceber que existe uma relação entre pensamentos e sentimentos.</p> <p>As emoções são utilizadas como GPS para aceder às cognições do cliente.</p> <p>Quando o terapeuta for muito concreto a identificar os pensamentos e emoções face a uma situação;</p> <p>Só codificar se associar a emoção face a um pensamento específico.</p>

Registo e relato de cognições

Solicitar ao cliente que relate pensamentos específicos (o mais literalmente possível) que está a experienciar no momento ou que tenha experienciado previamente na sessão, ou fora da sessão.

O foco é no conteúdo específico do pensamento e não propriamente nas emoções, perspetivas ou ideias gerais sobre os pensamentos.

Normalmente, associado quando o terapeuta pergunta “o que lhe vai na cabeça?”, ou seja, aceder diretamente ao pensamento.

Quando o terapeuta perguntar um pensamento específico de uma situação específica do cliente (E.g., Terapeuta: “o que pensou quando sentiu essa tristeza?”).

Exploração dos significados pessoais dos pensamentos

Procurar por convicções que estão relacionados com pensamentos automáticos conforme relatado pelo cliente, de forma a explorar o significado pessoal que está subjacente ao sistema de crenças idiossincrático.

O que sustenta o pensamento, fazer um levantamento de evidências pela técnica da seta descendente.

Se o terapeuta pretender aceder aos significados da cliente face a uma determinada experiência (E.g., em Terapia cognitiva comportamental-explorar os significados subjacentes aos PA)

O terapeuta faz perguntas para aceder à perceção ou significados do cliente.

Reconhecimento de erros cognitivos

Ajudar o cliente a identificar erros de raciocínio específicos (transformações cognitivas ou erros); (E.g., pensamento tudo-ou-nada, sobregeneralização, pensamento mágico; dois pesos e duas medidas)

Para codificar não é preciso identificar especificamente o erro.

Identificação de convicções cognitivas

Exploração feita em conjunto com o cliente, de uma convicção geral que é a base de muitos pensamentos e convicções negativos.

Foco nas convicções básicas e generalizadas que são a base dos pensamentos automáticos negativos (frequentes e inconscientes).

Categorizar os pensamentos em categorias para chegar às crenças intermédias., ou seja, se o terapeuta identificar uma categoria de

Distanciamento de crenças	<p>pensamentos ao cliente, no que eles são parecidos e têm em comum. Identificar de forma mais intencional as crenças intermédias, crenças condicionais e estratégias compensatórias.</p> <p>Início da análise de evidências. Encorajar o cliente a perspetivar os seus pensamentos como crenças passíveis de serem verdade ou não. Estas crenças não representam factos objetivos. Ajudar o cliente a perceber que os pensamentos podem não ser realidade. Normalmente é um passo preliminar, feito antes da análise de evidências. Codificar quando o terapeuta questionar o cliente se os seus pensamentos são realidade. Olhar para o pensamento como uma hipótese.</p>
Análise das evidências disponíveis	<p>Análise de evidências. Auxiliar o cliente a fazer uso das evidências/informações disponíveis (provenientes também de experiências passadas) para testar a validade das suas crenças. Algo hipotético, identificar os prós e contras de um pensamento na sessão. (E.g., Custo vs. Benefício)</p>
Teste prospetivo de crenças	<p>Teste da realidade – empírico, direto. Quando o terapeuta propõe, revê ou faz um teste de evidências; Quando averigua as evidências a favor e contra resultantes do teste da realidade. Encorajar o cliente a experimentar comportar-se de um modo específico para testar a validade de uma crença (irracional) OU Formular colaborativamente com o cliente uma hipótese ou predição sobre um evento cujos resultados podem ser utilizados para testar a previsão; OU Analisar colaborativamente com o cliente o resultado de um teste comportamental.</p>
Procura de explicações alternativas	<p>Auxiliar o cliente a conseguir ver explicações alternativas, em vez das explicações iniciais propostas pelo mesmo. <u>Questionamento socrático</u> - o terapeuta analisa a validade do pensamento, como é construído.</p>

	O terapeuta é, metaforicamente, um advogado do diabo em relação ao pensamento do cliente.
Consequências Realistas	Explorar e examinar em conjunto com o cliente a probabilidade de determinadas consequências. (E.g., Terapeuta: “O que aconteceria se pensasse dessa forma?; “De 0 a 100, qual era a probabilidade de morrer num avião?”) Codificar se o terapeuta incita o cliente a probabilidade de um pensamento corresponder à realidade
Valor adaptativo/functional das crenças	Análise prós e contras de ter um pensamento. Ajudar o cliente a examinar se ao manter uma crença específica este se mantém funcional. Analisar a funcionalidade do pensamento. É irrelevante se o pensamento é real ou não.
Prática de uma resposta racional	Ajudar o cliente a praticar respostas racionais face a crenças negativas/ irracionais. Ensinar ao cliente diferentes formas de reagir face a pensamentos automáticos negativos. Cliente assume o papel contra o pensamento, ou seja, tem que refutar os seus pensamentos. O terapeuta pode utilizar o <i>role play</i> .
Reflexão de sentimentos	Reflexão de sentimentos. Enfatizar o conteúdo emocional sobre o que o cliente trouxe para a sessão de forma a encorajar a consciência emocional. (E.g., Terapeuta: “Hoje está contente, feliz”; “Fica revoltada”; “O que é que sente”; “Como se sente, sentiu como se, sentir dor, revoltada, magoada, envergonhada...”
Orientação Subtil	Encorajar o cliente a elaborar algo que é implícito no presente para que o conteúdo ou foco da conversa possa variar. Ou seja, diz respeito a dicas que podem facilitar uma exploração de um determinado assunto. O terapeuta orienta de forma subtil a conversa (E.g., Terapeuta: Falou-me num arrastar de situações...”
Ligação das intervenções a pistas não verbais	O terapeuta identifica e comunica os sinais do comportamento para linguístico ou não verbal do cliente (gestos, postura, expressões faciais ou o tom de voz). OU

Focalização na experiência presente	<p>Confronta entre o comportamento e não verbal do cliente.</p> <p>Focar na experiência do cliente no momento presente, encorajando-o a estar com a emoção presente, de forma a tornar-se consciente das suas emoções.</p> <p>O terapeuta encoraja a experiência e reconhecimento das emoções/ sentimentos independentemente se as experienciou ou não, se está ou não consciente das mesmas.</p> <p>Pode dizer respeito a treinar o cliente a adquirir competências para se ir tornando atento às suas emoções (exercícios de <u>focalização</u>).</p>
Reconhecimento e consciencialização de sentimentos não expressos	<p>Esta intervenção foca-se na percepção física ou experiência interna no momento presente da sessão, ou seja, ficar com a emoção sem grandes elaborações cognitivas.</p> <p>(E.g., Terapeuta “Vamos ficar um bocadinho com essa tristeza...”</p> <p>Ajudar o cliente a reconhecer emoções que não foram expressas ou que não tem consciência.</p> <p>Aumentar a consciência das emoções do cliente, nomeadamente, a identificar e nomeá-las. Estas emoções poderão dizer respeito a emoções que pode ou não pode estar consciente, mas não as expressa.</p> <p>O terapeuta, identifica, explicitamente, as emoções, focado no conteúdo verbal (E.g., “Parece-me que está triste”).</p> <p>Ou seja, codificar se o terapeuta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sugere directamente que o cliente está a experienciar um determinado conteúdo emocional que ainda não expressou, ou seja, se a emoção estiver “camuflada”; - nomeia especificamente a emoção. <p>(E.g., Terapeuta: Sente medo de...”</p>
Solicitação de <i>feedback</i> do cliente	<p>Explorar emoções, pensamentos e fantasias do cliente em relação ao terapeuta.</p> <p>Esta intervenção foca-se em compreender a forma como o cliente se sente para com o terapeuta.</p> <p>Não codificar esta intervenção se acontecer algo na sessão ou na terapia em geral.</p>
Re-experienciação evocativa de reações problemáticas	<p>Ajudar o cliente a re-experienciar no momento presente da sessão uma situação específica em que o cliente teve uma reação problemática ou</p>

	<p>incompreensível. Uma reação problemática significa que o cliente tem uma reação específica face a uma situação específica. Frequentemente o cliente refere que se sentiu surpreendido face à sua reação ou pelo menos não a compreendeu. Esta intervenção tem como objetivos: aumentar a sua consciência emocional, explorar o significado dessa situação.</p> <p>O cliente poderá dizer que mostra surpresa ou incompreensão face à reação negativa que teve. Face ao marcador da <u>reação problemática</u>: o terapeuta descobre quais as reações problemáticas, foca numa situação específica, ajuda a construir uma situação; leva ao cliente a reexperienciar).</p>
<p>Uso da relação terapêutica para explicar as reações dirigidas a outros</p>	<p>O terapeuta mostra ao cliente quais as suas posições face a outras pessoas, usando a relação terapêutica (não significa moldagem de comportamento).</p> <p>Usar a relação como um exemplo de padrão interpessoal noutras, ou seja, como o que se passa na relação terapêutica também acontece fora, com outras.</p> <p>E.g., Terapeuta: “Reage com os outros como reage comigo?”</p>
<p>Diálogo de duas cadeiras/ conflitos internos</p>	<p><u>Tarefa de duas cadeiras.</u></p> <p>Ajudar o cliente a identificar dois lados opostos de si e colocá-los em diálogo. Há um conflito entre dois lados do <i>self</i> (duas posições do “eu”) que originam, por sua vez, conflitos a nível emocional.</p> <p>O cliente primeiro identifica um lado com um aspeto e depois identifica o outro lado oposto. Isto é enfatizado quando é pedido ao cliente para mudar de uma cadeira para a outra.</p>
<p>Diálogo da cadeira vazia/ assuntos inacabados</p>	<p><u>Tarefa da cadeira vazia.</u></p> <p>Convocar a presença de uma pessoa que é importante para o cliente para uma cadeira vazia. Encoraja a expressão de emoções e necessidade face ao outro, ajudando a identificar o assunto inacabado.</p> <p>Um assunto inacabado diz respeito a uma situação em que o cliente se sente bloqueado na expressão das suas emoções e das necessidades relativas a essas emoções.</p>

Silêncio	<p>O terapeuta utiliza o silêncio com o objetivo de encorajar o cliente a falar, ou seja, mostra uma postura de presença ouvinte. Nesta intervenção, o terapeuta pode utilizar encorajadores mínimos (E.g., “hum hum”).</p> <p>Esta intervenção só é codificada se o silêncio estiver presente durante um período de tempo significativo, uma longa pausa (mínimo 10 segundos).</p> <p>Se o terapeuta estiver em silêncio porque o cliente está a falar, não se codifica esta intervenção.</p>
Sinalização de atenção para sentimentos inaceitáveis	<p>O terapeuta nomeia emoções importantes que foram surgindo na sessão, mas que não foram expressadas pelo cliente (aparentemente porque este pensa que são perigosas, inapropriadas).</p> <p>Estas emoções são: dirigidas a outra pessoa e consideradas impróprias (e.g., inveja, vergonha, ódio, culpa, excitação sexual...)</p>
Exploração de experiências passadas	<p>O terapeuta explora ou discute as memórias de infância do cliente.</p>
Ligação entre o presente e o passado/ descritiva	<p>O terapeuta mostra uma ligação ou sinaliza que existe uma relação entre a experiência emocional ou percepção atual com alguma situação ou aspeto passado.</p> <p>Esta intervenção tem um carácter mais descritivo e não interpretativo, pois ajuda a compreender como as experiências da infância influenciam a vida atual do cliente.</p>
Interpretação da defesa	<p>Identificação de mecanismos de defesa.</p> <p>Discutir com o cliente a forma como este evita ou se defende face a emoções/situações ameaçadoras ou trazer qualquer coisa à consciência.</p>
Sinalização de desejos, sentimentos ou ideias inconscientes / interpretação	<p>Sinalizar emoções, pensamentos, desejos, impulsos do cliente que este pode não estar consciente.</p> <p>Ou seja, fazer uma interpretação sobre um determinado pensamento, sentimento, desejo ou impulso que ele não está a evitar mas que pode não estar consciente (E.g., Terapeuta: Estava muito frágil naquela altura)</p>
Ligações a outras relações, interpretação da transferência	<p>Processos de <u>Transferência</u>.</p> <p>Fazer ligações entre respostas emocionais do cliente face ao terapeuta e as respostas emocionais</p>

Confrontação	<p>que o cliente face a outras pessoas importantes da sua vida. Poderão ser relações atuais ou passadas. Interpretação entre outro, transferência, passado/presente.</p>
Padrões no comportamento ou experiência	<p>Confrontação (E.g., “Por um lado x, por outro y”) Descrever ou apresentar ao cliente o seu evitamento face a emoções dolorosas/problemáticas ou pensamentos problemáticos. O terapeuta poderá realizar esta intervenção combinando com uma atitude ativa para o cliente se focar no que anda a evitar. OU Quando o terapeuta salienta uma discrepância e comunica-a ao cliente.</p>
Padrões nas relações	<p>Focar no padrão habitual/ comportamento/ temas frequentes do comportamento do cliente (E.g., beber sempre que corre algo mal).</p> <p>Notar um padrão habitual de relacionamento/ comportamento com os outros para ajudar o cliente a compreender a forma como se comporta com as outras pessoas. O foco é constatar as semelhanças entre os relacionamentos do cliente. Poderão ser relações passadas ou presentes.</p>
Ligações entre hipóteses/ descritiva	<p>O terapeuta recolhe diferentes experiências do cliente (de outras sessões ou da atual), junta-as e elabora uma “grande”. Estas ligações têm como objetivo a consciência de determinados comportamentos do cliente. Ou seja, o terapeuta faz um paralelismo entre as diferentes experiências de vida com para que a pessoa possa compreender o seu padrão de comportamento geral.</p>
Intervenções paradoxais	<p>O terapeuta “prescreve”: - comportamento sintomático (E.g., Terapeuta: Vai-se sentir triste durante x tempo) OU - cognições (E.g., Terapeuta: Vai ter pensamentos obsessivos durante x tempo) OU - comportamentos relacionais (E.g., Terapeuta: Vai discutir em horas fixas com o seu namorado)</p>

Aplicação de um ritual	Encorajar o cliente a realizar um ritual de passagem de uma situação para outra (E.g., escrever carta de despedida e queimar).
Tarefa ambígua	De forma indireta, implícita e sugestiva, apresentar uma tarefa que pode ser levada a cabo ou não pelo cliente; Esta intervenção pode surgir em forma de pergunta retórica (E.g., Terapeuta: Face a isso temos duas soluções;” “Terapeuta: não sei se a tarefa será demasiado difícil para si”).
Aprofundamento da experiência individual em relação com o grupo	Encorajar um membro do grupo a formular a sua experiência ou explorar a experiência de outro no momento presente da sessão; OU encorajar um membro do grupo a “formular” a sua experiência no grupo; OU ajudar a explorar experiências de um membro do grupo. Estas experiências dizem respeito a momentos fora do contexto da terapia, mas devem ser experienciadas no contexto da sessão.
Estimulação da comunicação interpessoal no grupo	Convidar um membro do grupo a reagir (dar <i>feedback</i>) face a algo que outro membro relata; OU perguntar a um membro do grupo como se sente face ao <i>feedback</i> de outro elemento; OU pedir a um membro do grupo para clarificar o que outro elemento do grupo disse; OU pedir a um elemento do grupo para sumariar o que foi dito por outro elemento.
Feedback pessoal no momento presente da terapia	Dar uma opinião pessoal sobre a forma como um membro do grupo age; OU dar a sua opinião do que que se passa entre o grupo como um todo; OU clarificar relações entre membros o grupo; OU mostrar diferenças entre as relações entre os diferentes membros do grupo.
Clarificação das interações e dos processos do grupo	Falar diretamente das mensagens implícitas entre os membros do grupo; Clarificar padrões de relacionamento face a membros do grupo; Mostrar a diferença de atitudes, comportamentos e experiências do grupo; Este item foca-se na interação dos membros do grupo e no momento presente da sessão e, por

	<p>isso, não se refere a aspetos passados ou exteriores à terapia.</p>
Criação de espaço	<p>Criar espaço para interação e comunicação entre os membros do grupo, não interrompendo.</p>
Intervenção focada em todos os participantes do grupo	<p>Muito comum nas sessões com famílias. Trabalhar sobre uma mudança de emoções, comportamento ou pensamentos de outro participante. Isto pode significar que o terapeuta pode pedir aos elementos do grupo para mudarem o seu comportamento dentro da própria sessão. No caso dos pais, estes podem começar a aprender a usar a sua influência sobre os filhos de forma positiva.</p>
Clarificação e delineamento de um estilo de educação	<p>Focar no comportamento e nas crenças dos pais com comportamentos mais adequados, salientando o seu papel como educadores. O foco é motivar os pais a influenciarem de forma positiva os seus filhos.</p>
Convocação, orientação e revisão da participação de todos os participantes	<p>Guiar uma interação do “sistema”, revendo a interação entre os elementos. Preparar um dos participantes para interagir com o sistema. Só codificar se ocorrer no momento presente da sessão e não fora da sessão (E.g., “Terapeuta: o que me diz parece importante, porque não diz isso agora ao seu pai?”).</p>
Preparação individual dos participantes para uma interação sistémica	<p>Esta intervenção é dirigida, maioritariamente, a jovens que têm alguns problemas em falar com os seus pais. Preparar um membro da família para falar com a mesma na sessão atual ou numa sessão futura. Não diz respeito a uma conversa imaginária ou inevitável pois acabará por acontecer. O terapeuta ajuda a preparar aquilo que será dito na interação no sistema.</p>
Independência	<p>Encorajar o cliente para pensar em soluções para resolver os seus problemas; O encorajamento pode ser dado de forma subtil. Realçar a importância do cliente pensar de forma independente e que esta é a melhor forma de ultrapassar as suas dificuldades.</p>

Perguntar informação ou elaboração	<p>O encorajamento não é cotado se for dado num tom negativo (E.g., rejeição).</p> <p>Perguntas simples. Fazer mais perguntas de carater mais informativo, descritivo sobre um determinado aspeto para compreender melhor o que o cliente fala. (E.g., o terapeuta pede biografia; o terapeuta pergunta alguns pensamentos ao cliente num determinado evento se encontrasse um amigo na rua).</p>
Clarificação, reformulação em palavras diferentes	<p>Uso de paráfrases. Usar diferentes palavras para recontar a história do cliente de forma a obter um quadro de significados. OU o terapeuta enfatiza algo do diálogo do cliente; OU quando completa as frases do cliente.</p>
Feedback sobre fenómenos que anteriormente não foram reconhecidos	<p>Comentar o comportamento do cliente durante a sessão de forma a colocá-lo noutra perspetiva. Devolver a compreensão do comportamento do cliente.</p>
Uso de metáforas	<p>Uso de metáforas Modo figurativo de comparar algo importante e que deve ser realçado.</p>
