



O processo de mudança em casos de psicoterapia: Validação de uma medida de análise do processo de assimilação em casos de sucesso e insucesso.

Rita Alexandra Costa Pereira

**Dissertação de Mestrado em
Psicologia Clínica e da Saúde**

Orientação: **Professor Doutor João Salgado**

Outubro, 2015



Rita Alexandra Costa Pereira

Nº 22669

O processo de mudança em casos de psicoterapia: Validação de uma medida de análise do processo de assimilação em casos de sucesso e insucesso.

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação do Professor Doutor João Manuel Castro Faria Salgado

Outubro, 2015

Agradecimentos

É com muita satisfação que hoje transcrevo para esta página em branco o meu profundo agradecimento a todos aqueles que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a presente sensação de dever cumprido.

Ao meu orientador, Professor Doutor João Salgado, agradeço a paciência, a partilha de conhecimentos, a dedicação, o profissionalismo e a sua disponibilidade. Aprendi consigo aspetos essenciais que levo comigo para a vida.

À Dra. Isabel Basto, pelo empenho e interesse demonstrado em todas as alturas. Obrigada pela sua paciência e dedicação.

Agradeço aos meus pais, por todo o investimento na minha educação, não só académica como pessoal. Obrigada por todo o apoio! Agradeço-vos pelas infindáveis horas que me ouviram falar, mesmo sem terem conhecimento nas matérias; por me terem acalmado nos momentos mais défices; por vibrarem com as minhas conquistas e por sofrerem comigo os meus fracassos. Congratulo-vos pela vossa paciência, sabedoria e astúcia no que compete a gerirem com eficácia os meus variados estados de humor ao longo destes anos. Acima de tudo, obrigada por me ajudarem a crescer sem nunca querer ser maior do que ninguém!

Aos meus irmãos quero agradecer a cumplicidade, as brincadeiras e as zangas, que me faziam esquecer os dias mais difíceis. Também a vocês agradeço, e aproveito para me desculpar, pelas vezes que me deixaram falar na vossa vez e, por permitirem que nos dias mais complicados a atenção dos pais não fosse partilhada igualmente. Obrigada, Margarida pelos mimos, os desenhos, os “Adore-te” no espelho pintados a batom e os post-it com palavras de incentivo. A ti Mano, obrigada por cuidares de mim, ainda que nem sempre estejas por perto.

À minha Madrinha, que é um dos pilares fundamentais da minha vida. Agradeço as conversas até perdermos as horas, as gargalhadas e os incentivos. Obrigada pela tua preocupação constante, mas mais importante de tudo, obrigada por tudo aquilo que me ensinaste!

Agradeço à minha prima Joana, companheira de todas as horas. Companheira das horas boas, das menos boas, das más e daquelas horas que não passam apenas de

horas! Obrigada pelos cafés e pelas aventuras vividas à custa de seres péssima copiloto. Agradeço por existires porque se fosses inventada, certamente o protótipo não sairia tão bom!

Não poderia deixar de agradecer às minhas amigas da faculdade, a Ana e a Maria, porque não teria sido igual sem vocês.

Em especial, e com o carinho todo do mundo, agradeço à Joana, a minha amiga para a vida. Agradeço-te por todas chamadas que trocamos, vazias de conteúdo mas cheias de significado; pelas horas a fio que nos perdemos na conversa enquanto conjeturávamos em relação ao futuro. Obrigada por me confiares as tuas mágoas e preocupações, e obrigada por ficares com as minhas também. Que sorte podia eu ter mais – questiono-me por vezes – não bastava ser a melhor das amigas como tinha também de ser minha colega de turma, colega de carteira... Companheira para a vida! Espero que continuemos a partilhar os nossos sorrisos.

RESUMO

O presente estudo incide na análise do processo de integração da experiência à luz do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas (Stiles et al., 1990).

O seguinte trabalho de investigação propõe-se a explorar a eficácia de uma nova medida de observação do processo de assimilação de experiências problemáticas, em comparação com a escala de assimilação já existente (Honos-Webb & Stiles, 1998). Mais ainda, neste estudo é feita a análise de uma amostra, com a finalidade de corroborar a validade dos resultados obtidos na escala de observação de experiências problemáticas, em detrimento dos efeitos conseguidos na escala de assimilação de experiências problemáticas elaborada por Honos-Webb e Stiles (1998).

Foram analisados seis casos de participantes com Perturbação Depressiva Major (leve ou moderada), nos modelos de Terapia Focada nas Emoções e Terapia Cognitivo-Comportamental, em que três dos casos foram de sucesso e os restantes de insucesso terapêutico.

A análise do progresso dos casos que foram estudados centrou-se nos resultados terapêuticos obtidos (sucesso ou insucesso), com a finalidade de comprovar a eficácia da nova medida de observação de experiências problemáticas, nas duas dimensões suprarreferidas.

Em síntese, os efeitos referentes ao processo de assimilação de experiências problemáticas, propõe que os resultados terapêuticos (sucesso ou insucesso) de cada um dos casos, permanecem invariavelmente iguais, quer na utilização da primeira escala como na utilização da mais recente reestruturação da mesma.

Palavras-chave: modelo de assimilação de experiências problemáticas; resultados; sucesso; insucesso; escala de assimilação de experiências problemáticas; escala de observação de assimilação de experiências problemáticas; progresso; mudança terapêutica.

ABSTRACT

This study focuses on the analysis of the experience integration process using the Assimilation Model of Problematic Experiences (Stiles et al., 1990).

The following research is proposed to explore the efficacy of a new observation measure of the assimilation process of problematic experiences in comparison with the first assimilation scale (Honos-Webb & Stiles, 1998). Furthermore, this study is made the analysis of a sample, in order to corroborate the validity of the results obtained in the scale of observation problematic experiences, instead of the effects achieved in the assimilation scale problematic experiences prepared by Honos-Webb and Stiles (1998).

Six cases of participants with Major Depressive Disorder (mild vs moderate) were analyzed, in the models of Emotionally Focused Therapy and Cognitive-behavioral Therapy, three of them succeeded and the other ones were therapeutic failures.

The analysis of the progress of the case studies focused on the therapeutic results, in order to prove the effectiveness of a new observation measure of the assimilation of problematic experiences in both dimensions aforementioned.

The analysis of the progress of the case studies focused on the therapeutic results (success or failure), in order to prove the effectiveness of a new observation measure of the assimilation of problematic experiences in both dimensions aforementioned.

In summary, the effects related to the process of assimilation of problematic experiences that propose the therapeutic outcomes (success or failure) of each case, remain invariably the same, whether using the first scale or the latest restructuring thereof.

Keywords: Assimilation Model of Problematic Experiences; outcome; success; failure; Assimilation of Problematic Experiences Scale; Assimilation of Problematic Experiences Observational Scale; progress; therapeutic change.

Índice

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I – MODELO DE ASSIMILAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROBLEMÁTICAS	2
1. Exploração do modelo inicial de Assimilação de Experiências Problemáticas	2
2. Reformulação do modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas	4
3. Sucessos e insucesso terapêutico.....	7
CAPITULO II - ESTUDO EXPLORATÓRIO.....	10
1. Objetivos de investigação.....	10
2. Método	11
2.1. Participantes	12
Tabela 1.	13
<i>Resultados do BDI-II e OQ-45.2 ao longo do processo de psicoterapia das Participantes.....</i>	<i>13</i>
2.2. Terapeutas	14
2.3. Medidas de processo	14
2.3.1. Escala observacional da assimilação de experiencias problemáticas	14
2.3.2. Medidas de resultado.....	15
2.4. Procedimentos	16
2.4.1. Treino de assimilação de experiências problemáticas.....	16
3. Resultados	17
3.1. Estudo 1: Validação da escala observacional de assimilação das experiências problemáticas	17
3.2. Estudo 2: Análise da amostra relativamente ao processo de assimilação	19
4. Discussão.....	24
Conclusão	26
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	27

Índice de tabelas

Tabela 1. <i>Resultados do BDI-II e OQ-45.2 ao longo do processo de psicoterapia das Participantes</i>	13
Tabela 2. <i>Análise descritiva do acordo por observação entre codificadores, das sessões 1 e 16, em função dos casos de sucesso ou insucesso</i>	19

Índice de figuras

Figura 1. <i>Diferença dos níveis de assimilação de experiências problemáticas em casos de sucesso e insucesso em psicoterapia.....</i>	20
Figura 2. <i>Relação entre os níveis de assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia, em casos de sucesso terapêutico.....</i>	21
Figura 3. <i>Relação entre os níveis de assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia, em casos de insucesso terapêutico.....</i>	22
Figura 4. <i>Comparação do nível de assimilação de experiências problemáticas, na primeira e última sessão do processo terapêutico, em relação a casos de sucesso e insucesso.....</i>	22

*À Cândida e ao José,
que me saram as feridas
e me aquecem a alma...*

INTRODUÇÃO

O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas (Stiles et al., 1990), tem como objetivo estudar os resultados psicoterapêuticos através da monitorização de processos de mudança ao longo da psicoterapia.

Assim, quando a informação que o indivíduo recolhe do meio se mostra egodistónica com o esquema pré elaborado, a experiência desse material é percebida como problemática (Gabalda & Stiles, 2009) e, seguidamente, não é assimilada ao esquema disponível a fim de evitar dor psicológica (Stiles et al., 1990). É neste sentido que o presente modelo preconiza que, para que seja um processo terapêutico bem-sucedido tem de ocorrer a integração de uma ou mais experiências que causam desconforto ao indivíduo, (Stiles et al., 1990; Stiles, 2001). Cabe ao terapeuta a gestão e facilitação da comunicação progressiva entre os vários estados do self.

Mais ainda, esta tese propõe-se a validar uma medida observacional da escala de assimilação de experiências problemáticas, focalizando a análise do processo de integração da experiência, em caso de insucesso e de sucesso.

A estrutura deste trabalho configura 2 capítulos: no capítulo I é abordado o modelo da assimilação, a sua pertinência para a prática clínica, as investigações mais recentes e casos de sucesso e insucesso; no capítulo II é apresentado um o estudo exploratório, que se divide em duas investigações, nomeadamente, 1) a validação da medida observacional de assimilação de experiências problemáticas e 2) a relação entre esta medida e o resultado terapêutico. Ainda no segundo capítulo são esclarecidos os objetivos da tese, bem como, é descrito o método, os resultados e, por fim a discussão e conclusão do estudo.

CAPITULO I – MODELO DE ASSIMILAÇÃO DE EXPERIÊNCIA PROBLEMÁTICAS

1. Exploração do modelo inicial de Assimilação de Experiências Problemáticas

O modelo de assimilação de experiências problemáticas, proposto por William B. Stiles e outros colaboradores, no início dos anos noventa, surge como modelo integrativo (Honos-Webb & Stiles, 1998) dos aspetos essenciais do processo de mudança em psicoterapia, assumindo-se transteórico. Este modelo perspetiva a redução da sintomatologia e, conseqüentemente a mudança e progresso terapêutico através da assimilação de experiências problemáticas no self (Stiles et al., 1990).

O conceito de assimilação é da autoria de Jean Piaget, uma noção fundamental na criação piagetiana do desenvolvimento, que defende a assimilação como a origem de todos os mecanismos intelectuais e, que consiste na integração dos elementos do meio externo, nos esquemas que o sujeito dispõe (Piaget, 1986).

Entendam-se as experiências problemáticas suprarreferidas como acontecimentos dolorosos e desagradáveis (situação traumáticas, ruturas relacionais, etc...), fruto das circunstâncias de vida, às quais todos nós estamos diariamente sujeitos Gabalda & Stiles (2009). Como sugere Gabalda & Stiles (2009), estas vivências deixam traços de experiência, que podem ser reativados quando o indivíduo é colocado numa situação semelhante à anteriormente vivida, podendo despoletar efeitos negativos. Assim, é previsível que, a exposição às experiências problemáticas (“percepções, intenções, impulsos, atitudes, desejos, fantasias ou ideias”, Stiles, 1990 p. 412) possam causar níveis elevados de desconforto e dor psicológica, capazes de desequilibrar a homeostasia do indivíduo e, por este motivo são suprimidas do consciente (Stiles et al., 1990).

Uma das premissas fundamentais do modelo de assimilação consiste na apropriação da experiência problemática, para que o indivíduo a percece como sua (Stiles, Morrison, Haw, Harper, Firth-Cozens & Shapiro, 1991). Desta forma, o profissional assume um papel fundamental no processo de orientação progressiva da integração da experiência (Honos-Webb & Stiles, 2002) nos esquemas já existentes

facilitando, assim, a relação entre os múltiplos estados do self (Stiles et al., 1990; Osatuke, Stiles, Barkham, Hardy & Shapiro, 2011).

O modelo de assimilação de experiências problemáticas sugere que a evolução terapêutica se observa quando existe este processo de integração do material que é colocado de parte, num sistema estruturado de associações, que contém o material mental e os padrões comportamentais familiares ao indivíduo (Stiles et al., 1990), designado por esquemas (Honos-Webb & Stiles, 1998).

Os esquemas são estruturas cognitivas, em que delas fazem parte os padrões de ideias e as formas de pensar referentes ao indivíduo, e são integradas nos mesmos as experiências (“memórias, sentimentos, ideias, impulsos, desejos e ações”, Stiles, 1991 p. 195) congruentes, ou seja, que espelham a estrutura existente (Stiles et al., 1990; Stiles, Morrison, Haw, Harper, Firth-Cozens & Shapiro, 1991). As vivências que não se coadunam com os padrões pré-existentes que fazem parte do self do indivíduo, são as designadas de experiências problemáticas, não exatamente por serem erradas, mas por colocarem em causa as crenças do esquema já existente (Stiles, 2011; Osatuke, Stiles, Barkham, Hardy & Shapiro, 2011).

A abordagem do funcionamento metacognitivo, assente no presente modelo, demonstra a capacidade do indivíduo para pensar acerca das suas cognições, reações e emoções e usar a informação recolhida de forma adaptativa (Osatuke, Stiles, Barkham, Hardy & Shapiro, 2011). Quando a informação que o indivíduo recolhe do meio se mostra egodistónica com o esquema pré elaborado, a experiência desse material é percecionada como problemática (Gabalda & Stiles, 2009) e, seguidamente, não é assimilada ao esquema disponível a fim de evitar dor psicológica (Stiles et al., 1990). São fatores que contribuem para a psicopatologia os esforços contínuos de rejeição, eliminação e evitamento da experiência (Stiles, Morrison, Haw, Harper, Firth-Cozens & Shapiro, 1991).

Como supracitado, um resultado terapêutico bem-sucedido emerge da assimilação da experiência percecionada como problemática aos esquemas disponíveis do indivíduo, por outras palavras, o indivíduo precisa de recorrer ao processo de mudança dos esquemas (ideias e pensamentos) previamente adquiridos, a fim de se tornar possível a inclusão da experiência problemática. A alteração da perceção do esquema e da experiência é nomeada como processo de acomodação, que ocorre em

concomitância com a assimilação (Stiles et al., 1990; Honos-Webb & Stiles, 1998), conceito que, de igual forma ao segundo, nasce da teoria do desenvolvimento de Piaget e entende-se pela modificação da ação e da cognição quando em contacto com os objetos exteriores (Piaget, 1986). O esquema acomoda-se para integrar, interpretar e dar significado à experiência problemática, para que ocorra o processo de assimilação no sistema organizado de associações, é por esta razão, imprescindível, a sua ocorrência em simultâneo (Stiles, Morrison, Haw, Harper, Firth-Cozens & Shapiro, 1991).

O progresso na terapia nem sempre segue uma consistência linear, sendo que muitas vezes o processo é caracterizado por recuos e avanços (Gabalda & Stiles, 2009). Não obstante, o processo de assimilação da experiência problemática vai seguindo uma evolução mais contínua de nível para nível, dentro e fora da terapia, em que vai existindo uma alteração gradual quanto à percepção da experiência problemática (Stiles et al., 1990; Honos-Webb & Stiles, 1998).

2. Reformulação do modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas

Em 1998, o modelo de assimilação é revisto e reestruturado por William B. Stiles e Lara Honos-Webb que procedem a ligeiras alterações dos conceitos e concepções iniciais do modelo (Honos-Webb & Stiles, 1998).

A reformulação do modelo recai sobre a metáfora das vozes, que consiste no entendimento do processo de assimilação a partir do diálogo entre as vozes que fazem parte integrante do indivíduo (Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999). Esta nova abordagem confere ao self um papel mais ativo e dialógico, sendo que o progresso terapêutico passa por um diálogo reconciliador e, de posterior cooperação entre a comunidade de vozes (esquemas prévios), que é representada por uma voz dominante, e a voz problemática, anteriormente designada de experiência problemática (Honos-Webb & Stiles, 1998). À semelhança do modelo inicial, a voz problemática é incluída ao longo do processo e de forma gradual, na comunidade de vozes, ou seja, no self (Honos-Webb & Stiles, 1998).

Os conceitos fundamentais, referentes à reformulação do modelo, centram-se na introdução da “voz problemática”, também designada por “voz não dominante” ou “underdog”, é o símbolo que representa uma experiência vivida pelo indivíduo e, que se

traduz num padrão incoerente com o seu habitual modo de pensar e agir, interferindo com a estrutura de vozes que constituem a comunidade do self (Honos-Webb & Stiles, 1998; Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003); as vozes constituintes do self, organizam-se numa “comunidade de vozes” que é o reflexo das experiências anteriormente vividas pelo indivíduo e, por ele aceites; a “voz dominante” ou “top dog”, que se configura como representante da comunidade de vozes e, que surge sempre que deteta uma voz oposta à experiência indesejada (Honos-Webb & Stiles, 1998).

Assim, as vozes relativas às novas experiências que não se percebem problemáticas são facilmente associadas e integradas na comunidade de vozes, uma vez que não causam desconforto ao indivíduo, ao passo que, as vozes que representam experiências incompatíveis com os pressupostos instituídos pela comunidade de vozes, constituem dor psicológica. Por este motivo as vozes problemáticas são rejeitadas, suprimidas e dissociadas da comunidade de vozes e, é na facilitação do processo de diálogo e na posterior integração da voz problemática na comunidade de vozes, que a intervenção terapêutica se foca (Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003).

Para a realização eficaz deste processo, as vozes opostas têm-se de conectar entre si, sendo que estas ligações que se criam entre elas são designadas por pontes de significado. As pontes de significado criam elos de ligação entre as vozes de experiência (dominante e problemática) através de uma imagem, palavra, gesto, história ou expressão que contenham um significado idêntico, possível de se identificarem e conectarem entre si (Brinegar, Salvi, Stiles & Greenberg, 2006), este processo permite a integração gradual da voz problemática na comunidade de vozes do self (Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003).

O progresso na terapia é caracterizado pelo processo relacional que surge entre a voz problemática e a comunidade de vozes (Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999). No entanto a relação entre as vozes não se perpetua sempre com base no diálogo, uma vez que a voz dominante suprime a voz problemática até que esta estabeleça assertivamente a sua posição. Apenas assim a voz problemática é capaz de se fazer ouvir, acabando por, posteriormente, se complementarem num maior entendimento e resolução do problema (Brinegar, Salvi, Stiles & Greenberg, 2006). É neste processo que a voz problemática deixará gradualmente de ser associada ao desconforto e à possível dor psicológica no momento em que se der início ao processo de inclusão da

mesma na comunidade de vozes, que metaforiza os valores, os pensamentos e as ações pelos quais o indivíduo trivialmente se orienta (Brinegar, Salvi & Stiles, 2008).

A aceitação e integração dos traços de experiência problemática na comunidade de vozes é um procedimento gradual e continuado no tempo no que confere à obtenção dos ganhos. Neste sentido, a reformulação do modelo contempla uma Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES) (Honos-Webb e Stiles, 1998), com oito níveis referentes ao progresso terapêutico, ou seja, o processo de integração da experiência. Posto isto, a escala apresenta-se da seguinte forma: “*Evitamento*” (nível 0), em que o cliente não consegue identificar o problema e, normalmente está associado a queixas psicossomáticas e dores físicas; “*Pensamentos indesejados*” (nível 1), o cliente prefere não pensar pois o conteúdo dos pensamentos é desconfortável; a emoção é mais perceptível que o conteúdo e, envolve fortes pensamentos negativos; os tópicos só surgem se for o terapeuta a propor; a voz problemática é passiva em relação à voz dominante; “*Consciência vaga/Emergência*” (nível 2), o cliente reconhece a experiência problemática, mas não é capaz de exprimir claramente o problema; os pensamentos associados ainda causam desconforto e dor psicológica; a discrepância entre a voz problemática e a voz dominante continua a existir; “*Colocação do problema/Clarificação*” (nível 3), o conteúdo da problemática é mais claro; a emoção ainda é negativa mas mais fácil de gerir; a voz dominante e a voz problemática conseguem sobrepor-se uma à outra; “*Compreensão/Insight*” (nível 4), a experiência problemática é formulada, entendida e colocada em forma de esquema; as vozes compreendem-se mutuamente, negociam e cooperam; criam-se pontes de significado; a clarificação do problema pode trazer surpresa positiva ao cliente; “*Aplicação/Elaboração*” (nível 5), a compreensão é utilizada como recurso para trabalhar o problema; cliente já considera alternativas de percursos de ação; “*Solução do problema*” (nível 6), caracterizado pela capacidade, adquirida pelo cliente, de como lidar com um problema específico, arranjando soluções adequadas por consequência, da integração flexível das vozes; “*Integração da experiência/Domínio*” (nível 7), que se caracteriza pela utilização adequada de soluções para novos problemas e, na manutenção dos ganhos obtidos em terapia (Honos-Webb & Stiles, 1998; Gabalda & Stiles, 2009)

Inicialmente a Escala de Assimilação de experiências Problemáticas foi desenvolvida no âmbito da depressão, não obstante já foi utilizada para codificar a assimilação da experiência referente a outras problemáticas (Gabalda, 2006).

3. Sucessos e insucesso terapêutico

A apropriação da experiência, assenta num processo sequencial de passagem de nível para nível, passível de se observar pela integração sistemática da voz problemática na comunidade de vozes, a partir do diálogo estabelecido entre ambas (Gabalada, 2006). Como comprovam os estudos dos casos das clientes, “Margaret” e “Lisa” (Brinegar, Salvi, Stiles & Greenber, 2006), a determinada altura da terapia, o cliente percebe e entende o problema, sendo este um processo apelidado de insight. Não é possível prever em que sessão ou quantas sessões são necessárias para o cliente atingir o insight, apenas se sabe que este acontece na transição do nível 3 para o nível 4 da escala de assimilação, onde é observável a formulação do problema, bem como a sua posterior compreensão e definição de objetivos. É nesta fase que a voz problemática ganha mais força, acabando por se expressar mais ativa e assertivamente. Como consequência desta conquista por parte da voz problemática, a comunidade de vozes torna-se mais compreensiva, abrindo espaço pra o diálogo e posterior assimilação e entendimento. Mais ainda, um outro estudo (Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2006), corrobora a premissa de que para uma terapia bem-sucedida é caracterizada pela integração da voz problemática na comunidade de vozes, sendo futuramente utilizada como um recurso em vez de um problema. Este estudo compara quatro casos de sucesso e quatro casos de insucesso, comprovando que os casos de insucesso obtiveram um menor nível de entendimento e atribuição de significâncias às experiências em relação aos casos de sucesso. Em suma, o anteriormente referido justifica que quanto maior o nível de assimilação menor a sintomatologia associada, observando-se o sucesso terapêutico, neste sentido o nível 4 pode ser um diferenciador entre o sucesso e o insucesso (Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2006).

Posto isto, percebe-se que o mesmo não acontece nos casos em que a terapia não é bem-sucedida. Assim, estudo de caso da Maria (Gabalda & Stiles, 2009), refere precisamente o anteriormente exposto, ou seja, que o insucesso terapêutico, consiste na não assimilação da experiência problemática, criando um padrão inconsistente, pautado por altos e baixos no que concerne à evolução e passagem dos níveis de assimilação da APES. Concretamente com o modelo, o insucesso terapêutico traduz-se pela impossibilidade dos clientes atingirem o insight, ou sejam, passarem do nível 3 para o nível 4 da APES (Gabalda, Serrano, Faus & Sabater, 2011).

Não obstante, Gabalda (2011) apresenta um estudo, também ele de insucesso, em que refere que alcançar o insight é uma condição indispensável mas poderá não ser a única para o sucesso terapêutico. Curiosamente, o cliente do suprarreferido estudo obteve níveis de assimilação superiores ao nível da escala de assimilação de experiências problemáticas superiores ao nível 4 (Compreensão / Insight).

Com base no modelo transteórico suprarreferido, ainda que reformulado, permanece a possibilidade de medir, verificar e qualificar a efetividade das variadíssimas técnicas terapêuticas possíveis de se adotar. É igualmente transversal a sua aplicação, independentemente da técnica utilizada pelo profissional durante a terapia (Stiles et al., 1990). Assim o comprova o caso estudado por Honos-Webb e outros colaboradores (1999), a Jan, que recebeu tratamento à luz da Terapia Focada nas Emoções, apresentava sintomatologia depressiva que foi diminuindo ao longo da terapia ao mesmo tempo que os níveis de assimilação da APES iam progredindo, verificando-se assim uma relação negativa bidirecional entre estas duas dimensões. Mais ainda, num caso cujo modelo é o mesmo que o do caso anteriormente exposto, a Sarah, estudo realizado por Honos-Webb, Stiles & Greenberg (2003), na última sessão apresentou o nível máximo da APES (nível 7). Esta situação verificou-se pelo entendimento e clarificação da voz problemática e da voz dominante ao longo do processo terapêutico, ocorrendo por consequência a integração da voz problemática na comunidade de vozes (Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003).

Também são estudos que comprovam a possibilidade da utilização da escala, os realizados por Detert e outros autores (2006), em que os resultados da amostra apontam para a relação bidirecional entre a APES e o nível de sintomatologia, tanto no modelo Cognitivo-comportamental como no Psicodinâmico, em casos de sucesso e insucesso. Assim, a utilização da escala de assimilação de experiências problemáticas, mede o processo terapêutico, por exemplo em casos de insucesso, sendo possível observar que quanto menor o nível da APES maior os sintomas clinicamente significativos associados à não integração da experiência na comunidade de vozes (Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2006).

Posto isto, comprova-se que a Escala de Assimilação de Experiências Problemática é uma ótima ferramenta que permite melhor entender o processo de mudança. Não obstante, é um instrumento cuja utilização não assenta no pragmatismo, uma vez que são necessários morosos procedimentos para a codificação dos níveis da

APES, sendo uma limitação da mesma a impossibilidade de se realizarem estudos com amostras maiores (Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2006).

Como referido por Detert e outros coautores (2006), a análise da assimilação exige um estudo atento e cuidado de cada caso, a fim de conhecer todas as especificidades do cliente. Este motivo, aliado aos procedimentos demorados relativos às transcrições completas dos casos e, respetivas codificações, limitam a execução, no que confere ao tempo que é necessário despende e os gastos associados, de uma investigação mais abrangente do processo de assimilação de experiências problemáticas em casos de psicoterapia.

Sensíveis às dificuldades sentidas pelos anteriores autores e, após serem avaliados os dados disponíveis, esta tese pretende validar uma tabela, assente e construída de acordo com a APES. Este instrumento tem em conta as mesmas dimensões da APES, no entanto, é uma escala cuja codificação é feita apenas por observação. Para além de inovador é um instrumento mais prático de ser utilizado, tendo sido pensado para a utilização diária e rápida na prática clínica. Mais ainda, os estudos de investigação do processo de assimilação, que utilizem esta tabela, serão beneficiados, na medida esta contribui para a melhor gestão e manutenção do tempo e consequentemente dos gastos.

As vantagens, associadas a esta reconfiguração da escala de assimilação de experiências problemáticas, prendem-se ainda com a ínfima probabilidade de existirem interferências do meio ou conotações erróneas, fruto da ênfase atribuída por cada codificador, aquando da leitura dos casos. Por este motivo, uma análise por observação, permite ao codificador, uma avaliação mais criteriosa dos aspetos relacionados com o cliente, uma vez que esta se caracteriza mais sensorial. Assim, a possibilidade de se observar a informação não-verbal, traduzida nos comportamentos do cliente, em concomitância com a recolha de informação obtida através do discurso (tons de voz diferentes; maior ou menor ênfase atribuído aos temas), permitem uma análise mais completa e minuciosa dos aspetos essenciais, permitindo assim, uma melhor e mais coerente codificação do nível de assimilação da experiência problemática.

Neste sentido, o estudo da amostra é igualmente relevante, uma vez que é necessário entender se a escala de observação de experiências problemáticas reporta resultados iguais ou similares aos que se obtêm através da implementação da primeira escala. Assim, torna-se pertinente entender se as classificações dos resultados

terapêuticos, designadamente do sucesso e insucesso, permanecem iguais com a utilização do novo instrumento. É, portanto, fundamental, também para a validação da medida, que os resultados terapêuticos do estudo da amostra, segundo o novo instrumento, corroborem os resultados obtidos na aplicação da primeira escala de assimilação de experiências problemáticas, elaborado por Honos-Webb e Stiles (1998). Por este motivo os casos incluídos na amostra já haviam sido codificados à luz da primeira escala, para que existisse a possibilidade de serem comparados aquando da codificação pela escala de observação de experiências problemáticas.

CAPITULO II - ESTUDO EXPLORATÓRIO

1. Objetivos de investigação

O presente estudo exploratório teve como objetivo a compreensão o processo de assimilação de experiências problemáticas em casos de sucesso e insucesso terapêutico, recorrendo à utilização de uma nova escala elaborada em função da anteriormente existente.

Assim, a investigação foi dividida por dois estudos: o objetivo do primeiro centrou-se na validação da nova medida de observação do processo de assimilação de experiências problemáticas, em que para cumprir este pressuposto foi necessário avaliar o grau de fidelidade entre os codificadores na utilização da nova escala; testar a consistência interna entre os itens da escala de observação; analisar se existe relação entre o processo de assimilação na escala já existente e na escala de observação; avaliar como ocorre o processo de assimilação da experiência em consonância com a sintomatologia apresentada, ao longo da terapia, através da utilização da medida de observação.

O segundo estudo focou-se na análise da amostra relativamente ao processo de assimilação da experiência problemática em casos de sucesso e insucesso terapêutico. Posto isto, tornou-se impreterível: analisar se existem diferenças entre o sucesso e o insucesso, quanto aos níveis de assimilação da experiência problemática, ao longo das sessões; averiguar se os grupos de sucesso atingem níveis mais elevados de

assimilação da experiência problemática, do início para o fim da terapia, em comparação com os casos de insucesso terapêutico; explorar se existe relação entre os níveis de assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia apresentada, ao longo das sessões, nos casos de sucesso e insucesso terapêutico.

2. Método

Para a elaboração deste estudo recorreu-se à análise de 6 casos clínicos, inseridos no estudo “Depressão e Psicoterapia”, orientado pelo Doutor João Salgado e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia. O ensaio clínico pretende comparar a eficácia de duas terapias distintas, nomeadamente a terapia focada nas emoções e a terapia cognitivo-comportamental, no tratamento de pessoas com perturbação depressiva leve ou moderada. São critérios de admissão clientes com perturbação depressiva major leve ou moderada e, avaliação global do funcionamento superior a 50, sendo que sujeitos que apresentem sintomatologia depressiva grave ou que se encontrem a fazer algum tipo de tratamento, nomeadamente com o recurso a fármacos, são excluídos. Todos os participantes consentiram a filmagem e posterior análise dos dados para efeitos de investigação. A distribuição dos participantes pelos modelos terapêuticos foi feita aleatoriamente.

A classificação de sucesso ou insucesso terapêutico dos casos foi conseguida através da observação das mudanças clínicas estatisticamente significativa, ao longo da terapia, traduzindo-se na diminuição da intensidade dos níveis sintomatológicos inicialmente apresentados. Para o efeito recorreu-se à utilização de questionários de auto-relato (BDI – II), administrado nas fases inicial, intermédia e final da terapia. O instrumento de avaliação aplicado visa avaliar a sintomatologia depressiva (*Inventário de depressão e Beck – II* (Beck, Steer & Brown, 1996), apresentada pelo cliente. Para o presente estudo, o BDI-II foi implementado não só para efeitos de monitorização como também para definir o sucesso ou insucesso da psicoterapia. Para apurar se o processo terapêutico foi bem sucedido foram instauradas duas medidas, em que a diferença entre a pontuação final do BDI-II e a inicial têm de divergir em 8 ou mais pontos e, a pontuação final tem ainda de ser inferior a 13 pontos (Warwar &

Greenberg, 2000). Apenas na presença destes fatores é possível considerar o sucesso terapêutico.

Mais ainda, e à semelhança do BDI-II, foi implementado o *Outcome Questionnaire – 45* (Lambert et al., 2004), utilizado para apurar o grau da sintomatologia geral e auxiliar no processo de monitorização dos resultados ao longo da psicoterapia.

2.1. Participantes

Os casos integrados no presente estudo correspondem a participantes que integraram o projeto “Depressão e Psicoterapia”. O ensaio clínico randomizado tem por objetivo comparar a eficácia entre dois modelos terapêuticos, assim, das 6 participantes do presente estudo, todas do sexo feminino, duas foram seguidas segundo as diretrizes do modelo Cognitivo-comportamental e, as restantes à luz do modelo de Terapia Focada nas Emoções. A idade das clientes está compreendida entre os 20 e os 50 anos de idade; três das mulheres são casadas, duas são divorciadas e a restante é solteira. No que concerne à situação profissional, apenas metade das mulheres está empregada.

As participantes foram sujeitas a duas sessões de avaliação psicológica com o intuito de administrar, entre outros questionários, a entrevista clínica estruturada para perturbações do DSM-IV eixo I (SCDI-I) (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1996), na primeira sessão; na segunda sessão, as participantes responderam à entrevista clínica estruturada para perturbações do DSM-IV eixo II (SCDI-II) (First, Spitzer, Gibbon, Williams & Benjamin, 1997). A avaliação da sintomatologia depressiva foi obtida na primeira sessão de avaliação e, monitorizada ao longo do processo terapêutico, sendo administrado para o efeito o inventário de depressão de Beck-II (BDI-II) (Beck et al., 1996), nas sessões 1,4,8,12 e 16, bem como o questionário *Outcome Questionnaire – 45* (Lambert et al., 2004). O processo terapêutico teve duração compreendida entre 16 a 18 sessões, com periodicidade semanal e duração estimada de 60 minutos.

A “Tabela 1” pretende ilustrar a variação dos resultados a longo do processo de psicoterapia, desta forma.

Tabela 1.

Resultados do BDI-II e OQ-45.2 ao longo do processo de psicoterapia das Participantes.

<i>Caso Clínico da Ana</i>				
	Avaliação	Fase inicial	Fase intermédia	Fase final
BDI-II	25	19 (S1) e 24 (S4)	24 (S8) e 10 (S12)	1 (S16)
OQ-45.2	110	96 (S1) e 116 (S4)	106 (S8) e 85 (S12)	66 (S16)
<i>Caso Clínico da Sandra</i>				
	Avaliação	Fase inicial	Fase intermédia	Fase final
BDI-II	33	23 (S1) e 15 (S4)	7 (S8) e 15 (S12)	19 (S16)
OQ-45.2	104	72 (S1) e 69 (S4)	66 (S8) e 61 (S12)	64 (S16)
<i>Caso Clínico da Paula</i>				
	Avaliação	Fase inicial	Fase intermédia	Fase final
BDI-II	32	36 (S1) e 46 (S4)	20 (S8) e 9 (S12)	6 (S16)
OQ-45.2	106	103 (S1) e 106 (S4)	82 (S8) e 70 (S12)	46 (S16)
<i>Caso Clínico da Maria</i>				
	Avaliação	Fase inicial	Fase intermédia	Fase final
BDI-II	34	35 (S1) e 30 (S4)	35 (S8) e 20 (S12)	16 (S16)
OQ-45.2	103	97 (S1) e 94 (S4)	95 (S8) e 88 (S12)	71 (S16)
<i>Caso Clínico da Vera</i>				
	Avaliação	Fase inicial	Fase intermédia	Fase final
BDI-II	31	15 (S1) e 27 (S4)	0 (S8) e 0 (S12)	1 (S16)
OQ-45.2	96	85 (S1) e 104 (S4)	30 (S8) e 8 (S12)	14 (S16)
<i>Caso Clínico da Sara</i>				
	Avaliação	Fase inicial	Fase intermédia	Fase final
BDI-II	38	33 (S1) e 30 (S4)	26 (S8) e 28 (S12)	23 (S16)
OQ-45.2	100	102 (S1) e 102 (S4)	84 (S8) e 105 (S12)	93 (S16)

A “Tabela 1” propõe que, desde o início até ao final da terapia, metade das participantes evidenciam um decréscimo, clinicamente significativo, relativamente à sintomatologia depressiva, fruto dos resultados obtidos na soma dos pontos do BDI-II. As três participantes referentes ao sucesso terapêutico, demonstram uma diminuição da pontuação, desde a primeira avaliação até à fase final da terapia, superior a 8 pontos. Não obstante, só é possível considera-se que a terapia teve sucesso se, a par destes últimos resultados, a pontuação do BDI-II na última sessão for, impreterivelmente, inferior a 13 pontos (Warwar & Greenberg, 2000). Ao contrário dos restantes três casos,

o caso da Paula, da Maria e da Ana agregam as duas condições fundamentais para serem classificados como casos de sucesso.

2.2. Terapeutas

Os terapeutas correspondentes aos casos utilizados nesta tese foram quatro; têm idades compreendidas entre os 25 e os 35 anos; todas do sexo feminino e com mais de cinco anos de experiência em psicoterapia. Duas das terapeutas têm vindo a receber treino e a ganhar experiência, há mais de cinco anos, em Terapia Focada nas Emoções; as restantes têm experiência no modelo Cognitivo-Comportamental há mais de cinco anos.

2.3. Medidas de processo

2.3.1. Escala observacional da assimilação de experiências problemáticas

A análise da assimilação foi efetuada a partir da utilização da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (Gabalda & Stiles, 2009; Stiles et al., 1991), que explica a integração da vivência problemática no self, ilustrando este processo de integração da experiência com recurso a oito níveis (Gabalda, 2006).

Uma outra medida foi testada, procedendo-se à codificação do processo de integração da experiência problemática a partir de uma nova conceptualização da escala. Define-se por medida observacional que resulta da recriação da escala original de assimilação de experiências problemáticas, tornando o procedimento de codificação mais rápido e prático, com a possibilidade de se poder integrar em contextos clínicos.

Assim, agregando os pressupostos da APES foi elaborado um instrumento de codificação que visa avaliar, com recurso à observação, as mesmas dimensões da primeira escala. Assim, na utilização da primeira medida o codificador precisa de transcrever o processo terapêutico, dividir por temas, proceder à codificação da sessão, momento a momento e, por fim reunir com outro codificador para chegar a um acordo de APES. Ao contrário da escala de observação, o codificador tem apenas de ver o

vídeo e codificar imediatamente. Numa fase posterior reúne com outro codificador para que, à semelhança do que acontece na utilização da escala de assimilação original em transcrições, cheguem a um acordo quanto ao nível de assimilação da experiência.

O instrumento assume a forma de tabela, contendo 61 itens e, está organizada por itens correspondentes aos marcadores da APES. Desta forma, estão contemplados 8 marcadores que se referem ao nível 1; 14 itens correspondem ao nível 2 da assimilação, 10 itens são característicos do nível 3 de assimilação, 8 itens que dizem respeito ao nível 4 da assimilação, 8 itens que indicam a presença do nível 5 da assimilação, 7 itens que são observáveis no nível 6 da assimilação e 6 itens relativos ao nível 7 da integração da experiência.

A cotação de cada item é feita de acordo com uma escala de 0 a 4 pontos, sendo que 0 representa a ausência do comportamento descrito no item e, o item 4 está relacionado com a presença marcada dos comportamentos. Não obstante, após o preenchimento de todos os itens da escala é efetuada uma média ponderada de cada subescala que permite a obtenção de um valor global de assimilação para cada sessão. A realização da reestruturação desta escala foi baseada na tese do Doutor Jeremy Halstead (1996).

2.3.2. Medidas de resultado

O BDI-II, desenvolvido por Aaron T. Beck, consiste numa medição psicométrica, utilizada para avaliar o grau de severidade dos sintomas de depressão nos adolescentes e nos adultos. É um questionário de autorrelato, organizado em 21 itens, respondidos pelos clientes, segundo uma escala de likert que vai desde o 0 ao 3. O somatório dos itens é realizado pelo profissional que obtém assim o nível de sintomatologia depressiva apresentada pelo cliente (Beck, Steer & Brown, 1996). O ponto de corte aferido para a população portuguesa, que define a existência, ou não, de sintomatologia depressiva é a partir dos 13 pontos (Coelho, Martins & Barros, 2002). Desta forma, considera-se que não há sintomatologia depressiva significativa quando os resultados vão do 0 ao 13; consideram-se sintomas de depressão ligeira quando os valores são entre o 14 e o 19; os sintomas de depressão moderada observam-se quando o somatório dos itens se encontra entre o 20 e o 28 e, a depressão grave é classificada

quando o resultado dos sintomas está entre o 29 e o 63 (Coelho, Martins & Barros, 2002; Beck, Steer & Brown, 1996).

2.4. Procedimentos

2.4.1. Treino de assimilação de experiências problemáticas

O treino de codificação da assimilação de experiências problemáticas foi inicialmente realizado a partir das transcrições, de acordo com a versão da escala de Brinegar, Salvi, Stiles e Greenberg (2006). Teve a duração de 2 meses, em que a autora da tese, outra aluna de mestrado e uma doutoranda mais experiente reuniam cerca de uma hora e meia, com periodicidade semanal. Considerou-se importante que, primeiramente, o treino fosse relativo aos casos transcritos, não só para uma maior familiarização com o modelo, como também para corroborar a validação da escala observacional de experiências problemáticas, uma vez que, posteriormente os dados relativos às codificações feitas por transcrição e depois por observação, estes serão comparados. Por este motivo, e com a finalidade de assegurar a fiabilidade da nova escala, tornou-se imprescindível que as codificações fossem realizadas pelos mesmos codificadores.

Neste sentido, a primeira parte do treino prendeu-se com a familiarização do tema, com o auxílio da leitura e revisão de artigos referentes ao mesmo. Para a análise dos casos estiveram presentes três codificadoras, duas alunas de mestrado em psicologia clínica, sendo que uma é a autora e, uma aluna de doutoramento com experiência no modelo. É de salientar que os resultados obtidos nas codificações não eram expostos entre codificadores, com a finalidade de não contaminar os dados. Assim, após a atribuição aleatória dos casos estes foram lidos na íntegra e, posteriormente, selecionados os temas com relevância clinicamente significativa. Posteriormente, procedeu-se ao levantamento das vozes dominantes e, respetiva comunidade de vozes e, da voz problemática. Após a conclusão deste primeiro processo, os casos foram analisados, sessão a sessão, de acordo com a Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (Brinegar, Salvi, Stiles & Greenberg, 2006), primeiramente com ajuda de uma codificadora mais experiente e numa fase mais

avançada de forma autónoma. Independentemente do grau de conhecimento e familiarização com o modelo, no final de cada codificação a autora deste estudo partilhava os resultados com uma doutoranda experiente no modelo. Depois de comparados os dados, os codificadores chegavam a um acordo referente ao nível de assimilação, que se traduz confiável quando se observa fidelidade entre comparações codificações de ambos os codificadores, $ICC \geq .65$ (Cicchetti, 1994).

Na fase de maior domínio do modelo de assimilação de experiências problemáticas, foi introduzida uma nova escala, em que o procedimento face à sua aplicação original sofreu algumas alterações. Neste sentido, o processo de codificação prendia-se com a observação de vídeos relativos às sessões 1, 4, 8, 12 e 16 de cada caso. Seguidamente à visualização, as codificadoras preenchiam a escala de observação de experiências problemáticas e, uma vez que esta integra itens cujos marcadores estão associados a comportamentos, as codificadoras assinalavam de 0 (sem presença) a 4 (presença marcada), a presença ou não desses comportamentos evidenciados pelo cliente durante a consulta. Posteriormente, existindo desacordo no nível de assimilação de experiências problemáticas, as codificadoras reuniam para chegar a acordo. Este processo na maioria das vezes era simples, no entanto existiu a necessidade de, em alguns momentos, de rever a sessão cujos níveis de assimilação diferiam entre as codificadoras.

Posto isto, o novo instrumento permite a análise das mesmas dimensões da escala inicial, no entanto este processo torna-se mais célere por ser uma medida de observação.

Por conseguinte, a escala de assimilação de experiências problemáticas utilizada por observação, permite na prática clínica e para efeitos de investigação, a monitorização dos casos em tempo útil e sem desperdício de recursos.

3. Resultados

3.1. Estudo 1: Validação da escala observacional de assimilação das experiências problemáticas

A fim de comprovar a validade da medida observacional, fruto da reestruturação da escala de assimilação de experiência problemáticas (Honos-Webb & Stiles, 1998),

em relação a casos de sucesso e insucesso em psicoterapia, foram efetuados alguns cálculos estatísticos, relativos a 30 sessões de seis casos (cinco sessões referentes a cada caso).

Desta forma, os itens introduzidos na escala de observação visam situações, sentimentos, emoções, pensamentos e comportamentos provocados pelas vivências de situações problemáticas e da forma como estas foram, ou não, assimiladas na consciência da pessoa. Assim, de maneira a estimar o grau de acordo entre os codificadores, foi realizado o ICC – Interclass Correlation Coefficient (Shrout & Fliess, 1979), que comprovou o forte nível de fidelidade, uma vez que se obteve o valor de .89.

Desta forma, primeiramente, estabelece-se a pertinência da utilização do teste de Alpha de Cronbach, uma vez que este se propõe a avaliar o grau de consistência interna dos itens da nova escala. Os requisitos para a utilização do teste supracitado, instituem a necessidade de uma outra medida já existente, neste caso a escala de assimilação de experiência problemáticas, para que seja possível suportar a criação e posteriores resultados do novo instrumento. Assim, o presente teste pretende se verificar se existe associação entre os itens pertencente às subescalas, ou seja, cada um dos níveis. Posto isto, após a aplicação do teste de Alpha de Cronbach, observou-se que existe consistência interna muito forte entre os itens da APES da escala observacional, na maioria dos resultados, no entanto, observa-se um valor mais reduzido no APES 1 que é igual a .745, ainda assim classificando-se forte ($> .6$ = forte; $> .9$ muito forte) (Pestana & Gageiro, 2008). Como desfecho deste resultado, não foi necessário retirar itens específicos e, conseqüentemente, efetuar testes suplementares para encontrar a consistência interna da escala. Os efeitos conseguidos da aplicação deste teste, referentes às análises dos itens relativos a cada APES, foram os seguintes: APES 1 = .745; APES 2 = .909; APES 3 = .837; APES 4 = .870; APES 5 = .967; APES 6 = .974; APES 7 = .934.

Verificou-se igualmente, a necessidade de se comprovar se se observa validade divergente entre o nível de sintomatologia e os níveis de assimilação de experiências problemáticas, uma vez que é fulcral que exista correlação negativa, e, supõe-se que as duas variáveis devem divergir (Silva, Macêdo & Silva, 2013). Assim, relação entre o nível de sintomatologia (BDI-II) e a APES atribuída à sessão 16, foi avaliada a partir da aplicação de um teste estatístico, nomeadamente o teste de correlação de *Spearman*. Após o cálculo estatístico, apurou-se que existe uma forte

relação ($Rho=.845; p=.034$), negativa ($-.845$) entre o nível do APES e a sintomatologia apresentada pelo BDI-II, sendo que quanto maior o nível do APES menor a sintomatologia apresentada pela cliente. É conveniente o cálculo referente a estas dimensões uma vez que se postula imprescindível, para o estudo em questão, entender se os pressupostos referentes à escala se coadunam com os resultados que se obtêm a partir dos inventários de auto-relato preenchidos pelos clientes.

No seguimento do anteriormente exposto e, recorrendo ao mesmo teste de correlação de variáveis, foi agora analisada a validade convergente, isto é, a relação estabelecida entre variáveis medidas por outros instrumentos e que propositadamente medem o mesmo objeto (Silva, Macêdo & Silva, 2013). Desta forma, foi feita uma análise cujo intuito se centra em verificar se existe relação entre os resultados obtidos nas codificações de assimilação de experiências problemáticas, a partir da primeira escala de assimilação (Honos-Webb & Stiles, 1998) e, as codificações conseguidas na análise da assimilação através da escala reestruturada de observação. Os resultados da correlação permite confirmar a viabilidade da utilização da escala de observação, uma vez que na sessão 16 existe relação ($Rho=.822; p=.045$), entre a anterior escala e a escala de observação de observação de experiências problemáticas, sendo possível asseverar que independentemente da escala utilizada os resultados vão conservar-se iguais ou idênticos. Para a análise dos resultados foi utilizada a última sessão uma vez que esta é a que apresenta uma maior variabilidade dos dados, por se tratar da finalização do processo terapêutico (Anexo V).

3.2. Estudo 2: Análise da amostra relativamente ao processo de assimilação

O presente estudo é composto por uma amostra de seis casos, em que três foram considerados casos de sucesso e os restantes de insucesso terapêutico. A “Tabela 2” demonstra ainda os resultados obtidos das análises descritivas das da primeira e da última sessão de acordo com o sucesso e insucesso, em que se apuraram os valores médios obtido, a moda, a mediana e o desvio padrão, do acordo por observação.

Tabela 2

Análise descritiva do acordo por observação entre codificadores, das sessões 1 e 16, em função dos casos de sucesso ou insucesso.

		<i>Média</i>	<i>Moda</i>	<i>Mediana</i>	<i>Desvio Padrão</i>
Casos de Sucesso	Sessão 1	2,7	3	3	.58
	Sessão 16	5	5	5	.00
Casos de Insucesso	Sessão 1	2	2	2	.00
	Sessão 16	3,7	4	4	.58

Procedeu-se à utilização do teste de *Mann-Whitney U*, com o intuito de comparar os valores obtidos na escalada de observação de experiências problemáticas, da sessão 16 e, a condição de sucesso ou insucesso terapêutico. Percebeu-se, através da observação dos resultados, que existem diferenças significativas ($U = .00$; $p = .034$) dos valores da escala de observação de experiências problemáticas, em relação ao sucesso e ao insucesso terapêutico. Assim, esta tese parece apontar que o nível da APES é mais elevado nos casos de sucesso e, que o contrário se sucede com os casos de insucesso, como indica a “Figura 1”.

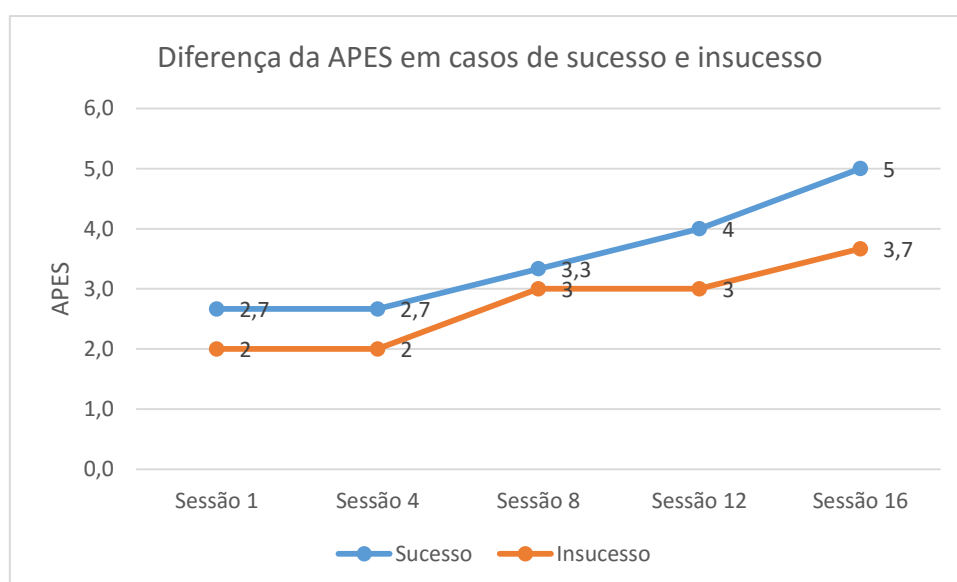


Figura 1. *Diferença dos níveis de assimilação de experiências problemáticas em casos de sucesso e insucesso em psicoterapia.*

Mais ainda, com a finalidade de comparar os níveis da APES com a sintomatologia, em todas as sessões em estudo, relativas a todos os casos, foi utilizado para o efeito o Simulation Modelling Analysis Software (SMA). Os resultados aferidos através do teste de correlação de Spearman, parecem demonstrar que existe uma relação negativa em todos os caso de sucesso em psicoterapia (Caso da Paula: $Rho = -0.95$; $p = .01$; Caso da Vera: $Rho = -0.73$; $p = .078$; Caso da Ana: $Rho = -0.92$; $p = .022$). Não obstante, ainda que marginalmente significativo, no caso da “Vera” que apresenta um valor de significância de .73, a relação negativa, evidencia-se igualmente presente, ainda que menos significativa entre os níveis da APES e a sintomatologia (“Figura 2”). Desta forma, o anteriormente citado, traduz-se na diminuição da sintomatologia ao longo das sessões, à medida que o nível de assimilação da experiência aumenta.

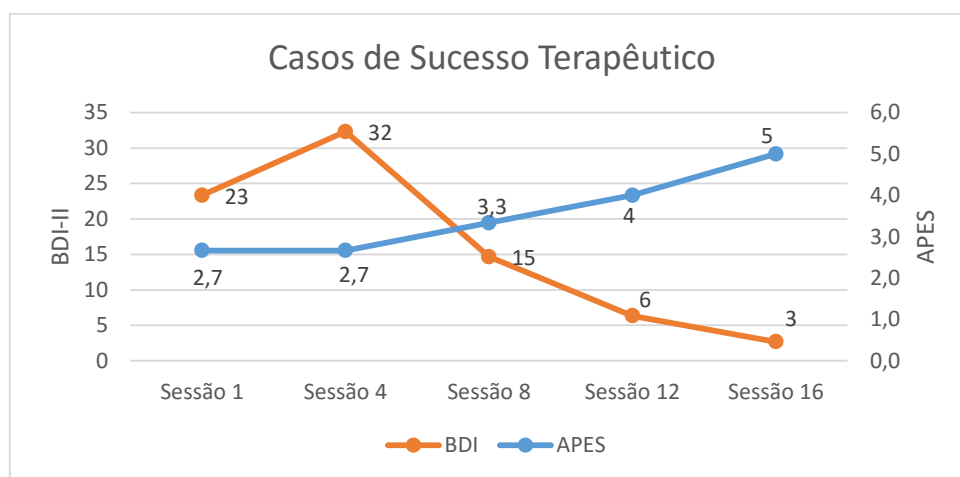


Figura 2. *Relação entre os níveis de assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia, em casos de sucesso terapêutico.*

Verifica-se que não existe relação nos resultados obtidos da comparação da sintomatologia com os níveis da APES, nos casos de insucesso (Caso da Maria: $Rho = -0.65$; $p = .104$; Caso da Sandra: $Rho = -0.24$; $p = .295$; Caso da Sara: $Rho = -0.79$; $p = .71$). Assim, inversamente ao que se observa nos casos de sucesso, os clientes nunca atingem níveis muito elevados de assimilação da experiência problemática, sendo que a sintomatologia é mais elevada (Figura 3). Não obstante, apesar de em nenhum dos casos existir a presença de valores significativos, quando fazemos a média e olhamos para o gráfico parece existir uma relação.

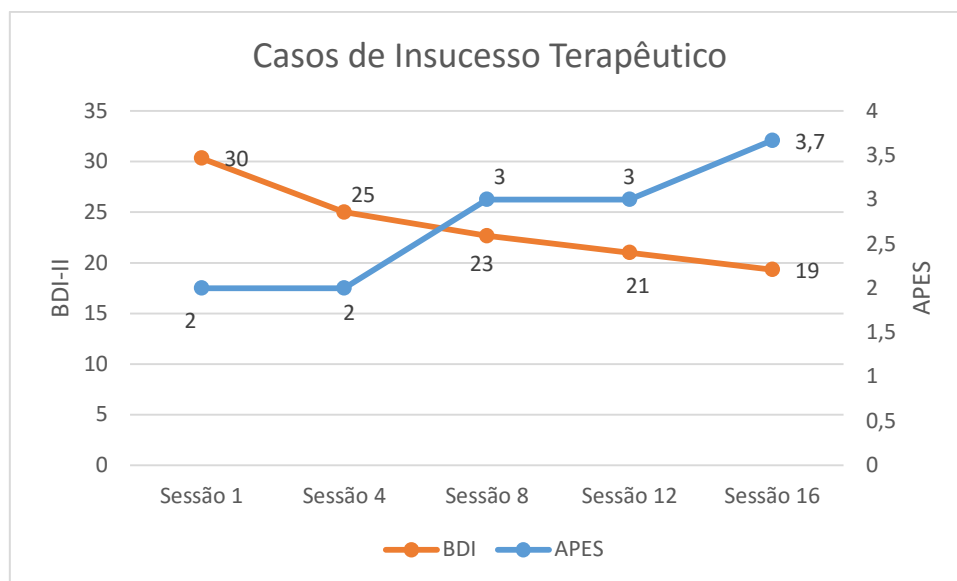


Figura 3. *Relação entre os níveis de assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia, em casos de insucesso terapêutico.*

Por fim, comparam-se os resultados obtidos do mesmo objeto em dois momentos distintos, isto é, os valores médios da APES na primeira e na última sessão. Desta forma, a “Figura 4” pretende ilustrar a variabilidade dos níveis de assimilação de experiências problemáticas em casos de sucesso e insucesso, no início e no final da intervenção psicoterapêutica. Desta forma observa-se que o nível de assimilação de experiências problemáticas atinge patamares elevados nos casos de sucesso. O mesmo não acontece com casos de insucesso, ainda que o cliente não aceda à integração da experiência existe igualmente progressão dos níveis de assimilação, por conseguinte não chegam aos níveis mais altos da APES.

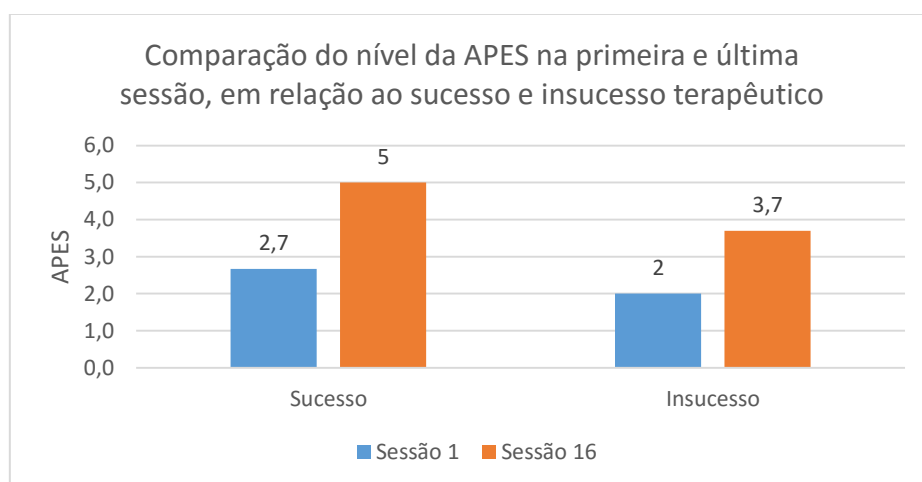


Figura 4. *Comparação do nível de assimilação de experiências problemáticas, na primeira e última sessão do processo terapêutico, em relação a casos de sucesso e insucesso.*

4. Discussão

A presente investigação teve por base o Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas cujo intuito se centra na análise do processo terapêutico a fim de detetar a mudança.

O presente estudo pretendeu validar uma escala observacional da assimilação das experiências problemáticas, recriada através da escala da APES já existente (Honos-Webb & Stiles, 1998). O principal objetivo da validação do instrumento centrou-se na necessidade de tornar mais rápido, fácil e eficaz o processo de codificação dos casos, sem recurso à transcrição. Desta forma, os casos são codificados a partir da observação de um vídeo referentes às sessões que se pretendem avaliar e, posteriormente codificados e comparados os níveis de assimilação com outro codificador mais experiente.

Este processo facilita a investigação, na medida em que permite a análise de amostras mais significativas sem que para isso seja preciso despende de demasiado tempo e recursos económicos.

Posto isto, a assimilação de experiências problemáticas está relacionada com o sucesso terapêutico e, por conseguinte, a não integração da experiência evidencia precisamente o oposto, ou seja, o insucesso. O presente estudo centrou-se neste pressuposto para validar uma medida observacional da escala de assimilação de experiências problemáticas elaborada a partir da escala da APES já existente (Honos-Webb & Stiles, 1998). Com isto, foram realizadas análises estatísticas de uma amostra, em que o foco se centrou nos resultados terapêuticos.

Anteriormente ao estudo da amostra foi essencial realizar cálculos que demonstrassem uma forte consistência interna bem como um excelente nível de fidelidade entre os resultados dos codificadores. Avaliadas as premissas fundamentais para a validação e, para que a aplicação da escala fosse exequível, verifica-se que, impreterivelmente, existe uma relação entre o nível de sintomatologia e a codificação da APES. Mais ainda, a análise da relação entre as codificações da escala de assimilação de experiências problemáticas já existente e dos resultados obtidos a partir da escala de observação, mostram-se congruentes.

As anteriores evidências comprovam que a escala de observação de experiências problemáticas reúne todas as condições para ser validada como um instrumento prático,

útil e fiável, para uma análise fidedigna do progresso de integração da experiência na comunidade de vozes.

Resultado da relação bidirecional existente entre o nível de assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia apresentada pelos clientes, ao longo do processo de intervenção terapêutica, a presente tese constata que existe uma relação negativa, uma vez que quanto maior a integração da experiência nos casos de sucesso, menores os níveis de sintomatologia depressiva. Contrariamente, o mesmo não se verifica nos casos de insucesso, tal como sustentam os resultados obtidos nos valores da sintomatologia. Assim, é observável uma evolução da APES nos casos de insucesso, porém os resultados dos níveis de sintomatologia não apresentam muita variabilidade.

É ainda um fator fundamental que corrobora o acima referido, os resultados conseguidos na observação do nível da APES no início e no final da terapia, em casos de sucesso e insucesso (Detert et, al., 2006). Estes último, confirmam o acima exposto, uma vez que os níveis de assimilação são mais altos nos caso bem sucedidos do que nos menos bem sucedidos, confirmando que, para o sucesso terapêutico o cliente precisa de aceitar a experiência como sua (Hono-Webb & Stiles, 1998).

Em suma, parece possível constatar que a nova escala observacional de experiências problemáticas é fiável tendo em conta os resultados apresentados.

Não obstante, saliento a necessidade do desenvolvimento da investigação em torno deste tema, uma vez que seria pertinente o mesmo estudo, ou semelhantes com uma amostra estatisticamente significativa.

Conclusão

A presente tese centrou-se na validação de uma escala de observação de experiências problemáticas, bem como na análise do processo de integração da experiência em casos de sucesso e insucesso terapêutico.

A validade do instrumento parece sustentar-se a partir dos resultados parecem sugerir a eficácia da nova medida de observação de experiências problemáticas. Não obstante é um campo científico em aberto para novas e inovadoras investigações, visto não existirem muitas neste sentido.

Uma vez que para a validação da medida foram inseridas outras variáveis, como o sucesso e insucesso terapêutico, as conclusões divergem para a análise destas duas dimensões. Desta forma, a presente tese corrobora alguns estudos (Detert et, al., 2006) que apontam a existência de uma relação bidirecional entre os níveis da APES e a sintomatologia, avaliada não só pela escala criada por Honos-Webb & Stiles (1998), como também pela nova escala de observação.

As principais limitações do estudo incidiram no número reduzido da amostra, por falta de tempo para analisar as transcrições e codificar segundo os níveis da APES. O facto de a amostra não ser suficientemente representativa da população limitou a realização da análise fatorial da amostra.

Uma outra limitação sentida pela autora, deve-se ao facto da amostra ser composta por estudos de caso, o que não permite a compreensão holística das participantes. Ainda que nas atividades de codificação por observação a tarefa se tornasse ligeiramente mais facilitada, proponho que estudos vindouros analisem a totalidade dos casos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beck A.T., Steer R.A., & Brown G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-*

II. San Antonio: Psychological Corporation

Brinegar, L.S., Salvi, L.M. & Stiles, W.B., & M.G., Greenberg (2006). Building a Meaning Bridge: Therapeutic Progress From Problem formulation to Understanding. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 165-180. DOI: 10.1037/0022-0167.53.2.165

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 : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 18(6), 657-66. doi:10.1080/10503300802183694

Caro Gabalda, I. & Stiles, W. B. (2009). Retrocessos no Contexto de Terapia Linguística de Avaliação. *Análise Psicológica*, 2, 199-212.

Caro Gabalda, I. (2006). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 16, 436-452. DOI: 10.1080/10503300600743897

Caro Gabalda, I., Serrano, I. R., Faus, A. A., & Sabater, A. Y. (2011). The Study of the Processo of Change Following the Assimilation Model: A Theoretical and Methodological Introduction. *Clinica y Salud*, 22, 223-235.

Caro Gabalda, I. (2011). El cambio terapeutico a traves del modelo de asimilacion: su

aplicacion en la terapia linguistica de evaluacion. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16 ,169-188

Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, Vol 6(4), Dec 1994, 284-290. doi: 1037/1040 – 3590.6.4.284

Coelho, R., Martins, A. & Barros, H. (2002) Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry*. 17, 222-226

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, 393-407. DOI: 10.1037/0022-0167.53.2.165.

First, M. B., Spitzer, R. L, Gibbon M. W., & Williams, J. B. W. (1996) Structured Clinical

Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.

First, M.B., Gibbon M., Spitzer R.L., Williams, J.B.W., Benjamin L.S. (1997). Structured

Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II). Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc., 1997

Halstead, J. E. (1996). Testing the Assimilation Model: The Development Validation of Quantitative Psychotherapy Process Measure

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., 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.

Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (1999). Assimilation of Voices in Psychotherapy: The Case of Jane. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 448-460.

Lambert, M.J., Morton, J.J., Hartfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R.C. & cols. (2004). Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire-45. Orem, UT: American Professional Credentialing Services.

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.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). Análise de Dados para Ciências Sociais. A

complementaridade do SPSS, 5ª edição revista e corrigida. Lisboa, Edições Sílabo, pp. 527-528

Piaget, J. (1986). O Nascimento da Inteligência na Criança. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Silva, R. P. A., Macêdo, L. C. B. & Silva, I. R. L. (2013). Avaliação das características psicométricas dos questionários utilizado nos periódicos da área contábil: um estudo longitudinal compreendido no período 2003-2012.

Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Users in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.

Stiles, W. B. (2011). Coming to Terms. *Psychotherapy Research*, 21, 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 experience by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420

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. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 462-465. doi:10.1037//0033-3204.38.4.462

Stiles, W. B., Morrison, L.A., Haw, S. K., Harper, H., Firth-Cozens, J. & Shapiro, A. D. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28(2)

Warwar, S., & Greenberg, L. S. (2000). *Catharsis is not enough: Changes in emotional processing related to psychotherapy outcome*. Paper presented at the annual meeting of the International Society for Psychotherapy Research, Indian Hills, Chicago.