



INSTITUTO  
UNIVERSITÁRIO  
DA MAIA **ISMAI**

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

Intervenções Terapêuticas e o Processo na Assimilação num Caso de Sucesso  
em Terapia Cognitivo-Comportamental

**Discente:**

Fernanda Soraia Gonçalves Coelho, nº 29 408

**Orientadora:**

Professora Doutora Isabel Maria Morais Basto

Castêlo da Maia, janeiro de 2021

## **Agradecimentos**

A presente dissertação foi um grande desafio que vai ficar marcado para sempre na minha vida! Foram várias as pessoas que me apoiaram em vários momentos na concretização da dissertação, não seria possível sem vocês. Por isso, estou eternamente grata:

**Pais**, por tudo o que fizeram por mim em muitos anos da minha existência, sem eles hoje esta dissertação não seria escrita, tudo, mas tudo o que sou hoje é graças a vocês, esta dissertação é minha, mas também é muito vossa!

**Irmã**, pela partilha de vivências acadêmicas e apoio nas fases mais exigentes, por seres um enorme ombro amigo e uma companheira inigualável em todos os momentos. Muito do que sou hoje, devo-te a ti, por seres a irmã mais velha e a minha inspiração!

**Namorado**, pelas palavras de força e carinho, por me lembrar de tudo aquilo que sou capaz de alcançar, por me fazer persistir sempre mais e nunca desistir dos meus objetivos!

**Professora Isabel**, não só pela excelente professora que foi ao longo dos anos, mas também pela pessoa incrível em todos os momentos de maior angústia, por ser uma professora sempre presente e com quem os alunos podem sempre contar!

**Colegas**, pelos vários anos de companheirismo, por me fazerem sentir estar em casa mesmo quando estava a 65km, pelas palavras de conforto, pela amizade, pela partilha de experiências de vida que vou guardar sempre na minha memória!

**Amigas**, pelo apoio e amizade nos momentos em que estive mais distante, por sempre acreditarem no meu esforço e desempenho mesmo fora da minha zona de conforto!

A todos,  
o meu profundo obrigado!!

## Resumo

O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas (Stiles, et al., 1990) procura explicar e descrever a mudança que ocorre no processo terapêutico (Stiles, et al., 1990; Stiles, 2011). Estudos prévios (Basto et al., 2017; Basto et al., 2018; Caro Gabalda, 2005a; Caro Gabalda, 2005b; Caro Gabalda & Stiles, 2013; Caro Gabalda et al., 2016; Henry, Stiles, & Biran, 2005; Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999; Humphreys et al., 2005; Meystre et al., 2014; Osatuke et al., 2005) parecem confirmar que existe uma associação negativa entre o progresso da assimilação e a intensidade dos sintomas clínicos. Desta forma, a assimilação de experiências problemáticas parece ser um processo importante na promoção do sucesso terapêutico (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 2011). No entanto, pouco ainda se sabe sobre como o progresso de assimilação de experiências problemáticas pode ser promovido durante as sessões terapêuticas.

Estudos focadas na terapia psicodinâmica (Meystre et al., 2014; Meystre et al., 2015) parecem indicar que estratégias terapêuticas específicas podem ser mais adequadas a diferentes níveis de assimilação e que dessa forma, podem contribuir positivamente para o progresso da APES ao longo da terapia e, conseqüentemente, para a obtenção de sucesso terapêutico. No entanto, mais estudos sobre a relação entre as estratégias terapêuticas e o processo de assimilação de experiências problemáticas são necessários, nomeadamente estudos com amostras de outros modelos psicoterapêuticos.

Posto isto, este estudo tem como objetivo principal explorar a relação entre a utilização de intervenções terapêuticas e o processo na assimilação num caso de sucesso terapêutico em TCC, bem como descrever as intervenções utilizadas ao longo do caso e explorar que intervenções se adequem a diferentes níveis de assimilação e estão relacionadas com o progresso na assimilação de experiências problemáticas.

Os resultados do presente parecem sugerir que as intervenções terapêuticas Reflexão de sentimentos (CPIRS 44) e Perguntar informação ou elaboração (CPIRS 78) demonstraram >fa, como também proporcionaram o aumento dos níveis de assimilação.

*Palavras-chave:* Processo terapêutico; modelo de assimilação de experiências problemáticas; intervenções terapêuticas; terapia cognitivo comportamental; mudança terapêutica; bom prognóstico clínico.

## **Abstract**

The Problem Assimilation Model (Stiles, et al., 1990) seeks to explain and describe the change that occurs in the therapeutic process (Stiles, et al., 1990; Stiles, 2011). Previous studies (Basto et al., 2017; Basto et al., 2018; Caro Gabalda, 2005a; Caro Gabalda, 2005b; Caro Gabalda & Stiles, 2013; Caro Gabalda et al., 2016; Henry, Stiles, & Biran, 2005 ; Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999; Humphreys et al., 2005; Meystre et al., 2014; Osatuke et al., 2005) seem to confirm that there is a negative association between the progress of assimilation and the intensity of clinical symptoms. Thus, the assimilation of problematic experiences seems to be an important process in promoting therapeutic success (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 2011). However, little is still known about how the progress of assimilation of problematic experiences can be promoted during therapeutic sessions.

Studies focused on psychodynamic therapy (Meystre et al., 2014; Meystre et al., 2015) seem to indicate that specific therapeutic strategies may be more appropriate to different levels of assimilation and that, in this way, can positively contribute to the progress of APES over therapy and, consequently, to achieve therapeutic success. However, further studies on the relationship between therapeutic strategies and the process of assimilation of problematic experiences are needed, namely studies with samples from other psychotherapeutic models.

That said, this study aims to explore the relationship between the use of therapeutic interventions and the process of assimilation in a case of therapeutic success in CBT, as well as to describe the interventions used throughout the case and to explore which interventions suit different levels of assimilation and are related to progress in the assimilation of problematic experiences.

The results of the present seem to suggest that the therapeutic interventions Reflection of feelings (CPIRS 44) and Ask for information or elaboration (CPIRS 78) demonstrated an increase in assimilation levels, as well as providing an increase in assimilation levels.

**Keywords:** Therapeutic process; model for assimilation of problematic experiences; therapeutic interventions; cognitive behavioral therapy; therapeutic change; good clinical prognosis.

## Índice Geral

Lista de Abreviaturas.....	ix
Introdução.....	1
<b>Capítulo 1 – Revisão da Literatura.....</b>	<b>3</b>
1.1. Modelo de Assimilação .....	3
1.2. Assimilação e Resultados Terapêuticos.....	7
1.3. Responsividade Terapêutica e a Assimilação.....	8
1.4. Relação entre as Intervenções Terapêuticas e a Assimilação.....	9
1.5. Terapia Cognitivo Comportamental e a APES.....	12
1.6. Propósito do Estudo.....	13
<b>Capítulo 2 – Método.....</b>	<b>15</b>
2.1. Cliente.....	15
2.2. Terapeuta .....	16
2.3. Terapia .....	16
2.4. Instrumentos e Medidas .....	17
2.4.1. Medidas de Processo.....	17
2.4.1.1. Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES).....	17
2.4.1.2. Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS).....	17
2.4.2. Medidas de Resultado .....	18
2.4.2.1. Beck Depression Inventory (BDI - II) .....	18
2.5. Procedimentos de recolha e análise de dados .....	18
2.5.1. Medidas de Processo.....	18
2.5.1.1. Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES).....	18
2.5.1.2. Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS).....	20
2.5.2. Medidas de Resultado .....	21
2.5.2.1. Beck Depression Inventory (BDI - II) .....	21
<b>Capítulo 3 – Resultados.....</b>	<b>22</b>
3.1. Evolução do processo terapêutico .....	22
3.2. Utilização das intervenções terapêuticas ao longo das sessões .....	24
3.3. Estratégias terapêuticas e aumentos na assimilação .....	25

3.3.1. Excertos da Tríade C-T-C .....	28
3.3.1.1. Nível 1 da APES .....	28
3.3.1.2. Nível 2 da APES .....	29
3.3.1.3. Nível 3 da APES .....	31
3.3.1.4. Nível 4 da APES .....	32
3.3.1.5. Nível 5 da APES .....	33
<b>Capítulo 4 – Discussão .....</b>	<b>35</b>
<b>Capítulo 5 – Conclusão .....</b>	<b>42</b>
Referências .....	44
Anexos .....	53
<b>Anexo 1. Tabela da Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS). .....</b>	<b>53</b>

## **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1.</b> Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (retirado de Caro Gabalda & Stiles, 2009). .....	5
<b>Tabela 2.</b> Pontuação obtida no pré-teste, nas sessões 1, 4, 8, 12 e 16 e follow-up referentes ao BDI-II. ....	15
<b>Tabela 3.</b> Recurso às intervenções terapêuticas (CPIRS), atendendo às necessidades do cliente e com fa >5 que beneficiaram no aumento do nível de assimilação (APES). .....	27

## **Índice de Figuras**

<b>Figura 1.</b> Evolução do processo terapêutico com a utilização do modelo de assimilação (APES).....	22
<b>Figura 2.</b> Registo das intervenções terapêuticas (CPIRS) com fa >5 no decurso das sessões psicoterapêuticas 1, 4 ,8, 12 e 16. ....	24

## **Lista de Abreviaturas**

**APES** – Assimilation of Problematic Experiences Scale

**BDI-II** – Beck Depression Inventory (Escala de Depressão de Beck)

**CPIRS** – Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (Escala de Classificação de Intervenções Psicoterapêuticas)

**DSM** - The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

**EAEP** – Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas

**fa** – Frequência Absoluta

**GAF** – Global Assessment of Functioning (Avaliação Global do Funcionamento)

**ICC** – Intraclass Correlation Coefficient (Coeficiente de Correlação Intraclasse)

**OQ-10** – Outcome Questionnaire-10

**PA** – Pensamentos Automáticos

**PDM** – Perturbação Depressiva Major

**TC** – Terapia Cognitivo

**TCC** – Terapia Cognitivo-Comportamental

**TLA** – Terapia Linguística de Avaliação

**ZDP** – Zona de Desenvolvimento Proximal

## **Introdução**

O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES) refere-se a um processo de mudança terapêutica que decorre de um modo gradual e progressivo (Stiles, et al., 1990; Stiles, 2001; Stiles et al., 1992). As experiências problemáticas são negadas e evitadas pelo indivíduo, o progresso em terapia acontece quando o cliente se torna mais capaz de integrar e assimilar as experiências problemáticas no *self* (Honos-Webb, Lani, & Stiles, 1999; Stiles, 2002). O Modelo permite o desenvolvimento e acompanhamento ao longo de 8 estádios no decurso da psicoterapia (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 2001).

O desenvolvimento de estudos empíricos no âmbito da APES (Basto et al., 2017; Basto et al., 2018; Caro Gabalda, 2005a; Caro Gabalda, 2005b; Caro Gabalda & Stiles, 2013; Caro Gabalda et al., 2016; Henry, Stiles, & Biran, 2005; Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999; Humphreys et al., 2005; Meystre et al., 2014; Osatuke et al., 2005), descreveram a influencia produzida entre o progresso de assimilação e o sucesso em terapia, resultante da diminuição da sintomatologia clínica do cliente. A caracterização de uma psicoterapia bem-sucedida, ocorre quando o cliente gradualmente segue o processo de assimilações através dos níveis da APES (Stiles et al., 1990). Nesta ótica, o indivíduo reforça as suas capacidades de reconhecer, reformular, compreender e resolver a experiência problemática (Stiles, 2001).

A responsividade terapêutica, reflete uma competência fundamental no terapeuta e durante a terapia (Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998). Em psicoterapia, o terapeuta deve desempenhar as funções através do reconhecimento do nível de assimilação de experiências problemáticas presente pelo cliente (Caro Gabalda, et al., 2014). Deste modo, parece existir uma maior probabilidade de estabelecer a intervenção terapêutica mais adequada à idiosincrasia do cliente, que proporciona uma resposta ajustada às necessidades e ao estado emocional (Caro Gabalda & Stiles, 2013).

Honos-Webb & Stiles (2002), defendem que as capacidades do terapeuta em adaptar a intervenção terapêutica ao cliente, parecem contribuir para o maior acesso a níveis elevados de assimilação. Complementarmente, estudos prévios (Meystre et al., 2014; Meystre et al., 2015) aprofundaram os pressupostos teóricos de Honos-Webb & Stiles (2002), foram analisados casos clínicos em terapia psicodinâmica. À luz do presente modelo, os autores parecem ter afirmado que quanto melhor o terapeuta se

tornasse capaz de apropriar as intervenções em terapia, mais elevados seriam os níveis de assimilação de experiências problemáticas. Partindo do princípio de que o cliente apresentava determinado nível da APES, o terapeuta implementava a intervenção terapêutica em função da informação do nível anterior, com o objetivo de passar o cliente para um nível superior de assimilação.

Com recurso aos estudos de Meystre e colaboradores (2014), fundamentam a utilizações de determinadas intervenções terapêuticas que facilitaram, encorajaram (a cliente a falar) e esclareceram a comunicação, tornando-se benéficas para um prognóstico clínico positivo. Em várias sessões de psicoterapia, a cliente assimilou a sua experiência referente aos seus medos pela tomada de decisões, através da implementação responsiva das intervenções Orientação explícita, Concelho e orientação e Confronto. As anteriores ajudaram a cliente a diminuir a sintomatologia ansiogena e prevenir os ataques de pânico.

Outro estudo de Meystre e colaboradores (2015), denunciaram-se quanto à utilização de intervenções terapêuticas mais adequadas em indivíduos com PDM. Das várias intervenções a Relação, Sinalização de atenção para sentimentos inaceitáveis e Confrontação, parecem favorecer o processo terapêutico quanto à sua utilidade e diversidade nos vários níveis da APES.

Após várias décadas de investigações no âmbito da TCC (Brenninkmeijer, 2019; David et al., 2018; Hofmann et al., 2012; Johnsen & Friberg, 2015; Kodal et al., 2018; Osatuke et al., 2005; Reyes & Fermann, 2017; Stewart & Chambless, 2009), parece verificar-se uma elevada eficácia no tratamento de perturbações mentais. Visto que a TCC é pertinente e amplamente utilizada, seria interessante explorar o processo de assimilação na mudança terapêutica, com a junção de intervenções terapêuticas adequadas para tornar a terapia ainda mais eficaz, de forma a promover mais rapidamente o bem-estar psicológico no cliente. Decorrente da terapia anterior, foi objetivo do presente estudo um caso de sucesso em Terapia Cognitivo-Comportamental, que pretende explorar a relação entre a utilização de intervenções terapêuticas e a sua evolução no processo na assimilação de experiências problemáticas.

## Capítulo 1 – Revisão da Literatura

### 1.1 Modelo de Assimilação

O modelo de Assimilação descreve o processo da mudança terapêutica como ocorrendo através da integração de experiências problemáticas como parte do *self* (Stiles, et al., 1990; Stiles et al., 2006). Apesar de ser um modelo que esclarece o processo de mudança ao longo da terapia, o modelo de assimilação não se refere a um método de tratamento (Stiles, 2011).

De sessão para sessão e de forma gradual, pretende-se que o cliente se torne cada vez mais consciente das experiências problemáticas vincadas no *self* (Honos-Webb, Lani, & Stiles, 1999; Stiles et al., 1990), que emergem no decurso de oito estádios (entre 0 a 7 níveis) existentes no modelo de assimilação (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 2001). Quando a psicoterapia é bem-sucedida, é esperado que o cliente seja capaz de seguir uma sequência no processo de assimilação, do qual reconhece, reformula, compreende e se torna capaz de resolver as experiências problemáticas que o conduziram à terapia (Stiles et al., 1990; Stiles, 2001).

Na versão inicial do modelo de assimilação de Stiles e colaboradores (1990), assumem a assimilação das experiências problemáticas como um método de mudança acessível a todas as psicoterapias, sendo também um modelo integrativo (Stiles et al., 1990). Surge o “esquema”, apontado como um recurso global do indivíduo, sendo uma forma de pensar e utilizado metaforicamente para designar um padrão de ação. As experiências são elementos da vida humana e os esquemas fazem parte de uma componente cognitiva das mesmas. Posto isto, ocorrendo uma discrepância ou incongruência entre as experiências problemáticas e os esquemas, decorre uma baixa ou inexistente assimilação e por sua vez, proporciona dor psicológica ao *self*, sendo as experiências constantemente evitadas (Gendlin, 1978; Stiles et al., 1990).

No modelo de assimilação mais atual, o *self* é perspectivado como sendo constituído por diferentes vozes que representam traços de experiências de vida passadas, que são assimiladas de forma gradual no *self* (Stiles, 2001; Stiles et al., 1992). Complementarmente, as vozes falam e agem entre si, apresentam-se como um processo interno, ativo e agêntico. (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Caro Gabalda et al., 2016; Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999). Os traços quando são reativados no *self*,

tornam-se responsáveis pelas ações do indivíduo (Stiles, 2001). Deste modo, surge a voz problemática, gerando assim, um efeito negativo – são ativadas as memórias traumáticas, relações destrutivas ou sentimentos que ameaçam o bem-estar do *self* (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 2001), ocorrendo igualmente uma associação a um evento de vida similar à experiência problemática vivenciada no passado (Caro Gabalda & Stiles, 2009). O *self* é composto por diferentes vozes internas, do qual revelam um conjunto de experiências, perspectivas e significados intrínsecos (Honos-Webb & Stiles, 1998). As vozes que não apresentam qualquer tipo de experiência problemática, possuem mais facilidade na aceitação, integração e assimilação da comunidade de vozes (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Honos-Webb et al., 2003), porém, as vozes que apresentam experiências problemáticas são divergentes com a comunidade (Osatuke & Stiles, 2006). As diferentes vozes organizam-se numa estrutura denominada de comunidade de vozes, a sua formação ocorre através das experiências do dia-a-dia (Caro Gabalda & Stiles, 2009), que refletem a forma como o indivíduo se vê a si próprio e ao mundo, como se sente, pensa e comporta na sociedade (Caro Gabalda, 2007; Caro Gabalda et al., 2016; Osatuke & Stiles, 2006), adicionalmente, constitui a personalidade e identidade da pessoa (Osatuke et al., 2005). No entanto, existem vozes problemáticas que geram conflito interno com todas as outras vozes, nomeadamente com as vozes da comunidade, que se tornam contraditórias às representações prévias do *self*. Normalmente estas vozes problemáticas referenciam traços das experiências que proporcionam ao cliente desconforto, sofrimento ou conflito, isto é, vozes que representam experiências problemáticas, traumas e relacionamentos perturbadores (Caro Gabalda, 2006; Caro Gabalda & Stiles, 2009; Osatuke & Stiles, 2006; Honos-Webb & Stiles, 1998; Honos-Webb et al., 2003). Contudo, através do trabalho desenvolvido positivamente e no final da psicoterapia, quando as experiências problemáticas deixam de ser evitadas e negadas e passam a ser compreendidas, assimiladas e integradas na comunidade de vozes, ocorre uma mudança na forma de sentir, pensar e agir (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999; Stiles, 2001), promovendo a existência de recursos para futuro e a diminuição do sofrimento (Stiles et al., 1990; Stiles et al., 2004).

O modelo de assimilação refere que os problemas clínicos surgem quando se desenvolve o conflito do *self* com as vozes problemáticas (Stiles, 1999; Stiles et al., 2004). A patologia ocorre quando determinadas vozes da comunidade assumem um papel dominante na comunidade de forma rígida e limitadora, sendo que, as vozes

desempenham de um modo repetido um papel dominante (Stiles, 1999). Em suma, o distúrbio psicológico é causado pelas ligações entre das vozes internas e não pela multiplicidade interna do individuo (Osatuke et al., 2005).

Durante a terapia, para o modelo de assimilação é esperada a mudança terapêutica, sendo que as vozes problemáticas têm um papel fulcral, uma vez que é necessário estas vozes se integrem de forma gradual no *self* do cliente (Meystre et al., 2015; Stiles et al., 2004) o que promoverá o retorno a um estado de bem-estar psicológico (Gonçalves et al., 2014; Honos-Webb & Stiles, 2002).

**Tabela 1.** *Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (retirado de Caro Gabalda & Stiles, 2009).*

<i>Estádio</i>	<i>Descrição</i>
<b>0. Evitamento</b>	O conteúdo não está formado; o cliente não está consciente do problema. O desconforto pode ser mínimo, reflectindo o evitamento bem sucedido.
<b>1. Pensamentos indesejáveis</b>	O conteúdo é 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.
<b>2. Consciência vaga/emergência</b>	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.
<b>3. Colocação do problema/clarificação</b>	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.
<b>4. Compreensão/<i>insight</i></b>	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.
<b>5. Aplicação/elaboração</b>	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 selecção sistemática de percursos de acção. O tom emocional é positivo, trabalhar e optimista.
<b>6. Solução do problema</b>	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.
<b>7. Domínio</b>	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).

O processo de assimilação ocorre de forma gradual e progressiva, mas a sua evolução não é linear, sendo que retrocessos decorrem durante o processo de assimilação das experiências do cliente (Caro Gabalda & Stiles, 2009). O conceito de retrocesso refere-se ao recuar de um estágio superior a um estágio inferior na Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (EAEP, Stiles, et al., 1990; Caro Gabalda & Stiles, 2009). Um retrocesso pode ser visto como uma oportunidade de redefinir uma nova direção no processo terapêutico ou adaptar a novos recursos (Leiper & Kent, 2001). Um fenómeno que, geralmente ocorre no processo de assimilação, é o padrão de *serra dentada*, este fenómeno é denominado pelo facto de ocorrerem avanços seguidos de retrocessos de um modo frequente. Este padrão não se refere a um processo negativo ou positivo, pois, por vezes é importante recuar para que alguma experiência possa ser corretamente assimilada pelo cliente (Caro Gabalda & Stiles, 2009).

Uma possível explicação para os retrocessos, é a Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) baseado em Vygotsky. A ZDP pode ser identificada entre a fase atual da APES onde o cliente se apresenta e a fase que o cliente poderá alcançar com o auxílio do terapeuta (Leiman & Stiles, 2010). Em terapia, independentemente da terapia a utilizar, a função do terapeuta é acompanhar o cliente de forma a promover uma maior assimilação possível. Quando o profissional conduz o cliente para fora da sua ZDP e o cliente não consegue acompanhar o terapeuta, ocorrem os retrocessos no processo terapêutico (Caro Gabalda & Stiles, 2009).

Outra das possíveis explicações para a existência de retrocessos no processo de assimilação de experiências problemáticas pode ser explicada através da Metáfora de Equilíbrio. A metáfora do equilíbrio caracteriza-se por uma estratégia terapêutica que visa auxiliar o cliente a concentrar a sua atenção para uma vertente mais avançada do problema e de seguida para uma fase mais baixa (Caro Gabalda et al., 2016), isto é, os terapeutas pretendem acompanhar ativamente os clientes no decorrer do processo terapêutico, para de algum modo aprofundarem e o foco principal desenvolver-se nos pensamentos negativos, e com isto, culminar a promoção da reflexão de outras alternativas (Caro Gabalda & Stiles, 2009).

## 1.2 Assimilação e Resultados Terapêuticos

O modelo de assimilação tem demonstrado casos de sucesso terapêutico no decorrer dos tempos. Um caso a descrever, é o de “Laura”. Uma mulher de 33 anos, diagnosticada com Perturbação Depressiva Major moderada, participou num estudo relacionado com a Depressão com tratamento através da Terapia Cognitivo Comportamental ao longo de 16 sessões. Apresentava preocupações com a sua situação profissional e com a imagem corporal. Apesar de ocorrerem contratemplos de um padrão de serra dentada, Laura atingiu níveis elevados de assimilação. Consequentemente, segundo apresenta o Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996), ocorreu uma descida significativa dos níveis da depressão, e, por fim, acompanhado de uma melhoria da saúde mental avaliado pelo Outcome Questionnaire-10 (OQ-10; Lambert, Finch, Okiishi, Burlingame, McKelvey, & Reisinger, 1998) (Basto et al., 2017). Igualmente, segue-se um caso de sucesso terapêutico, decorre o caso de “Gabriel”. Um jovem adulto estudante universitário, com 24 anos, apresentou na consulta ansiedade de desempenho, do qual se queixava dos seguintes sintomas: músculos doridos, incapacidade de relaxar, sensação de tensão, taquicardia, pensamentos intrusivos em relação ao desempenho, antecipações e preocupações negativas, nervosismo. O tratamento de Gabriel foi através da Terapia Linguística de Avaliação (TLA) com a duração de 13 sessões. Embora tenham ocorrido vários retrocessos ao longo da terapia, devido ao facto de o terapeuta exceder a Zona de Desenvolvimento Próximo, Gabriel concluiu a sessão 13 no nível 7 (Domínio) da APES (Caro Gabalda et al., 2016).

Estudos anteriores (e.g., Basto et al., 2017; Basto et al., 2018; Caro Gabalda, 2005a; Caro Gabalda, 2005b; Caro Gabalda & Stiles, 2013; Caro Gabalda et al., 2016; Henry, Stiles, & Biran, 2005; Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999; Humphreys et al., 2005; Meystre et al., 2014; Osatuke et al., 2005) referentes ao modelo de assimilação parecem indicar que existe uma associação negativa entre os níveis de assimilação e a sintomatologia clínica. Com isto, confirmou-se que ao longo das sessões de terapia, níveis elevados de assimilação precediam uma melhoria no bem-estar do cliente (Basto et al, 2018). Assim sendo, visto que a assimilação parece ser um processo importante para o sucesso terapêutico, a APES tem a vantagem de beneficiar o trabalho desenvolvido pelo terapeuta, na medida em que o terapeuta se torna capaz de reconhecer o nível do problema em que o cliente se encontra e por conseguinte, o terapeuta identifica

ferramentas para preparar o trabalho em terapia e regular as intervenções terapêuticas mais apropriadas a utilizar com o cliente (Basto et al., 2017).

### **1.3 Responsividade Terapêutica e a Assimilação**

A responsividade terapêutica deve ser uma competência essencial a utilizar no decurso da terapia, também como na planificação do tratamento psicoterapêutico do cliente a acompanhar, tendo em atenção corresponder às particularidades e problemas apresentados pelo mesmo (Honos-Webb & Stiles, 2002; Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998). A responsividade diz respeito aos comportamentos, atitudes e percepções do terapeuta que poderá ter elevada influência no prognóstico do indivíduo (Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998).

De forma a atingir a responsividade, o terapeuta tem como função adequar a intervenção terapêutica ao cliente no decurso do acompanhamento, estando a mesma fortemente associada ao processo de assimilação (Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998; Stiles et al., 1995). Adicionalmente, o terapeuta desempenha a sua função selecionando o tratamento mais indicado para uma melhor assimilação das experiências problemáticas apresentados pelo cliente, utiliza as estratégias mais adequadas que vão de encontro com as habilidades disponibilizadas pelo indivíduo e realiza a intervenção de forma a corresponder às necessidades e estado emocional do cliente (Caro Gabalda, 2005a; Caro Gabalda, 2007; Caro Gabalda, et al., 2014; Caro Gabalda & Stiles, 2013).

Uma terapia responsiva necessita de uma grande diversidade de intervenções por parte de quem a orienta. No modelo de assimilação, o nível de assimilação pelo qual o cliente se mantém deve ser devidamente acompanhado pelo terapeuta, para que seja capaz de avançar para um próximo estágio, deste modo, o terapeuta ajuda a promover uma maior assimilação da experiência problemática vivenciada (Honos-Webb & Stiles, 2002).

Honos-Webb & Stiles (2002) defendem que um terapeuta é responsivo quando procura fornecer uma resposta mais apropriada às necessidades do cliente, tendo em atenção o nível de assimilação que frequenta num preciso momento. Adicionalmente, os autores apontam que a ocorrência da compreensão da necessidade do cliente, favorece na intervenção terapêutica a aplicar. Posto isto, no nível 0 da APES (evitamento) e nível 1 da APES (pensamentos indesejáveis), ocorre a necessidade do cliente de acrescer a sua

consciência quanto à experiência problemática. No nível 2 da APES (Consciência vaga/emergência), é imprescindível intensificar e possuir um maior controlo da experiência problemática. No nível 3 da APES (colocação do problema/clarificação), há uma urgência em aprofundar, compreender ou obter *insight* da experiência problemática. No nível 4 da APES (Compreensão/*insight*), a necessidade do cliente passa por adquirir *insight* da experiência problemática. Quanto ao nível 5 da APES (Aplicação/elaboração), é pretendido aplicar o *insight* da experiência, prática comportamental. No nível 6 da APES (Solução do problema), ocorrência da prática comportamental por parte do cliente. No nível 7 da APES (Domínio), a necessidade do cliente resume-se em manter o comportamento.

No entanto, Meystre e colaboradores (2015), demonstram ser mais sucintos quando à responsividade terapêutica, mas mantendo a noção. Os autores apontam que na existência de níveis baixos da APES (0 ao 2), o terapeuta pretende auxiliar o cliente a tornar-se mais consciente quanto à sua experiência problemática. Nos níveis intermédios da APES (3 e 4) ocorre o trabalho na promoção de uma maior compreensão e *insight* do problema. Nos níveis mais altos da APES (5 ao 7), o terapeuta incentiva o cliente a praticar novos comportamentos.

O modelo de assimilação, proporciona o aumento dos níveis de assimilação, que por sua vez, está relacionado com a redução da sintomatologia, e, deste modo, a ocorrência da melhoria psicológica. Neste sentido, se o terapeuta for capaz de reconhecer e atender ao nível de assimilação em que o cliente se situa (Stiles, 2006), torna-se também num terapeuta mais responsivo, principalmente se utilizar uma intervenção terapêutica adequada ao nível de assimilação apresentada pelo cliente (Caro Gabalda & Stiles, 2013). Estudos precedentes (e.g. Caro Gabalda & Stiles, 2013; Honos-Webb & Stiles, 2002; Honos-Webb & Surko, 1998; Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998) sugerem uma associação benéfica quanto à responsividade terapêutica e aos níveis altos de assimilação, resultando num prognóstico terapêutico positivo.

#### **1.4 Relação entre as Intervenções Terapêuticas e a Assimilação**

Honos-Webb & Stiles (2002) referem que, para o cliente aceder a níveis elevados de assimilação, será necessário que o terapeuta possua determinadas capacidades para

adequar a sua intervenção tendo consciência dos recursos, condições e necessidades atuais do cliente, também como ter noção se o cliente se sente capaz de os disponibilizar para que ambos consigam desenvolver um trabalho com mais rigor em terapia.

Estudos prévios de Meystre e colaboradores (2014; 2015) analisaram uma amostra de casos clínicos de terapia psicodinâmica com o objetivo de aprofundar os pressupostos teóricos de Honos-Webb & Stiles (2002). Os autores Honos-Webb & Stiles (2002), defendiam quanto melhor os terapeutas apropriassem as suas intervenções terapêuticas (CPIRS) no decurso da psicoterapia, mais coincidia com os níveis elevados segundo o modelo de assimilação da experiência problemática (APES) do cliente, sendo que a intervenção varia consoante o nível de assimilação apresentado por cada cliente que o terapeuta acompanha.

Conforme os estudos de Meystre e colaboradores (2014), verificaram que após as várias sessões de psicoterapia, os problemas da cliente relativamente aos ataques de ansiedade, pela pressão de tomada de decisão mais certa ao contexto, foram assimilados com mais facilidade face às intervenções terapêuticas utilizadas, que auxiliaram a facilitar, encorajar (a paciente a falar), e esclarecer a comunicação. Posto isto, foi verificada uma associação positiva quanto à Orientação explícita (CPIRS-13) nos níveis 1 e 2 da APES, em momentos em que a cliente se sentia mais desorientada. Foi observado que a intervenção Concelho e orientação (CPIRS-15) se verificou no trabalho em colaboração focado diretamente no problema, nos níveis 1 e 2, como também nos níveis 5 e 6. Por fim, o Confronto (CPIRS-61) poderá ser usado responsivamente nos níveis 2 e 3. A responsividade terapêutica que se exerce em terapia, foi igualmente verificada quando a intervenção terapêutica é realizada com vista ao nível de assimilação da cliente, que favorece e potencia para um bom prognóstico clínico.

Em recurso ao estudo de Meystre e colaboradores (2015), sugerem 6 clientes com PDM, obtiveram mais momentos positivos do que negativos, no número total de declarações durante a terapia e com a utilização da APES em conformidade com a CPIRS. O terapeuta é visto como um profissional sensível às respostas do cliente e como facilitador no processo de assimilação, de modo a corresponder às necessidades e requisitos do cliente através da adequação mais apropriada da intervenção terapêutica. A intervenção terapêutica que favoreceu maioritariamente os níveis 1, 2 e 3 de assimilação foi a Relação (CPIRS-5). Igualmente, tornaram superiores os níveis 1 e 3 as intervenções

Sinalização de atenção para sentimentos inaceitáveis (CPIRS-55) e Confrontação (CPIRS-61), que se tornaram úteis na promoção do aumento da APES e diversificadas para utilização em terapia. Outras intervenções indicaram o aumento do nível da APES em vários níveis, nomeadamente, Empatia (CPIRS-1), Autorrevelação (CPIRS-17), Ligação entre o presente e o passado/descritiva (CPIRS-57), as intervenções Perguntar informação ou elaboração (CPIRS-78) e Clarificação, reformulação em palavras diferentes (CPIRS-79) apresentaram também maior frequência absoluta.

Posto isto, os estudos anteriores sugerem que a APES e a CPIRS podem estar mutuamente interligadas com a finalidade de favorecer o trabalho terapêutico, pois verifica-se que os benefícios se tornam visíveis quando o terapeuta se torna facilitador no processo terapêutico e através de intervenções terapêuticas auxilia numa melhor assimilação e avançar para próximo nível de assimilação, que posteriormente, o cliente atinge níveis de assimilação elevados e decorre o sucesso terapêutico mais responsivo e eficazmente (Meystre et al., 2014; Meystre et al., 2015).

Segundo Trijsburg e colaboradores (2004), associaram as 81 intervenções terapêuticas presentes na Escala CPIRS, agrupando a fatores comuns e abordagens terapêuticas, nomeadamente: Facilitação (CPIRS 1-5), Apoio Autorizado (CPIRS 6-9), *Coaching* (CPIRS 10-16), Processo Diretivo (CPIRS 17-21), Estruturação (CPIRS 22-26), Comportamental (CPIRS 27-30), Cognitivo (CPIRS 31-43), Experimental (CPIRS 44-51), Procedimentos Experimentais (CPIRS 52 e 53), Psicanalíticas (CPIRS 54-60), Psicodinâmica (CPIRS 61-64), Estratégica (CPIRS 65-67), Dinâmicas de Grupo (CPIRS 68-72), Sistémicas (CPIRS 73-76) e Outras Intervenções (CPIRS 77-81) (Para uma observação mais pormenorizada, encontra-se acessível no Anexo 1).

Apesar das investigações desenvolvidas, parece ocorrer uma escassez de estudos relativamente a outras modalidades terapêuticas, que, certamente se tornam tanto ou mais eficazes durante e após o processo terapêutico, em consonância com a terapia psicodinâmica (Meystre et al., 2014; Meystre et al., 2015). Existe uma grande necessidade de explorar novas abordagens terapêuticas (comportamental, cognitiva, psicanalítica, sistémica, humanista, fenomenológica, entre outras) e entender se as modalidades podem ou não proporcionar mais e melhores intervenções terapêuticas de sucesso.

## **1.5 Terapia Cognitivo Comportamental e a APES**

Em 1960, foi Aaron Beck quem desenvolveu a “Terapia Cognitiva” (TC) como uma abordagem terapêutica, mais tarde passou a ser chamada “Terapia Cognitivo-Comportamental” (TCC) (Beck, 1964). Beck, desenvolveu a TCC para responder, inicialmente, à população com perturbação depressiva, de forma a solucionar os problemas atuais e alterar comportamentos e pensamentos disfuncionais (Beck, 1964; Beck, 1997; Beck, 2007). Então, com o decorrer dos anos, terapeutas adaptaram-se a esta terapia dando auxílio a vários indivíduos independentemente da perturbação mental. Apesar das alterações nas técnicas terapêuticas, ao tempo de tratamento e ao foco da terapia, os pressupostos teóricos mantêm-se. A terapia é usada individualmente, para casal, em grupos ou famílias (Beck, 1997). Foi ajustada para clientes de variados níveis de escolaridade, diversidade cultural, também como adaptado para uma multiplicidade de idades, podendo ser utilizada para crianças, adultos e população sénior. (Beck, 2011). O tratamento terapêutico é fundamentado através da formulação cognitiva, das crenças apresentadas pelo cliente e estratégias comportamentais que determinam a própria perturbação (Alford & Beck, 1997).

O modelo refere que a perturbação mental está plenamente ligada a erros inseridos no processamento de informação do indivíduo, do qual estão relacionados com causas ambientais, genéticas, neurobiológicas, e de certo modo tem grande influência na manutenção e evolução da sintomatologia (Beck, 2008).

O tratamento ajuda o cliente a entender a razão pela qual realiza determinados comportamentos e possui certas crenças. Neste sentido, o papel do terapeuta resume-se a descobrir opções para que possa proporcionar a mudança cognitiva ao cliente, alterando pensamentos e crenças disfuncionais, deste modo, oferece ao cliente a possibilidade de emergir uma mudança duradoura comportamental e emocional (Beck, 2011).

O pensamento disfuncional está presente em todas as perturbações mentais. De acordo com o modelo cognitivo-comportamental, é possível promover a mudança terapêutica de forma a extinguir ou diminuir os pensamentos e comportamento desadaptativos. Contudo, primeiramente é essencial fornecer ao cliente ferramentas com base em estratégias de TCC, para que o mesmo, seja capaz de identificar e substituir os pensamentos e comportamentos disfuncionais, por pensamentos e comportamentos mais

realistas e adaptativos. Deste modo, a TCC promove ao cliente uma melhoria significativa da sintomatologia apresentada no processo terapêutico (Beck, 2011).

No que respeita à eficácia em terapia cognitivo-comportamental, estudos anteriores (e.g. Brenninkmeijer, 2019; David et al., 2018; Hofmann et al., 2012; Johnsen & Friborg, 2015; Kodal et al., 2018; Osatuke et al., 2005; Reyes & Fermann, 2017; Stewart & Chambless, 2009) demonstraram que a utilização deste modelo desempenha um aspeto fulcral no tratamento do cliente, na medida em que tem vindo a demonstrar níveis elevados de eficácia no tratamento numa grande variedade de perturbações mentais (e.g. Perturbações do Espectro da Esquizofrenia e outras Psicóticas, Bipolares, Depressivas, Ansiedade, Obsessivo-Compulsivas, Stress Pós-Traumático, Alimentação e da Ingestão, Sono-Vigília, Disruptivas, do Controlo dos Impulsos e do Comportamento, Uso/Abuso de Substâncias, Personalidade; Basco & Rush, 2007; Barlow, 2014; Beck et al., 2015; Bond & Dryden, 2004; Cordioli, 2014; Dobson, 2010; Hofmann et al., 2012; Leahy et al., 2012; O'Donohue & Fisher, 2008).

Uma vez que a TCC revela ser uma terapia eficaz e amplamente utilizada, seria importante verificar quais as intervenções terapêuticas deste modelo que se adequariam aos diferentes níveis de assimilação. Neste sentido, se a assimilação é um processo importante para a mudança terapêutica, se o terapeuta conseguir intencionalmente adequar a intervenção terapêutica ao nível de assimilação do cliente, poderá tornar a terapia mais eficaz.

## **1.6 Propósito do Estudo**

Como descrito anteriormente, vários estudos prévios (e.g. Basto et al., 2017; Basto et al., 2018; Caro Gabalda, 2005a; Caro Gabalda, 2005b; Caro Gabalda & Stiles, 2013; Caro Gabalda et al., 2016; Henry, Stiles, & Biran, 2005; Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999; Humphreys et al., 2005; Meystre et al., 2014; Osatuke et al., 2005) confirmam a veracidade entre a evolução dos níveis de assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia clínica.

Adicionalmente, estudos direcionados à responsividade terapêutica (e.g. Caro Gabalda & Stiles, 2013; Honos-Webb & Stiles, 2002; Honos-Webb & Surko, 1998;

Stiles, Honos-Webb, & Surko, 1998), sugerem que a sua associação com os níveis elevados de assimilação, promovem o sucesso terapêutico.

No decorrer dos tempos, estudos anteriores alusivos à TCC (e.g. Brenninkmeijer, 2019; David et al., 2018; Hofmann et al., 2012; Johnsen & Friborg, 2015; Kodal et al., 2018; Osatuke et al., 2005; Reyes & Fermann, 2017; Stewart & Chambless, 2009), tem vindo a mostrar uma elevada eficácia quanto à sua fidelidade no tratamento psicológico de uma ampla variedade de perturbações mentais mencionadas previamente (e.g. Basco & Rush, 2007; Barlow, 2014; Beck et al., 2015; Bond & Dryden, 2004; Cordioli, 2014; Dobson, 2010; Hofmann et al., 2012; Leahy et al., 2012; O'Donohue & Fisher, 2008). Com isto, seria interessante analisar as intervenções terapêuticas da abordagem cognitiva-comportamental que beneficiam o aumento dos níveis de assimilação.

Quanto aos estudos empíricos relativos às intervenções terapêuticas com a utilização da terapia psicodinâmica (Meystre et al., 2014; Meystre et al., 2015), sugerem o terapeuta como um facilitador no decurso do processo terapêutico, quando adequa as intervenções de acordo com o nível de assimilação presente pelo cliente, resultando num prognóstico terapêutico positivo.

No entanto, parece existir alguma escassez quanto a estudos empíricos que analisem e explorem a eficácia da utilização de intervenções terapêuticas de outras modalidades terapêuticas, nomeadamente: comportamental, cognitiva, psicanalítica, sistêmica, humanista, fenomenológica, entre outras. Posto isto, considera-se relevante explorar a existência de maior ou menor eficácia na utilização de intervenções terapêuticas para tratamento psicológico em conformidade com os estudos desenvolvidos na terapia psicodinâmica. Visto que a TCC é eficaz e amplamente utilizada, seria pertinente analisar num caso de TCC qual a relação entre as intervenções terapêuticas e a evolução no processo de assimilação.

Deste modo, o presente estudo pretende explorar quais as intervenções terapêuticas que poderão estar relacionadas com a evolução da assimilação de experiências problemáticas do cliente. Portanto, este estudo apresenta o seguinte objetivo principal: Explorar a relação entre a utilização de intervenções terapêuticas e o processo na assimilação num caso de sucesso terapêutico em Terapia Cognitivo-Comportamental. Como objetivos específicos: 1) Descrever as intervenções utilizadas ao longo do caso; 2) Explorar que intervenções se adequem a diferentes níveis de assimilação.

## Capítulo 2 – Método

### 2.1 Cliente

Marta (nome fictício de forma a salvaguardar a confidencialidade), é uma mulher de nacionalidade portuguesa com 38 anos. *Marta* participou num ensaio clínico “Descentração e Psicoterapia” (Salgado, 2019) que teve como objetivo analisar a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e da Terapia Focada nas Emoções em clientes com diagnóstico de Perturbação Depressiva Major (PDM) ligeira a moderada.

Para o ensaio clínico desenvolvido no Instituto Universitário da Maia (ISMAI), foram desenvolvidos os seguintes critérios de inclusão: o indivíduo deve possuir o diagnóstico de PDM; de momento não ser medicado e uma Avaliação Global do Funcionamento (GAF) > 50. Similarmente, como critérios de exclusão foram definidos os seguintes: ter sido diagnosticada com as Perturbações do Eixo I (Perturbação Psicótica, Bipolar, Pânico, Alimento ou Uso de Substâncias); ou Perturbações do Eixo II (Perturbação Esquizotípica, Antissocial, Borderline ou Narcísica); presentemente realizar algum tratamento ou uso de medicamentos; ou evidenciar um elevado risco de suicídio.

A avaliação dos critérios de inclusão e exclusão foi efetuada através da aplicação da entrevista clínica (SCID-I; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002). *Marta* cumpriu os critérios necessários para a participação e foi incluída no estudo, tendo sido aleatoriamente distribuída pela modalidade terapêutica e pelo terapeuta. Neste sentido, foi acompanhada no ISMAI, em Terapia Cognitivo Comportamental durante 16 sessões, por uma terapeuta devidamente formada em TCC.

**Tabela 2.** Pontuação obtida no pré-teste, nas sessões 1, 4, 8, 12 e 16 e follow-up referentes ao BDI-II.

<i>Medida</i>	<i>BDI-II</i>						<i>Follow-up</i>		
	<b>Pré-teste</b>	<b>Sessão 1</b>	<b>Sessão 4</b>	<b>Sessão 8</b>	<b>Sessão 12</b>	<b>Sessão 16</b>	<b>3 meses</b>	<b>9 meses</b>	<b>18 meses</b>
	25	19	24	24	10	1	6	6	0
	(Dep. moderada)	(Dep. ligeira)	(Dep. moderada)	(Dep. moderada)	(Sint. ligeira)	(Sint. ligeira)	(Sint. ligeira)	(Sint. ligeira)	(Sint. ligeira)

**Nota:** BDI-II – Beck Depression Inventory (Beck, Steer & Brown, 1996; aferido para a população portuguesa por Coelho, Martins & Barros, 2002); Dep. – Depressão; Sint. – Sintomatologia.

## **2.2 Terapeuta**

A terapeuta do caso era uma mulher com 28 anos de idade de nacionalidade portuguesa. Encontrava-se devidamente treinada e formada em Terapia Cognitivo-Comportamental. A terapeuta possuía 5 anos de experiência clínica e de prática no modelo cognitivo-comportamental.

## **2.3 Terapia**

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC; Beck, 1964), foi a abordagem terapêutica utilizada como anteriormente mencionado. Importa salientar que os primeiros estudos da terapia iniciaram na década de 60 por Albert Ellis e Aaron Beck (Beck, 1964). A TCC surgiu com o objetivo de identificar crenças, pensamentos, cognições e comportamentos desajustados apresentados pelo cliente, que resultam no seu mal-estar psicológico e físico (Hofmann et al., 2012). Para o presente modelo psicoterapêutico, a depressão é conceptualizada através da tríade cognitiva, ou seja, a existência de uma leitura enviesada sustentada pelo cliente sobre si, sobre o mundo e sobre os outros em situações específicas da sua vida. (Beck, 1976; Hofmann et al., 2012). Com base no modelo, ocorrem igualmente as distorções cognitivas que se referem a erros na perceção do cliente e no seu processamento de informação (Beck, 1995).

Posto isto, a intervenção na depressão baseia-se no modelo cognitivo comportamental onde são utilizadas estratégias terapêuticas de forma a testar a veracidade das crenças disfuncionais e conseqüentemente, permitir a uma leitura mais ajustada da realidade (Hofmann et al., 2012). Deste modo, as estratégias terapêuticas que demonstram elevada eficácia no que remete à mudança terapêutica na depressão apontam: a ativação comportamental (identificar atividades de prazer), reestruturação cognitiva (através do recurso de registo de pensamentos disfuncionais, questionamento socrático, seta descendente), resolução de problemas, técnicas de relaxamento (Barlow, 2014; Beck, 2007; Powell et al., 2008).

## **2.4 Instrumentos e Medidas**

### **2.4.1 Medidas de Processo**

#### *2.4.1.1 Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES)*

A Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES; Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles et al., 1990) tem como principal foco caracterizar a evolução da experiência problemática ou voz, que o cliente integra na sua comunidade dominante de vozes (Stiles, 2001), através da identificação de um nível de assimilação face à experiência problemática denominada pelo cliente (Stiles, 1999). Deste modo, a escala utiliza oito estágios que decorrem durante o processo terapêutico que descrevem os processos internos, sendo que os estádios variam entre o nível de assimilação 0 ao 7. O processo decorre entre o (0) Evitamento (há uma dissociação), (1) Pensamentos indesejáveis, (2) Consciência vaga/emergência, (3) Colocação do problema/clarificação, (4) Compreensão/insight, (5) Aplicação/elaboração, (6) Solução do problema e o (7) domínio (não ocorre o problema anterior e construiu recursos para futuro) (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles et al., 1991). Quanto à descrição pormenorizada dos níveis da APES é possível encontrar na tabela 1 situada no Capítulo 1.

#### *2.4.1.2 Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS)*

A Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS; Trijsburg et al., 2004) foi desenvolvida com o propósito de ser utilizada para classificar as intervenções psicoterapêuticas. A CPIRS foi criada com base em estudos empíricos através da utilização de questionários e escalas, de forma a avaliar o processo psicoterapêutico; os critérios estatísticos foram utilizados para determinar quais as intervenções terapêuticas mais adequadas a cada modalidade terapêutica (Trijsburg et al., 2002).

A versão mais atualizada da CPIRS (CPIRS, 2005) é composta por 81 intervenções terapêuticas (e.g. empatia, aceitação, envolvimento, (...), uso de metáforas). Cada intervenção poderá ser categorizada tendo em consideração os fatores comuns ou um modelo psicoterapêutico específico, nomeadamente: comportamental, cognitivo, experiencial, psicanalítico, psicodinâmico, estratégico, dinâmica de grupo, sistémica e outras intervenções (Trijsburg et al., 2004). Relativamente aos valores inerentes à sua

fidelidade, demonstra um ICC (3, k) = 0.71, que indica uma fidelidade adequada (Shrout & Fliess, 1979; Trijsburg et al., 2004).

## **2.4.2 Medida de Resultado**

### *2.4.2.1 Beck Depression Inventory (BDI - II)*

O Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) tem como objetivo avaliar a sintomatologia depressiva (Sanz & Vázquez, 2008). Este instrumento foi também aferido para a população portuguesa (Coelho, Martins & Barros, 2002) e pretende avaliar a sintomatologia depressiva nas últimas duas semanas quanto à sua intensidade nas componentes afetiva, cognitiva e somática. O BDI-II é constituído por 21 itens, sendo que cada item pode ser respondido numa escala de likert de 0 a 3 pontos. Relativamente à gravidade dos sintomas depressivos, os valores entre 0 e 13 pontos determinam a existência de sintomatologia ligeira, entre 14 e 19 pontos correspondem a depressão ligeira, entre 20 e 28 pontos referem a evidencia de depressão moderada e por fim, entre 29 e 63 pontos diz respeito à ocorrência de depressão severa (Beck & Steer, 1993; Coelho et al., 2002).

No que reflete à versão traduzida destinada unicamente para a população portuguesa, existe o ponto de corte de 13 pontos, sendo que o valor inferior a 13 caracteriza a ausência de sintomas depressivos e superior a 13 pontos denomina a possível existência de sintomatologia depressiva (Coelho et al., 2002). As propriedades psicométricas indicam que o inventário apresenta uma consistência interna e fiabilidade adequadas ( $\alpha=0.89$ ; Coelho et al., 2002).

## **2.5 Procedimentos de recolha e análise de dados**

### **2.5.1 Medidas de Processo**

#### *2.5.1.1 Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES)*

As codificadoras foram alunas no Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e a supervisora possui Doutoramento em Psicologia Clínica e apresenta uma experiência prévia no Modelo de Terapia Cognitivo-Comportamental e no Modelo de Assimilação.

As codificadoras deste estudo tornaram-se mais familiarizadas ao modelo de assimilação, devido à leitura de artigos e manuais de codificação.

As codificações foram realizadas no âmbito de um estudo de Basto e colaboradores (2018). O treino desenvolvido em função da APES, contou com uma duração aproximada de 3 meses que decorreu durante 2 horas semanalmente. Foi realizada a codificação dependente até serem atingidos os níveis de acordo entre codificadores superiores a 0.65 (ICC) (Cicchetti, 1994).

No que concerne à fase de codificação, foram codificadas 5 sessões (nomeadamente; 1, 4, 8, 12 e 16). As sessões já se encontravam transcritas segundo os procedimentos de Mergenthaler e Stinson (1992). De seguida, as sessões foram lidas na sua totalidade pelas codificadoras, para se identificarem principais temas que foram selecionados tendo em consideração os principais problemas clínicos (os mais significativos) e vozes problemáticas dominantes apresentadas pela cliente.

Os temas foram selecionados tendo em consideração a relevância clínica para o processo terapêutico, nomeadamente: “desempenho/*performance*”, “relação com a mãe”, “dificuldade no relacionamento com os outros” e “instabilidade nas relações amorosas”. No tema “desempenho/*performance*”, está relacionado com um sentimento de desvalorização acrescido, a cliente transmitiu uma insatisfação direcionada ao seu desempenho, referindo que nunca é suficiente o que faz e ocorre a sensação que deve dar mais de si. O tema “relação com a mãe”, representa a tentativa da cliente agradar a mãe, exigindo de si um elevado desempenho para que seja reconhecida. No tema “dificuldade no relacionamento com os outros”, ocorre um intenso medo de falhar e na possível da transmissão de uma imagem negativa sobre si, que posteriormente sucede o medo da avaliação negativa dos outros. Por fim, o tema “instabilidade nas relações amorosas” decorre da existência de uma relação dolorosa no passado e uma relação atual mais distante onde predomina um medo intenso de falhar e o pensamento de que não é passível de ser amada. Ao longo das sessões foi notória a observação de padrões elevados de medo da rejeição pelos outros (particularmente, na relação com a mãe, no relacionamento com outros e nas relações amorosas). O medo da rejeição, surgiu sob uma voz problemática, que se apresentava através de “eu a ser rejeitada”. Na voz dominante, emergia “Tenho de ser perfeita”, que estabelecia um elevado grau de perfeccionismo.

De seguida, foram selecionados excertos representativos dos temas acima referidos. Posteriormente, a APES foi aplicada a cada excerto selecionado. As passagens foram selecionadas tendo em consideração o nível de assimilação, o marcador de assimilação ou a mudança de tópico de conversação. Esta última parte do procedimento foi realizada de forma independente por cada uma das codificadoras. Os desacordos entre codificadoras foram resolvidos por consenso. O nível de acordo foi calculado tendo em conta o ICC. Verificou-se a existência de bom nível de acordo (ICC)  $[2,2] = .95$  (Cicchetti, 1994).

#### *2.5.1.2 Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS)*

Como mencionado anteriormente, foi utilizada a escala CPIRS de forma a codificar as intervenções terapêuticas. As 2 alunas do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde realizaram o treino da codificação da escala, supervisionada por uma profissional com experiência no Modelo de TCC. Com base na leitura de artigos e manuais de codificação disponibilizados pela supervisora, as codificadoras foram adquirindo algum conhecimento direcionado à escala CPIRS.

Durante a fase de treino, as codificadoras reuniam semanalmente, durante duas horas. Ao longo do treino foram realizadas reuniões presenciais e online (devido à pandemia por COVID-19) com as codificadoras e a supervisora para esclarecimento de eventuais dúvidas. Na fase de treino, as codificadoras atribuíam individualmente uma unidade de análise à fala do terapeuta selecionando uma intervenção terapêutica. De seguida, foram realizadas reuniões online para resolver os desacordos por consenso. As codificadoras utilizaram as sessões de treino até atingirem um nível de acordo adequado ( $d \geq 0.75$ ) (Cohen, 1960). Posto isto, deram início à codificação independente da CPIRS para análise deste estudo.

A unidade de análise utilizada contou com a fala do terapeuta, onde foram codificadas 5 sessões (1, 4, 8, 12 e 16). As codificadoras da CPIRS não tinham conhecimento das codificações feitas com a APES. Foram utilizadas sessões transcritas. Posteriormente, foram selecionadas falas da terapeuta que apontavam uma possível intervenção de acordo com a CPIRS. As codificações foram efetuadas de um modo independente, mas sempre revistas e orientadas pela supervisora. Foram realizadas reuniões online para esclarecimento de dúvidas com a supervisora face à codificação da

CPIRS e reuniões entre as codificadoras, com o intuito de atuar nos desacordos e ocorrer consenso. O nível de acordo utilizado foi o *Kappa de Cohen*, do qual, se verificou um bom nível de acordo entre os codificadores ( $d=0.965>0.75$ ) (Cohen, 1960).

## **2.5.2 Medida de Resultado:**

### *2.5.2.1 Beck Depression Inventory (BDI-II)*

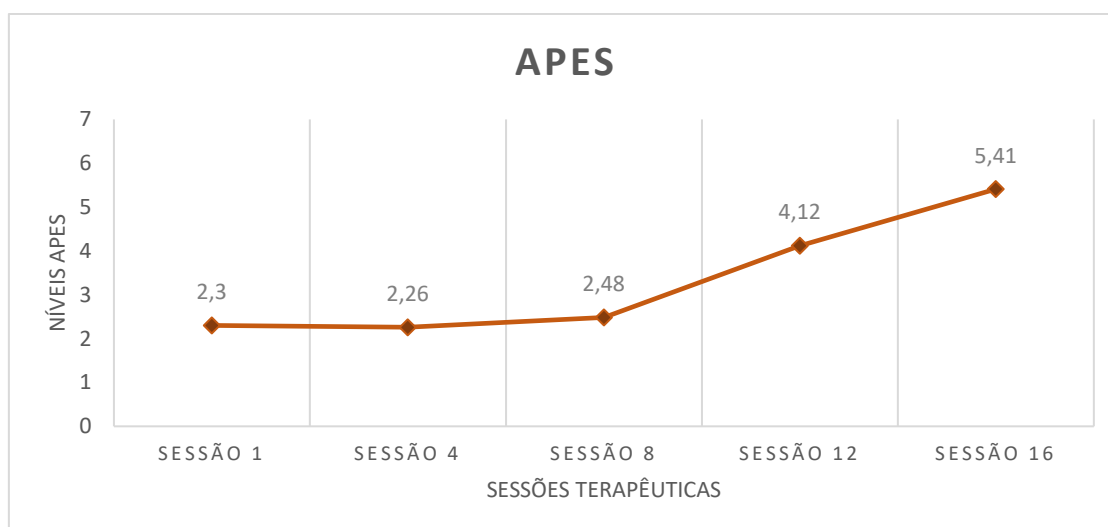
Com o intuito de avaliar os resultados terapêuticos da cliente, foi utilizada como medida de resultado Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) aferido para a população portuguesa (Coelho et al., 2002). O inventário foi administrado no pré-teste, no início das sessões 1, 4, 8, 12 e 16 e *follow-up* 3 meses, 9 meses e 18 meses.

### Capítulo 3 – Resultados

O estudo desenvolvido teve como foco explorar a relação entre a utilização de intervenções terapêuticas e o progresso na assimilação de experiências problemáticas num caso de sucesso psicoterapêutico em Terapia Cognitivo-Comportamental. No decurso do presente capítulo, encontram-se as descrições da análise dos resultados acompanhados por figuras e tabela destinadas à APES (Figura 1), CPIRS (Figura 2) e junção da CPIRS com APES (Tabela 3), de forma a corresponder aos objetivos específicos estipulados para este estudo empírico: 1) Descrever as intervenções utilizadas ao longo do caso; 2) Explorar que intervenções se adequem a diferentes níveis de assimilação.

#### 3.1. Evolução do processo terapêutico

Primeiramente, com o intuito de responder aos objetivos estipulados para este estudo, foi calculado o nível médio de assimilação presente em cada uma das sessões 1, 4, 8, 12 e 16.



**Figura 1.** *Evolução do processo terapêutico com a utilização do modelo de assimilação (APES).*

**Nota:** APES – Assimilation of Problematic Experiences Scale (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles et al., 1990).

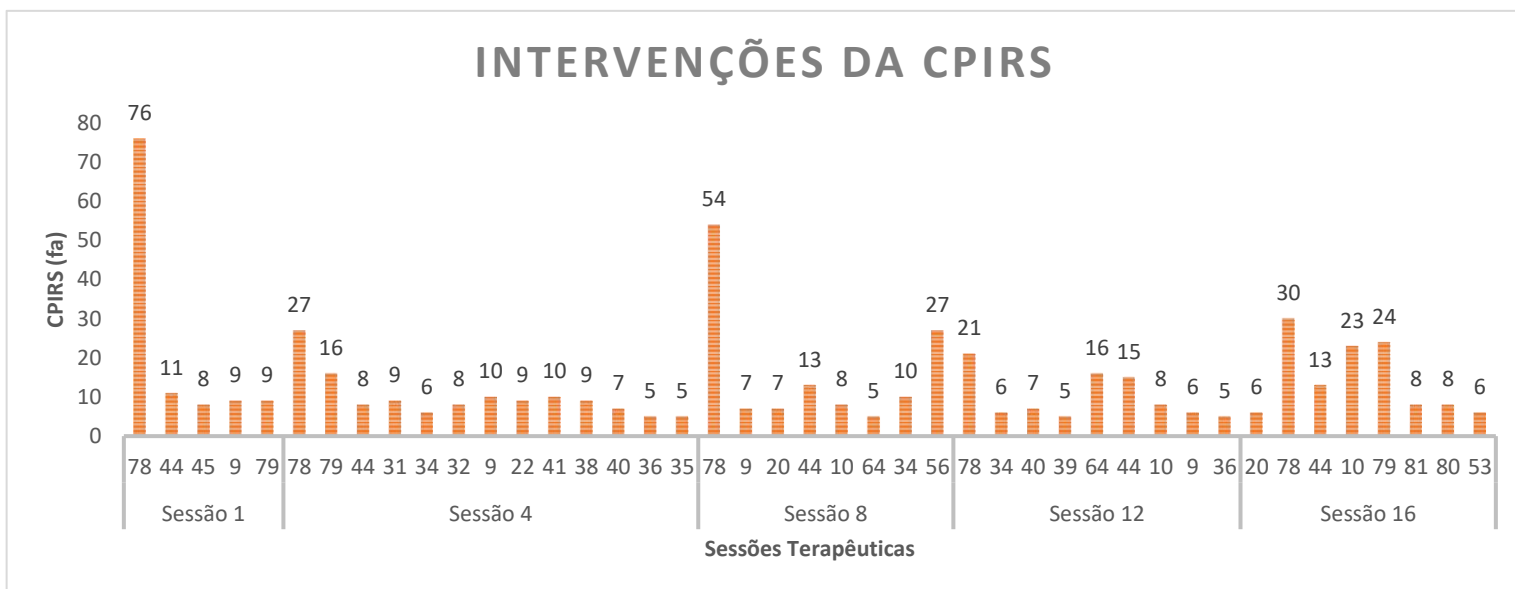
Como é possível observar na Figura 1, verificou-se uma evolução positiva no nível de assimilação de experiências problemáticas da cliente, ao longo das sessões. Nas

sessões iniciais (1, 4 e 8), verificou-se a presença de níveis baixos de assimilação com maior ocorrência do APES 2, que indica a existência de consciência vaga/emergência da voz problemática. Durante as sessões iniciais, *Marta* descreveu como problemático o constante sofrimento nas diferentes situações da vida (relacionamento com a mãe, amadores, com os outros), tornando-se desadaptativas para si. Apesar de ser capaz de reconhecer o problema, existia alguma incapacidade em formular explicitamente o medo da rejeição. Durante a sessão 12, *Marta* alcançou um nível intermédio de assimilação, APES 4. Assim sendo, durante esta fase da terapia ocorreu a compreensão/*insight* do problema. A cliente conseguiu realizar ligações das vozes problemáticas e dominantes face a momentos da vida em que fazia uma leitura mais irrealista. Deste modo, possibilitou uma maior compreensão e desenvolvimento de uma reformulação mais sucinta e ajustada do problema. Durante a sessão 16 estiveram presentes níveis elevados de assimilação correspondentes a um APES 5, aplicação/elaboração do problema. *Marta* trabalhou arduamente para a resolução do seu problema, ocorreram esforços da sua parte na tentativa de realizar uma leitura mais ajustada do mesmo). Posteriormente, a persistência mobilizou a cliente para o APES 6, o que proporcionou a construção de uma alternativa/solução da pressão elevada que exercia sobre si.

Em suma, os níveis de assimilação aumentaram, o que parece estar fortemente associado ao sucesso do processo terapêutico de *Marta*. Apesar de não ter chegado ao nível 7 da APES, foi visível o modo como se assumiu como merecedora de amor, menos ansiedade, mais serenidade e melhor qualidade de vida com a integração da voz problemática “eu a ser rejeitada” na comunidade de vozes “perfeccionista”.

### 3.2. Utilização das intervenções terapêuticas ao longo das sessões

Com a análise dos resultados da CPIRS, pretendeu-se fornecer resposta a uns dos objetivos específicos 1) Descrever as intervenções utilizadas ao longo do caso deste estudo, com auxílio da Figura 2 para a descrição dos resultados.



**Figura 2.** Registo das intervenções terapêuticas (CPIRS) com  $fa > 5$  no decurso das sessões psicoterapêuticas 1, 4, 8, 12 e 16.

#### Legenda das Intervenções Terapêuticas:

- 9 – Reformulação do problema;
- 10 – Apoio, Encorajamento, Confirmação;
- 20 – Sumarização;
- 22 – Definição e seguimento da agenda;
- 31 – Temas cognitivos;
- 32 – Relação entre pensamentos e sentimentos;
- 34 – Exploração dos significados pessoais dos pensamentos;
- 35 – Reconhecimento de erros cognitivos;
- 36 – Identificação de convicções cognitivas;
- 38 – Análise das evidências disponíveis;
- 39 – Teste prospetivo de crenças;
- 40 – Procura de explicações alternativas;
- 41 – Consequências realistas;
- 44 – Reflexão de sentimentos;
- 45 – Orientação subtil;
- 53 – Diálogo da cadeira vazia;
- 56 – Exploração de experiências passadas;
- 64 – Ligações entre hipóteses;
- 78 – Perguntar informação ou elaboração;
- 79 – Clarificação, reformulação em palavras diferentes;
- 80 – *Feedback* sobre fenómenos que anteriormente não foram reconhecidos;
- 81 – Uso de metáforas.

**Nota:** CPIRS – Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS, 2005; Trijsburg et al., 2004); fa – Frequência absoluta.

Na Figura 2, estão representadas as sessões 1, 4, 8, 12 e 16, com a frequência absoluta (fa) >5 das intervenções terapêuticas codificadas através da CPIRS. Para a análise dos resultados da CPIRS, é necessário frisar que apenas foram exploradas e analisadas as intervenções terapêuticas com fa >5 e conseqüentemente, foram eliminadas do estudo as intervenções com fa <5.

Com o intuito de descrever a presente análise qualitativa deste estudo empírico no decurso das 5 sessões, é possível observar na figura 2, a frequência absoluta em cima das barras cor-de-laranja. Por baixo das barras cor-de-laranja surge o número correspondente à intervenção terapêutica utilizada.

Posto isto, as intervenções terapêuticas que manifestaram maior frequência absoluta, particularmente: na sessão 1 a CPIRS 78 – Perguntar informação ou elaboração (fa=76) e CPIRS 44 – Reflexão de sentimentos (fa=11); na sessão 4 a CPIRS 78 – Perguntar informação ou elaboração (fa=27) e CPIRS 79 – Clarificação, reformulação em palavras diferentes (fa=16); na sessão 8 a CPIRS 78 – Perguntar informação ou elaboração (fa=54) e CPIRS 56 – Exploração de experiências passadas (fa=27); na sessão 12 a CPIRS 78 – Perguntar informação ou elaboração (fa=21) e CPIRS 64 – Ligações entre hipóteses (fa=16); por fim, na sessão 16 a CPIRS 78 – Perguntar informação ou elaboração (fa=30) e CPIRS 79 – Clarificação, reformulação em palavras diferentes (fa=24).

A intervenções terapêutica mais utilizadas no corrente processo psicoterapêutico foi a CPIRS 78 – Perguntar informação ou elaboração que demonstrou uma elevada frequência absoluta (fa=200). Adicionalmente, a CPIRS 44 - Reflexão de sentimentos também foi utilizada com elevada frequência (fa=60).

### **3.3. Estratégias terapêuticas e aumentos na assimilação**

Com a seguinte tabela, pretendeu-se abordar um dos objetivos específicos estipulados para este estudo 2) Explorar que intervenções se adequem a diferentes níveis de assimilação, de forma a identificar as intervenções terapêuticas que predominam no aumento de níveis de assimilação de experiências problemáticas.

Relativamente aos procedimentos para a análise da tabela que se segue, foram identificadas as tríades entre a cliente-terapeuta-cliente (C1-T-C2). As referidas tríades

correspondem a excertos do texto onde existe uma fala do cliente correspondente a um nível de assimilação inicial específico (C1), seguida de uma intervenção do terapeuta (T), e que culmina numa fala do cliente onde se verifica um aumento no nível de assimilação em relação à sua primeira fala (C2).

O seguinte excerto representa um exemplo de uma tríade (C1-T-C2):

*“C1: mesmo a atividade física, proporcionava, proporciona bem-estar psicológico, para além de ser ativo (...) aquece-se o motor (...) foi uma concretização (...) para aí a um ano ou mais de um ano que eu tentava ir a aquele ginásio (riso). Ia lá pedia informações e vinha-me embora e depois nunca ia lá (APES 5 – Aplicação/elaboração)*

*T: ok. E porque é que eu estou a perguntar isto Marta? Porque isto são ferramentas, que nós ativamos num determinado momento para nós fazerem sentir melhor e, nós termos consciência do processo dá-nos de alguma forma, esse, esse poder de sabermos o que é que podemos fazer da próxima vez em que eu me sentir menos bem. O que é que me ajuda? Tar mais ativa? Fazer mais coisas, mesmo que não me apeteça tanto de início. Concretizar coisas que tinha planeadas, no sentido de ver cumprido, de organização, de disponibilidade (CPIRS 64 – Ligações entre hipóteses– Intervenção Psicodinâmica)*

*C2: sim eu acho que se deve começar primeiro a agir e depois é que há mudanças! (...) também a nível emocional (...) o ginásio foi o primeiro passo para me envolver mais, para estar com as pessoas e fazer coisas diferentes (...) ajudou a sentir-me útil (...) orientei melhor a minha vida e as minhas tarefas (APES 6 – Solução do problema).”*

Com recurso à tabela 3, podemos observar na primeira coluna o nível de assimilação inicial apresentado pelo cliente (C1). Na segunda coluna as necessidades do cliente que o nível de assimilação em questão parece sinalizar (Honos-Webb & Stiles, 2002). Na terceira coluna as intervenções terapêuticas (T). A quarta coluna consta o grupo face aos fatores comuns ou abordagens terapêuticas a qual pertencem cada uma das intervenções terapêuticas. Por fim, a quinta coluna refere a frequência absoluta (fa) das

intervenções terapêuticas do caso da *Marta*, que sugeriu o número de vezes que a intervenção foi utilizada pelo terapeuta e originou o aumento da assimilação.

**Tabela 3.** Recurso às intervenções terapêuticas (CPIRS), atendendo às necessidades do cliente e com fa >5 que beneficiaram no aumento do nível de assimilação (APES).

Nível inicial de assimilação (APES)	Necessidade do Cliente (Honos-Webb & Stiles, 2002)	Intervenções Terapêuticas (CPIRS)	Grupo de Intervenção Terapêutica (CPIRS)	Frequência absoluta (fa)		
<b>APES 1 –</b> <i>Pensamentos indesejáveis</i>	<b>Acrescer a consciência da experiência</b>	32 – Relação entre pensamentos e sentimentos	Cognitiva	1		
		41 – Consequências realistas	Cognitiva	1		
		44 – Reflexão de sentimentos	Experiential	1		
		78 – Perguntar informação ou elaboração	Outras Intervenções	2		
		9 – Reformulação do problema	Apoio Autorizado	3		
<b>APES 2 –</b> <i>Consciência vaga/emergência</i>	<b>Intensificar e possuir um maior controlo da experiência</b>	16 – Abordagem didática	Treino/ <i>Coaching</i>	1		
		20 – Sumarização	Processo Diretivo	1		
		22 – Definição e seguimento da agenda	Estruturação	1		
		31 – Temas cognitivos	Cognitiva	2		
		34 – Exploração dos significados pessoais dos pensamentos	Cognitiva	2		
		37 – Distanciamento de crenças	Cognitiva	1		
		39 – Teste prospetivo de crenças	Cognitiva	1		
		41 – Consequências realistas	Cognitiva	1		
		44 – Reflexão de sentimentos	Experiential	2		
		48 – Reconhecimento e consciencialização de sentimentos não expressos	Experiential	1		
		78 – Perguntar informação ou elaboração	Outras Intervenções	4		
		79 – Clarificação, reformulação em palavras diferentes	Outras Intervenções	2		
		81 – Uso de metáforas	Outras Intervenções	1		
		<b>APES 3 –</b> <i>Colocação do problema/clarificação</i>	<b>Aprofundar, compreender ou obter insight da experiência</b>	1 – Empatia	Facilitação	1
				14 – Controlo ativo	Treino/ <i>Coaching</i>	1
39 – Teste prospetivo de crenças	Cognitiva			1		
44 – Reflexão de sentimentos	Experiential			2		
63 – Padrões nas relações	Psicodinâmica			1		
78 – Perguntar informação ou elaboração	Outras Intervenções			1		

<i>APES 4 – Compreensão/ insight</i>	<b>Adquirir <i>insight</i> da experiência</b>	8 – Desresponsabilização do paciente	Apoio Autorizado	1
		13 – Orientação explícita	Treino/ <i>Coaching</i>	1
		44 – Reflexão de sentimentos	Experiencial	1
		47 – Focalização na experiência presente	Experiencial	1
		57 – Vincular o presente ao passado	Psicanalítica	1
		64 – Ligações entre hipóteses	Psicodinâmica	1
		78 – Perguntar informação ou elaboração	Outras Intervenções	1
<i>APES 5 – Aplicação/ elaboração</i>	<b>Aplicar <i>insight</i> da experiência, prática comportamental</b>	5 – Relação	Facilitação	1
		45 – Orientação sutil	Experiencial	1
		64 – Ligações entre hipóteses	Psicodinâmica	2
		78 – Perguntar informação ou elaboração	Outras Intervenções	2
		79 – Clarificação, reformulação em palavras diferentes	Outras Intervenções	1

### 3.3.1 Excertos da Tríade C1-T-C2

Uma vez que se pretendeu explorar as intervenções terapêuticas que parecem favorecer o aumento dos níveis de assimilação, existiu a necessidade de analisar os excertos da tríade entre Cliente – Terapeuta – Cliente, que se situam ao longo do processo terapêutico. Os excertos expostos direcionados a cada um dos níveis de assimilação (particularmente: 1, 2,3 ,4 e 5) refletem o nível inicial da APES da primeira fala do cliente (C1), a intervenção terapêutica utilizada (T) e um nível superior da APES (C2) que surgem na sessão psicoterapêutica. No decurso das sessões foram identificadas um total de 49 tríades entre C1-T-C2 que promoveram o aumento do nível da APES. O texto em itálico representa a fala da cliente (C1 e C2), o texto sublinhado indica a fala do terapeuta (T) e o nível da APES e intervenção da CPIRS surgem a negrito.

#### 3.3.1.1 Nível 1 da APES

Com base na tabela 3, ocorrem 4 intervenções que contribuíram para o aumento de assimilação a partir do nível 1: **Relação de pensamentos e sentimentos** (CPIRS 32), **Consequências realistas** (CPIRS 41), **Reflexão de sentimentos** (CPIRS 44). A intervenção mais utilizada no nível 1 da APES (fa=2) foi **Perguntar informação ou**

**elaboração** (CPIRS 78). A terapeuta possibilitou a mobilização do pensamento de *Marta*, de um discurso doloroso pela sensação de fracassos, para uma melhor compreensão do que podia ser trabalhado (e.g. voltar ao ginásio). Ocorreu uma evolução com a intervenção **Consequências realistas** (CPIRS 41 – Intervenção Cognitiva). Esta última, favoreceu o posicionamento da cliente quanto à forma como se vê e a percepção que tem dos outros direcionado a si. Posteriormente, avançou para uma maior consciência face ao problema, que culminou numa reflexão sobre a voz problemática “Se eu for não perfeita, os outros não vão gostar de mim”.

O excerto que se segue representa um progresso de um do nível 1 para o 2 da APES, através da utilização da estratégia terapêutica **Reflexão de sentimentos** (CPIRS 44 – Intervenção Experiencial).

**C1:** *sim passa a ser físico. nunca tinha passado por algo semelhante (...) acho que o facto do afastamento foi muito mau (...) continuei, continuei com problemas de sono essas coisas todas e fica sempre aquela magoazinha do que se passou (...) é o relacionamento que é possível (APES 1 – Pensamentos indesejáveis)*

**T:** esta dor? (...) mas é esta a sensação, o possível? (CPIRS 44 – Reflexão de sentimentos – Intervenção Experiencial)

**C2:** *sim, esta dor fica sempre. e pronto este é relacionamento que eu tenho (...) é o possível. para mim não é ideal. acabava por ser um risco eh eh – tentar algo mais, podia não resultar, mas era um risco que eu estava disposta a tentar. porque para mim acho que é o ideal e é o normal nos relacionamentos (APES 2 – Consciência vaga/emergência)."*

Com vista à análise do excerto exposto, *Marta* demonstra fragilidade e evitamento face ao momento passado vivenciado com o companheiro. É observado na sua primeira fala “o facto do afastamento foi muito mau”, “fica sempre aquela magoazinha do que se passou”. Posteriormente, sucedeu a intervenção (reflexão de sentimentos), que permitiu desenvolver claramente os sentimentos e pensamentos dolorosos ligados à experiência. Posto isto, a intervenção reflexão de sentimentos foi sucedida por um aumento do nível 1 (pensamentos indesejáveis), para o nível 2 (consciência vaga/emergência).

### 3.3.1.2 Nível 2 da APES

Relativamente ao nível 2 da assimilação (consciência vaga/emergência) verificou-se a presença de 14 intervenções distintas associadas a um aumento a

partir deste nível de assimilação. As intervenções que surgiram neste nível foram as seguintes: **Reformulação do problema** (CPIRS 9), **Abordagem didática** (CPIRS 16), **Sumarização** (CPIRS 20), **Definição e seguimento da agenda** (CPIRS 22), **Temas cognitivos** (CPIRS 31), **Exploração dos significados pessoais dos pensamentos** (CPIRS 34), **Distanciamento de crenças** (CPIRS 37), **Teste prospetivo de crenças** (CPIRS 39), **Consequências realistas** (CPIRS 41), **Reflexão de sentimentos** (CPIRS 44), **Reconhecimento e consciencialização de sentimentos não expressos** (CPIRS 48), **Clarificação, reformulação em palavras diferentes** (CPIRS 79), **Uso de metáforas** (CPIRS 81). Por fim, a intervenção terapêutica, **Perguntar informação ou elaboração** (CPIRS 78), suscitou a maior frequência (fa=4). A intervenção mencionada proveu um aumento da APES, possibilitou um maior entendimento face à existência de uma insatisfação de *Marta*, pela ausência de avanços na relação, que leva a viver em função da contante espera da decisão do companheiro.

O seguinte excerto descreve uma tríade C1-T-C2, que parte do nível 2 da APES (consciência vaga/emergência). Com isto, a cliente começa a aprofundar, compreender ou obter *insight* da experiência.

**C1:** *no registo apontei frases que achava que tinha haver comigo (...) desaproveitar os comentários que os outros fazem. Considerar-me um fardo sem valor. pensar que não gostam de mim, as coisas vão durar para sempre, aceitar a infelicidade como sendo (incompreensível) da solidão (...) parece que há uma sensação de impotência (...) é a minha sina, quase!* (APES 2 – Consciência vaga/emergência)

**T:** parece que quando estamos quase chegar a atingir, foge-nos entre as mãos (...) ok Marta faz sentido que estes pensamentos acabem todos por ir, de alguma forma, dar aquilo que não tem valor, naquela ideia que nós desde cedo começamos aqui a ver que parecia algo muito central Marta? (...) ok. isto não tenho valor. acha que isto tem alguma a haver com aquele perfeccionismo que nós fomos vendo, esta necessidade esta exigência muito elevada. isto tem alguma coisa haver com isso? houve alguma relação entre este perfeccionismo e o eu não tem valor? (...) a ideia deste perfeccionismo é tentar ser perfeita para completar ou para compensar não ter valor? (CPIRS 34 – Explorar o significado pessoal dos pensamentos – Intervenção Cognitiva)

**C2:** *acho que interiormente não tenho valor. vou tentar sempre superar-me, ser melhor. (...) e eu não sabia. não fazia questão (...) tentar sempre ser melhor. fazer sempre o melhor que posso. nem sempre consigo e a nível dos meus sentimentos ah, acho que é uma fasquia muito lá em cima*

*e é difícil acompanhar, é difícil de acompanhar (...) para ficar satisfeita (APES 3 – Colocação do problema/clarificação).”*

Em referência ao excerto, a cliente apresenta-se com uma voz problemática onde transparece o medo da rejeição. No excerto, a cliente pareceu clarificar um maior controlo sobre o significado que atribuía ao que os outros pensam. A voz dominante surge “se os outros não gostam de mim, eu não tenho qualquer valor”. Passando pelo processo da intervenção cognitiva, **explorar o significado pessoal dos pensamentos** (CPIRS 34), *Marta*, começou a ter uma visão distinta após a exploração das convicções que sustentavam os pensamentos automáticos renunciados. Posto isto, depois do levantamento de evidências, surgiu uma maior compreensão do problema e o aumento da assimilação, tornando aos poucos a integração do problema na sua comunidade de vozes dominantes.

### 3.3.1.3 Nível 3 da APES

Na fase da colocação do problema/clarificação do nível 3 de assimilação, o cliente procurou aprofundar, compreender ou obter *insight* da experiência problemática. Deste modo, as intervenções utilizadas permitiram ganhos terapêuticos para *Marta*, sendo que as estratégias terapêuticas identificadas foram as seguintes: **Empatia** (CPIRS 1), **Controlo ativo** (CPIRS 14), **Teste prospetivo de crenças** (CPIRS 39), **Reflexão de sentimentos** (CPIRS 44) com  $fa=2$ , **Padrões nas relações** (CPIRS 63), **Perguntar informação ou elaboração** (CPIRS 78).

O seguinte excerto descreve uma tríade C1-T-C2, que parte do nível 3 da APES (consciência vaga/emergência). Neste excerto, destaca-se a utilização da intervenção **Padrões nos relacionamentos** (CPIRS 63) e a mudança para o nível 4 (Compreensão/*insight*).

*“C1: ainda me vê como uma criança que tem de educar, muitas vezes e é também difícil de lidar com isso (...) tem de me corrigir (...) e quer também manter-me por perto (APES 3 – Colocação do problema/clarificação)*

*T: ok. ok. Marta acho que atualmente a forma como a Marta manifesta ou mostra à mãe que não gostou ou que isto a magoou é afastando-se, não é? (...) mas parece-me haver aqui e a Marta disse-me, porque ela agora parece que se começa a aperceber que houve alguma coisa que fez bem e, isto parece ter subentendido quase uma forma de lhe comunicar que está magoada a espera que ela perceba, que mude, que faça alguma coisa? como*

se houvesse ainda alguma esperança que ela ainda faça diferente, que ela perceba a minha mensagem, sem eu lhe dizer explicitamente? não é?  
**(CPIRS 63 – Padrões nos relacionamentos - Psicodinâmica)**

**C2:** *fico na esperança que um dia ela mude, não sei se ela vai mudar no sentido que espero (...) é demasiado difícil dizer (...) ela não desiste eu também não desisto, não é? (...) estamos as duas a alimentar o mesmo problema (...) não sei, mas de qualquer das formas é a forma que eu consigo, que eu tenho para lidar com isto (APES 4 – Compreensão/insight)”*.

Como demonstra o excerto, a cliente expõe o seu desagrado com o comportamento da mãe, onde emergem as vozes de rejeição. Com recurso à utilização da intervenção **Padrões nos relacionamentos** (CPIRS 63), a terapeuta aborda os comportamentos habituais no relacionamento entre mãe e filha, proporcionando a reflexão na cliente. Com isto, permitiu o *insight* da experiência, face à forma de estar após um conflito com a mãe, quando refere não desistir e que ambas alimentam o problema. Surgem as vozes internas da cliente de experiências problemáticas prévias. *Marta* reconhece a ausência de assertividade nas relações interpessoais. O receio de se exprimir relativamente ao que sente e pensa torna-se evidente. A voz problemática forma um conflito interno, que posteriormente se apresenta desassociada na sua comunidade de vozes.

#### **3.3.1.4 Nível 4 da APES**

No nível 4 de assimilação (compreensão/*insight* da experiência), a terapeuta utilizou as várias intervenções, todas com fa=1, que foram seguidas por um aumento do nível de assimilação, através da: **Desresponsabilização do paciente** (CPIRS 8), **Orientação explícita** (CPIRS 13), **Reflexão de sentimentos** (CPIRS 44), **Focalização na experiência presente** (CPIRS 47), **Vincular o presente ao passado** (CPIRS 57), **Ligações entre hipóteses** (CPIRS 64) e **Perguntar informação ou elaboração** (CPIRS 78).

O seguinte excerto, pretendeu descrever a evolução a partir do nível 4 (compreensão/*insight*) para o nível 5 (aplicação/elaboração) da APES, com a utilização da intervenção terapêutica, **Perguntar informação ou elaboração** (CPIRS 78), atendendo à necessidade da cliente adquirir *insight* da experiência.

**“C1:** *é bom sinal então deixar-me a pensar! (...) fiquei a pensar no facto de eu, se calhar estar a espera sempre de reações negativas das pessoas e*

*tentar ver aspetos positivos ou reações positivas (...) pelo menos eu, eu tentar encontrar aspetos positivos (...) tenho tendência a ver coisas negativas (APES 4 – Compreensão/insight)*

**T:** Marta gostava de saber como é que saiu daqui a semana passada? se houve alguma coisa na qual tenha ficado a pensar? um bocadinho para avaliarmos. (...) ok. quase como se houvesse um enviesamento daquilo que estamos a espera e de alguma forma não se poder encontrar isso, é isso? uma (incompreensível) (...) e a Marta o que é que andou a procura então, nesta semana? (...) com quem a Marta esteve esta semana? (CPIRS 78 – Perguntar informação ou elaboração – Outras Intervenções)

**C2:** *sim, andei, com as pessoas, com quem estive. tentei aspetos positivos, mas nem sempre consigo (...) com a família não estive (...) mas estive com pessoas que não conheço e fui por exemplo entregar uns currículos (...) eh fui aqueles três colégios e ainda vou ver se vou a mais três, este mês. não sei, lidei assim com pessoas desconhecidas (APES 5 – Aplicação/elaboração)”*

Nesta fase da terapia, a voz problemática de *Marta* face ao medo da rejeição é colocada em questão. Parece ocorrer um reconhecimento das reações negativas que tem das pessoas e por outro lado, afirma sair da sua zona de conforto e interagir com pessoas desconhecidas. A intervenção **Perguntar informação ou elaboração** (CPIRS 78), traduziu-se em associações favoráveis com níveis superiores de assimilação. A terapeuta explorou as informações e descrições mais detalhadas da voz problemática. Com isto, possibilitou a leitura mais ajustada face a uma voz problemática.

### 3.3.1.5 Nível 5 da APES

Em referência ao nível 5 da APES (aplicação/elaboração do problema), no presente caso foram utilizadas 5 intervenções terapêuticas que contribuíram para o aumento do nível de assimilação: **Relação** (CPIRS 5), **Orientação subtil** (CPIRS 45), **Ligações entre hipóteses** (CPIRS 64), **Clarificação, reformulação em palavras diferentes** (CPIRS 79). Verificaram-se duas intervenções, **Ligações entre hipóteses** (CPIRS 64) e **Perguntar informação ou elaboração** (CPIRS 78), que apoiaram o aumento da assimilação, ambas evidenciaram  $fa=2$ .

O presente excerto aborda a evolução do nível 5 da APES (aplicação/elaboração), para o APES 6 (Solução do problema) pela utilização da intervenção **Relação** (CPIRS 5).

**“C1:** *também anotei, tenho de ser assertiva (...) nem sempre vemos a melhor maneira de fazer ou falar e às vezes não nos apetece intervir (...)*

*eu tento ser assertiva, mas nem sempre consigo ser, as pessoas do outro lado podem-se sentir, ao serem assertivos e questionados, podem se sentir como eu me sentia, serem criticados (APES 5 – Aplicação/elaboração)*

T: mm-hm. até porque a nossa assertividade nem sempre é muito bem recebida pelas outras pessoas, porque tão habituados a que nós tenhamos uma postura mais passiva, em que façamos as coisas. nem sempre é bom para os outros, no sentido de eles gostarem. normalmente é para nós e depois ajuda a redefinir a relação com os outros (...) e é verdade. é uma coisa difícil de facto! (...) exato! ou mesmo, vamos imaginar uma situação tradicional, dum, dum marido que não ajuda em casa. imaginemos, que não ajuda, que não sei quê a determinado momento a esposa, que não era assertiva começa a ser mais assertiva e, diz não tu também agora tens que ajudar. aquela pessoa não vai gostar, não é? quer dizer, é como se tivesse direitos adquiridos que agora passam a ser questionados. estou a dar um exemplo muito do dia a dia, não é? que muitas vezes acontece e que a outra pessoa não vai gostar e isto é difícil para as pessoas aceitar (...) então eu sempre tive isso agora não tenho porquê? e isto nem sempre é fácil depois para as pessoas que tão a tentar ser assertivas, não é? a tentar defender-se, receber dos outros respostas menos positivas (CPIRS 5 – Relação - Facilitação)

*C2: ou surge aquele pensamento o que é que fez de mal (...) pois posso ser considerada chata (...) mas ponderando os dois lados, vale mais a pena haver essa tentativa (...) dificuldade no futuro. eu pus assim uma coisa muito ampla. não deixar que a situação profissional me impeça, me afete.(...) eu acho que já estava num processo muito negativo, uma experiência muito negativa e ah e isto foi uma coisa que, no lado profissional permitiu que eu tivesse tempo para me deixar levar (...) acho que até a nível de saúde, eu já estava no meu limite há muito tempo (...) eu andava ali a levar com tudo, eu tive que me sentir mesmo mal (...) foi mesmo isso. foi. é que foi mesmo isso e ah e acho que só aí é que recebi a resposta a muitos porquês que eu tinha na minha vida., porque que eu tive aquele ataque de ansiedade e lá está porque eu não tinha direitos (...) teve de ser o corpo a dar sinais para a Marta se permitir! (APES 6 – Solução do problema)”.*

No presente excerto é possível observar que a cliente expõe as tentativas de se tornar assertiva e a ocorrência de incompatibilidade em determinados momentos. Seguidamente, surge a intervenção **Relação** (CPIRS 5), que pretendeu facilitar o discurso de *Marta*, compreender o ponto de vista, reconhecer o esforço e proporcionar a cooperação na relação terapêutica. A cliente assimilou a voz dominante “Eu tenho que ser perfeita para ser aceite pelos outros” e integrou na sua comunidade de vozes. As experiências problemáticas foram integradas no *self* e o processo de assimilação apresentou níveis mais elevados.

## Capítulo 4 – Discussão

O presente estudo teve como objetivo explorar a relação entre a utilização de intervenções terapêuticas e o progresso na assimilação de experiências problemáticas num caso de sucesso em TCC.

O modelo de assimilação descreve a mudança ao longo da terapia através de um processo de assimilação de experiências problemáticas que parece ocorrer ao longo das sessões terapêuticas (Stiles, 2002; Stiles, 1999; Stiles, et al., 1990). Apesar de se perceber que níveis elevados de assimilação parecem estar ligados ao sucesso terapêutico, pouco se conhece sobre como as estratégias terapêuticas podem promover este processo ao longo das sessões de terapia. As intervenções terapêuticas devidamente ajustadas ao cliente, parecem favorecer os resultados em terapia Honos-Webb & Stiles (2002). De modo, a coincidir com o objetivo principal do estudo, foram identificadas nas 5 sessões terapêuticas os excertos das tríades das falas de Cliente – Terapeuta – Cliente (C1-T-C2), em função da progressão dos níveis inferiores para superiores da cliente e da intervenção utilizada pela terapeuta.

Numa primeira fase, foi analisado a evolução de assimilação ao longo da terapia, sendo calculada o nível médio de assimilação para cada uma das 5 sessões exploradas. O processo terapêutico de *Marta* parece ter demonstrado resultados positivos quanto ao seu progresso na assimilação das experiências problemáticas, visto que a cliente iniciou a psicoterapia com APES 1 e o termo com APES 6, tendo a mesma contribuído para o sucesso terapêutico (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, et al., 1990).

Com recurso à APES, foram exploradas as experiências problemáticas, onde se verificou a voz problemática de rejeição, não integrada na comunidade de vozes, dominada por vozes perfeccionistas e exigentes (Stiles, 2002). O processo de mudança terapêutica ocorreu de forma gradual e progressiva. Neste sentido, foram observadas nas primeiras sessões (1, 4 e 8) um afastamento de *Marta* na exploração de determinados temas. Este aspeto parece estar associado a uma dor psicológica no self, que aumenta quando ocorre a exploração das experiências problemáticas e as mesmas são evitadas e negadas, em contrapartida apresenta uma forte ligação a níveis baixos de assimilação (Gendlin, 1978; Stiles et al., 1990).

Apesar de ocorrerem avanços no processo terapêutico, a sua evolução não se manifestou linear (Caro Gabalda & Stiles, 2009). Com isto, foi verificado um retrocesso na sessão 4, do qual apresentou o nível médio da APES 2,36. Contudo, os retrocessos não influenciaram negativamente o processo. Por vezes, é necessário permanecer num nível inferior e de seguida explorar a experiência para ser corretamente assimilada e avançar para um nível superior da APES (Caro Gabalda & Stiles, 2009).

Posteriormente, nas últimas sessões terapêuticas, nomeadamente a sessão 12 e 16, verificou-se um maior envolvimento de *Marta*. Estas mudanças quanto ao seu desempenho em terapia e fora da terapia, auxiliou para um aumento do seu reconhecimento, reformulação, compreensão e obtenção da capacidade de resolver a experiência problemática (Stiles, 2001; Stiles et al., 1990). Conforme a análise do estudo parece existir resultados benéficos na assimilação de experiências problemáticas da cliente, que facilitam o sucesso terapêutico, o que parece ser congruente com estudos anteriores no âmbito da assimilação (Basto et al., 2017; Basto et al., 2018; Caro Gabalda, 2005a; Caro Gabalda, 2005b; Caro Gabalda & Stiles, 2013; Caro Gabalda et al., 2016; Henry, Stiles, & Biran, 2005; Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999; Humphreys et al., 2005; Meystre et al., 2014; Osatuke et al., 2005).

Numa segunda fase, pretendeu-se responder a um dos objetivos específicos: descrever as intervenções (com  $fa > 5$ ) utilizadas ao longo do caso. Deste modo, ocorreu a possibilidade de tornar as intervenções em terapia mais amplas e detalhadas, o que pode promover uma melhor identificação e utilização da intervenção terapêutica pelo parte do terapeuta (Meystre et al., 2015).

Adicionalmente, esteve presente o objetivo específico, explorar que intervenções se adequem a diferentes níveis de assimilação. Com isto, parece existir uma escassez de estudos prévios (Meystre et al., 2014; Meystre et al., 2015) direcionados à utilização de diferentes intervenções em contexto terapêutico. A tríade C1-T-C2 foi utilizada de forma a verificar a associação entre o modelo de assimilação e as intervenções terapêuticas no processo de terapia. Cada nível de assimilação parece indicar uma determinada necessidade por parte do cliente (Honos-Webb & Stiles, 2002). Nesse sentido, a intervenção do terapeuta deve conseguir ser responsiva a essa necessidade, de forma a que o cliente consiga progressivamente assimilar a experiência problemática (Honos-Webb & Stiles, 2002; Meystre et al., 2015).

Durante o processo terapêutico, foram utilizadas várias intervenções que auxiliaram no sucesso em terapia. No entanto, pareceram existir intervenções mais pertinentes que outras neste caso de TCC, no que concerne à evolução da assimilação de experiências problemáticas. Relativamente ao APES 1, a intervenção Perguntar informação ou elaboração (CPIRS-78) foi a mais utilizada. A intervenção terapêutica possibilitou fornecer resposta às necessidades da cliente, que permitiu acrescer a consciência da experiência problemática.

A diversidade de intervenções terapêuticas decorreram maioritariamente no nível 2 de assimilação, devido à dificuldade acrescida em intensificar e possuir um maior controlo da experiência e a ocorrência consecutiva de avanços seguidos de retrocessos. Inicialmente no processo terapêutico, em determinados temas abordados, a cliente sentia maior perplexidade quanto à postura a ter face ao problema. As intervenções do grupo terapêutico cognitivo, apoio autorizado e outras intervenções, permitiram que *Marta* obtivesse acesso à necessidade e adquirir maior controlo da experiência.

A intervenção Reflexão de sentimentos (CPIRS 44) inserida na intervenção Experiencial foi a mais utilizada na APES 3, que atendeu à necessidade da cliente aprofundar, compreender ou obter *insight* da experiência. *Marta* assumia uma postura extremamente rígida sobre si, os outros e o mundo, mencionava que não era merecedora de atenção, a voz problemática de rejeição sustentava constantemente a voz dominante “Eu tenho que ser perfeita, para que os outros gostem de mim”. A intervenção anterior permitiu a *Marta* explorar e dar voz à experiência problemática acerca da rejeição. A terapeuta reconheceu a necessidade implícita da cliente, tornando-se assim, capaz de fornecer resposta adequada através da implementação mais necessária ao nível de assimilação experienciado (Stiles, 2006).

A Orientação explícita (CPIRS 13) e Vincular o presente ao passado (CPIRS 57) predominaram na APES 4 quando a cliente procurava adquirir *insight* da experiência. As mesmas permitiram a cliente a exprimir-se acerca de situações de familiares decorridas na sua infância. Estas experiências permaneciam reprimidas e geravam algum sofrimento. Tal como verificado em estudos prévios (Meystre et al., 2014), a intervenção Orientação explícita foi utilizada em terapia e também contribuiu para o progresso terapêutico do caso de *Marta*.

Por fim, na APES 5 aplicação/elaboração, pretendeu atender à necessidade da cliente aplicar *insight* da experiência e favorecer a prática comportamental, através das intervenções Perguntar informação ou elaboração (CPIRS 78) e Ligações entre hipóteses (CPIRS 64). As intervenções conseguiram com que a cliente se tornasse mais capaz de verbalizar perspectivas distintas face ao tema abordado em terapia. Estudos prévios (Meystre et al., 2015) também verificaram que estas intervenções parecem ser utilizadas em psicoterapia. Nesta fase do processo terapêutico *Marta* apresentava comprometimento e proatividade no desempenho de tarefas do dia a dia. De acordo com Honos Webb & Stiles (2002), a terapeuta demonstrou responsividade terapêutica ao atender às necessidades da cliente.

De uma forma geral, parecem existir intervenções mais eficazes em níveis baixos da APES (0, 1 e 2), particularmente a intervenção Perguntar informação ou elaboração (CPIRS 78). A utilização mais frequente desta intervenção pode estar associada a uma postura mais retraída e as necessidades da cliente que precisaram de ser atendidas, nomeadamente: acrescer a consciência da experiência e intensificar e possuir um maior controlo da experiência. *Marta* apresentou necessidades particulares no processo inicial da terapia (onde ocorreram os níveis baixos da APES), foi imprescindível explorar assuntos que eram problemáticos para a cliente para mais tarde ficarem consolidados. No caso de *Marta*, o recurso à intervenção terapêutica Perguntar informação ou elaboração (CPIRS-78), tem indicado uma ampla eficácia em vários níveis da APES, em congruência com estudos prévios (Meystre et al., 2015).

Complementarmente, foi observada a implementação da intervenção Reflexão de sentimentos (CPIRS 44), que parece ser benéfica em níveis médios (3 e 4) da assimilação. A cliente ao longo da sua vida reprimia a expressão dos sentimentos, não os considerando válidos, posto isto, foi fundamental trabalhar este aspeto em terapia. A intervenção demonstrou importância para o progresso da cliente na assimilação de experiências problemáticas, sendo que primeiramente foi necessário experienciar os sentimentos anteriormente suprimidos para ganhar consciência da experiência com mais clareza e possibilitar a assimilação do problema. Como verificado em estudos prévios de Meystre e colaboradores (2015), a utilização da intervenção anterior parece estar associada ao progresso significativo da terapia.

A terapeuta parece ter demonstrado uma intervenção responsiva e ativa, ao adequar a intervenção à cliente (Honos Webb & Stiles, 2002; Stiles et al., 1995). As intervenções terapêuticas Ligações entre hipóteses (CPIRS 64) e Perguntar informação ou elaboração (CPIRS 78) parecem ser importantes em níveis elevados de assimilação (APES 5 ou superior). Tal como em estudos prévios (Meystre et al., 2015), as intervenções mencionadas parecem fornecer uma maior exploração de informação da experiência problemática e um posicionamento e perspetiva distinta do cliente face ao problema. Como mencionado anteriormente, estudos prévios de Meystre e colaboradores (2015), sugere que a intervenção Perguntar informação ou elaboração (CPIRS 78) é amplamente eficaz no processo terapêutico em vários níveis de assimilação, visto que se adequa às várias necessidades do cliente.

A quantidade de intervenções variou ao longo do processo terapêutico. Com vista, aos resultados analisados, o nível 1 contou com 5 intervenções, no nível 2 com 23, nível 3 com 7, nível 4 com 7 e nível 5 com 7 intervenções terapêuticas. Em concordância com Meystre e colaboradores (2014; 2015), defendem quanto mais elevado o nível da APES, mais reduzido se torna o número de intervenções terapêuticas. Tal associação poderá estar relacionada com o facto de o problema estar mais perto de ser assimilado e consolidado. Com isto, não parece ser necessária a implementação de uma tão grande diversidade de intervenções em níveis superiores, em comparação com os níveis mais baixos de assimilação, que requerem uma maior exploração do problema.

Adicionalmente, acredita-se que níveis 2 da APES, demonstram dificuldade acrescida em obter controlo da experiência, devido aos avanços e retrocessos consecutivos na terapia (constantes passagens de APES 2 – 3 – 2 – 3). Tal situação parece estar relacionada com experiências problemáticas mais sensíveis para *Marta*, existir maior necessidade de intervenção em temas particulares que causam contratemplos (Stiles, 2005). Estes retrocessos em terapia, parecem causar mudanças repentinas nos níveis da APES quando surge o nível inferior para superior e de imediato, de um nível superior para inferior da APES (Caro Gabalda et al. 2016). O facto de acontecerem retrocessos não se traduz num aspeto negativo no processo terapêutico, pelo contrário podem ser benéficos para a cliente (Caro Gabalda & Stiles, 2013; Caro Gabalda et al. 2016). Os contratemplos parecem permanecer maioritariamente nas sessões terapêuticas iniciais e no caso de *Marta* ser motivo de uma experiência problemática menos consolidada (Caro Gabalda et al. 2016).

Os resultados permitiram verificar que algumas intervenções surgem em diferentes níveis de assimilação. Uma das intervenções identificadas foi a Reflexão de sentimentos (CPIRS 44). Na vida de *Marta*, sentia-se obrigada a suprimir as suas emoções na tentativa de ser aceite e atingir a perfeição. Foi utilizada a reflexão de sentimentos na tentativa de minimizar a dor que sustenta o mal-estar da cliente. Deste modo, permitiu que a cliente fosse capaz de se expressar para a família e aos outros o seu cansaço e tornar-se capaz de focar-se mais em si.

A intervenção Perguntar informação ou elaboração (CPIRS 78), foi implementada ao longo dos níveis 1, 2, 3, 4 e 5 da APES, com elevada fa (fa=208 utilizadas ao longo da terapia e fa=10 no aumento da APES). Em congruência com estudos anteriores de Meystre e colaboradores (2015), esta intervenção não só permitiu a passagem para níveis elevados em vários níveis da APES, como também a intervenção com >fa. Isto sugere que esta intervenção parece adequar-se facilmente a diferentes necessidades dos clientes e complementarmente, aos objetivos estipulados pela terapeuta de forma a alcançar o sucesso terapêutico.

As investigações desenvolvidas (Meystre et al., 2014; Meystre et al., 2015) confirmam as intervenções terapêuticas facilitadoras para o processo terapêutico e resultante de prognóstico clínico positivo. Contudo, dentro do que é o nosso conhecimento, não existem estudos prévios referentes a outras abordagens terapêuticas. Nos últimos anos foram desenvolvidos estudos (Brenninkmeijer, 2019; David et al., 2018; Hofmann et al., 2012; Johnsen & Friberg, 2015; Kodal et al., 2018; Osatuke et al., 2005; Reyes & Fermann, 2017; Stewart & Chambless, 2009) que demonstraram a TCC como sendo amplamente eficaz. Em conformidade, no presente estudo, foram verificadas intervenções terapêuticas (e.g. Temas cognitivos; Relação entre pensamentos e sentimentos; Exploração dos significados pessoais dos pensamentos; Distanciamento de crenças; Teste prospetivo de crenças; Consequências realistas) que permanecem atualmente nos pressupostos teóricos de TCC e mantém a sua relevância empírica uma vez que promoveram o aumento dos níveis 1, 2 e 3 de assimilação no caso de *Marta*. Como observado anteriormente, intervenções cognitivas parecem apoiar o processo de assimilação de experiências problemáticas. Foram utilizadas as intervenções cognitivas que permitiram aprofundar a relação dos pensamentos, sentimentos e comportamentos da cliente (Beck, 2011). O comportamento da cliente decorria em conformidade com o que pensava e sentia face à sua experiência problemática. Com isto, a utilização de

intervenções cognitivas facilitaram na alteração de pensamentos desajustados. Complementarmente, as experiências problemáticas tornaram-se cada vez mais perto de serem consolidadas e assimiladas, que contribuiu para o sucesso terapêutico (Stiles et al., 2004).

O terapeuta representa uma figura de grande responsabilidade no desempenho da sua função em terapia. A utilização de uma determinada intervenção terapêutica poderá ter no cliente um grande impacto emocional (Caro Gabalda, 2005a). Contudo, a presença do terapeuta ao longo do processo, a diversidade de intervenções, a adequação de intervenção com atenção à idiosincrasia do cliente, a importância de sessão para sessão conhecer o cliente nas suas particularidades, tornam o terapeuta responsável pelo progresso do cliente (Caro Gabalda, et al., 2014).

Importa salientar com base neste estudo em TCC que: 1) enfatizar emoções e sentimentos, proporciona maior facilidade em verificar se os pensamentos automáticos são congruentes com conteúdo emocional. Nem todos os clientes tem facilidade em descrever e nomear as próprias emoções (Beck, 1997); 2) adequar a estratégia ao cliente possibilita atingir metas estipuladas em terapia e aumentar a motivação no processo de mudança terapêutica (Beck, 2007).

## Capítulo 5 – Conclusão

Os principais resultados do presente estudo parecem indicar que: 1) Que a evolução do processo de assimilação parece estar ligada ao sucesso em terapia; 2) Algumas estratégias terapêuticas da TCC parecem se adequar a diferentes níveis de assimilação e assim, responder a necessidades específicas do cliente; 3) A responsividade do terapeuta é adequada quando tem em consideração a idiosincrasia humana; 4) Todas as intervenções podem ser válidas no processo terapêutico, tendo em consideração as necessidades de cada cliente quando procuram apoio psicológico.

As principais conclusões do presente estudo são elaboradas a partir de um estudo de caso, no entanto, podem sugerir a utilização no futuro de intervenções terapêuticas em casos semelhantes ao de *Marta*. Através da análise, foi possível concluir que intervenções que se adequam a níveis mais baixos (0, 1 e 2) da APES são Perguntar informação ou elaboração; a níveis médios (3 e 4), a Reflexão de sentimentos; e a níveis elevados (5, 6 e 7), a Ligações entre hipóteses e Perguntar informação ou elaboração.

Com vista na escassez de investigações nas áreas abordadas, o presente estudo parece proporcionar o aumento de investigações em psicoterapia. Como descrito previamente, o estudo abordou a importância da utilização das intervenções terapêuticas juntamente com o modelo de assimilação, tendo o mesmo sugerido o sucesso terapêutico. Complementarmente, foi também verificado o papel do terapeuta como facilitador no processo terapêutico e a responsividade em terapia ao adequar as intervenções terapêuticas ajustadas ao cliente.

Complementarmente, o presente estudo poderá contribuir para a prática clínica, visto que parece sugerir que se o terapeuta for capaz de realizar uma identificação prévia das necessidades do cliente, mediante o nível de assimilação em que o cliente se encontre, terá maior facilidade em utilizar a intervenção terapêutica e regular o tratamento em função das particularidades do mesmo. Esta adequação em terapia poderá promover a obtenção de níveis superiores da assimilação de experiências problemáticas, o que facilitará a diminuição da sintomatologia e retorno ao bem-estar.

Apesar de existirem estudos prévios relacionados dentro desta área de investigação, seria fundamental expandir o número de estudos que relacionem a utilização de estratégias terapêuticas específicas e o progresso na assimilação de experiências

problemáticas. Maior evidência empírica permitiria perceber quais as intervenções mais adequadas aos diferentes níveis de assimilação, em diferentes modelos psicoterapêuticos, tornando o terapeuta mais responsivo, eficaz e por consequência, mais rápido o processo de mudança terapêutica do cliente.

O facto de ser um caso de TCC torna a eficácia do estudo mais redutível tendo em consideração uma única abordagem. Apesar de existirem estudos prévios em terapia psicodinâmica (Meystre et al., 2014; 2015), parece existir a necessidade de mais contribuições no âmbito do processo de assimilação e as intervenções terapêuticas, em várias abordagens terapêuticas (e.g. humanista, fenomenológica, psicanalítica, sistémica, entre outras).

Ao longo deste estudo foram analisadas 5 sessões terapêuticas (sessão 1, 4, 8, 12 e 16), o que limita as conclusões do presente estudo. Posto isto, uma análise mais ampla das 16 sessões resultava no acesso a dados mais pormenorizados do acompanhamento terapêutico, nomeadamente, a identificação de outras intervenções terapêuticas.

## Referências

- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Basco, M., & Rush, A. (2007). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. 2nd ed, The Guilford Press.
- Barlow, D. (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. 5th ed, The Guilford Press.
- Basto I. M., 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 of cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 27(4), 437-449. doi:10.1080/10503307.2015.1119325.
- Basto, I. M., Stiles, W. B., Rijo, D., & Salgado, J. (2018). Does assimilation of problematic experiences predict a decrease in symptom intensity?. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(1), 76-84. doi:10.1002/cpp.2130.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*. 10(6), 561–571. doi:10.1001/archpsyc.1964.01720240015003.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Boston: International University Press.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry*. 62(9), 953-9. doi:10.1001/archpsyc.62.9.953.
- Beck, A. T. (2008). The Evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am J Psychiatry*, 165(8), 969-77. doi:10.1176/appi.ajp.2008.08050721.
- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2015). *Cognitive therapy of personality disorders*. 3rd ed. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck depression inventory: Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (1997). *Cognitive Therapy: theory and practice*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2007). *Cognitive therapy for challenging problems. What to do when the basics don't work*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. 2nd ed, New York: Guilford Press.
- Bond, F., & Dryden, W. (2004). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*. New York: John Wiley & Sons.
- Brenninkmeijer, V., Lagerveld, S. E., Blonk, R. W., Schaufeli, W. B., & Wijngaards-de Meij, L. D. (2019). Predicting the effectiveness of work-focused CBT for common mental disorders: The influence of baseline self-efficacy, depression and anxiety. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 29, 31-41. doi:10.1007/s10926-018-9760-3.
- Caro Gabalda, I. (2005a). A micro-analysis of the assimilation process in the linguistic therapy of evaluation. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 133-148. doi:10.1080/09515070500136744.
- Caro Gabalda, I. (2005b). Introduction to the special symposium issue on the assimilation of problematic experiences scale: Expanding possibilities. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 79–84. doi:10.1080/09515070500136710.
- 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. (2007). The assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: How did Maria assimilate the experience of dizziness?. *Psychotherapy Research*, 422-435. doi:10.1080/10503300600756436.
- Caro Gabalda, I., & Stiles, W. B. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, 27(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, 35-53. doi:10.1080/10503307.2012.721938.
- Caro Gabalda, I., Ruiz S. R., & Aguilar S. L. (2014). Therapeutic activities and the assimilation model: A preliminary exploratory study on the Insight stage. *Counselling Psychology Quarterly*, 27(3), 217-240. doi:10.1080/09515070.2013.877419.
- Caro Gabalda, I., Stiles, W. B., & Ruiz, S. R. (2016). Therapist activities preceding setbacks in the assimilation process. *Psychotherapy Research*, 26(6), 653-664. doi:10.1080/10503307.2015.1104422.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. doi:10.1037/1040-3590.6.4.284.
- 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: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 17(4), 222-226.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and psychological measurement*, 20(1), 37-46. doi:10.1177/001316446002000104.
- Cordioli, A. (2014). *TOC: manual de terapia cognitivo-comportamental para o Transtorno Obsessivo-compulsivo*. 2nd ed., Porto Alegre: Artmed.
- CPIRS. (2005). *Comprehensive psychotherapeutic interventions ratings scale*. Leudsen, Netherlands: Trijsburg, R. W. doi:10.1093/ptr/12.3.287.
- David, D., Cristea, J., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry*, 9(4). doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00004.
- Dobson, K. (2010). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 3rd ed., New York: Guilford Press.
- 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.

- 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, NY: Biometrics Research.
- Gendlin, E. T. (1978). *Focusing*. New York: Bantam.
- Gonçalves, M., Caro Gabalda, I., Ribeiro, A., Pinheiro, P., Borges, R., Sousa, I., & Stiles, W. (2014). 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), 442-55. doi:10.1080/10503307.2013.835080.
- Henry, H., Stiles, W., & Biran, M. (2005). Loss and mourning in immigration: Using the assimilation model to assess continuing bonds with native culture. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 109-119. doi:10.1080/09515070500136819.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive therapy and research*, 36(5), 427-440. doi:10.1007/s10608-012-9476-1.
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35(1), 23-33. doi:10.1037/h0087682.
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (2002). Assimilative integration and responsive use of the assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(4), 406–420. doi:10.1037/1053-0479.12.4.406.
- 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(12), 1441–1452. doi:10.1002/(SICI)1097-4679(199912)55:12<1441::AID-JCLP3>3.0.CO;2-K.
- Honos-Webb, L., Stiles, W., & Greenberg, L. (2003). A method of rating assimilation in psychotherapy based on markers of change. *Journal of Counseling Psychology*. 50(2), 189-198. doi:10.1037/0022-0167.50.2.189.
- Honos-Webb, L., Surko, M., & Stiles, W. B. (1998). *Manual for rating assimilation in psychotherapy: February 1998 version*. Unpublished manuscript, Miami University, Oxford, Ohio.

- 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(4), 448–460. doi:10.1037/0022-0167.46.4.448.
- Humphreys, C., Rubin, J., Knudson, R., & Stiles, W. (2005). The assimilation of anger in a case of dissociative identity disorder. *Counseling Psychology Quarterly*, 18(2), 121-132. doi:10.1080/09515070500136488.
- Mergenthaler, E., & Stinson, C. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2(2), 125–142. doi:10.1080/10503309212331332904.
- 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(1), 29-41. doi:10.1080/14733145.2013.782056.
- Meystre, C., Pascual-Leone, A., Roten, Y., Despland, J., & 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. doi:10.1080/10503307.2014.921352.
- Murray, C. J., & Lopez, A. D. (1996). The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases. *Harvard School of Public Health*. Boston.
- Kodal, A., Fjermestad, K., Bjelland, I., Gjestad, R., Öst, L. G., Bjaastad, J. F., Haugland, B. S., Havik, O. E., Heiervang, E., & Wergeland, G. J. (2018). Long-term effectiveness of cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 58-67. doi:10.1016/j.janxdis.2017.11.003.
- Johnsen, T. J., & Friberg, O. (2015). The Effects of Cognitive Behavioral Therapy as an Anti-Depressive Treatment is Falling: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*. Advance online publication. doi:10.1037/bul0000015.
- 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.

- Leahy, R., Holland, S., & McGinn, L. (2012). *Treatment plans and interventions for evidence-based psychotherapy. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. 2nd ed., New York: Guilford Press.
- Leiman, M., & Stiles, W. B. (2010). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11(3), 311-330. doi:10.1080/713663986.
- Leiper, R., & Kent, R. (2001). *Working through setbacks in psychotherapy*. London: Sage. doi:10.1017/S1352465806253098.
- O'Donohue, W., & Fisher, J. (2008). *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. 2nd ed., John Wiley & Sons, Inc..
- 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(2), 95-108. doi:10.1080/09515070500136900.
- Osatuke, K., Humphreys, C. L., Glick, M. J, Graff-Reed, R. L., Mack L. M., & Stiles, W. B. (2010). Vocal manifestations of internal multiplicity: Mary's voices. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78(1), 21-44. doi:10.1348/147608304X22364.
- Osatuke, K., & Stiles, W. B. (2006). Problematic internal voices in clients with borderline feature: An elaboration of the assimilation model. *Journal of Constructivist Psychology*, 19(4), 287-319. doi:10.1080/10720530600691699.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., & Sudak, D. (2008). Cognitive-behavioral therapy for depression. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30(2), 73-80. doi:doi.org/10.1590/S1516-44462008000600004.
- Reyes, A. N., & Fermann, I. L. (2017). Eficácia da terapia cognitivo-comportamental no transtorno de ansiedade generalizada. *Revista brasileira de terapias cognitivas*, 13(1), 49-54. doi:10.5935/1808-5687.20170008.
- 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.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (2008). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas [Mood disorders: Psychological theories]. In A. Belloch, B. Sandín and F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*, vol. 2. [*Psychopathology Manual*, vol. 2] Revised edition (pp. 271-298). Madrid: McGraw-Hill.
- 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.
- Stewart, R., & Chambless, D. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595-606. doi:10.1037/a0016032.
- Stiles, W. B. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9(1), 1-21. doi:10.1080/10503309912331332561.
- 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. (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, 85–94. doi: 10.1080/09515070500136868.
- Stiles, W. B. (2006). Assimilation and the process of outcome: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 16(4), 389–392. doi:10.1080/10503300600735497.

- Stiles, W. B. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research*, 21(4), 367–384. doi:10.1080/10503307.2011.582186.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Twigg, E., Mellor-Clark, J., & Cooper, M. (2006). Effectiveness of cognitive-behavioural, person-centred, and psychodynamic therapies as practiced in UK national health service settings. *Psychological Medicine*, 36(4), 555–566. doi:10.1017/S0033291706007136.
- 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(3), 411-420. doi:10.1037/0033-3204.27.3.411.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439–458. doi:10.1111/j.1468-2850.1998.tb00166.x.
- 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: Theory, Research, Practice, Training*, 28(2), 195–206. doi:10.1037/0033-3204.28.2.195.
- 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), 1-13. doi:10.1111/j.2044-8341.1995.tb01809.x.
- Trijsburg, R. W., Frederiks, G. C., Gorlee, M., Klouwer, E., den Hollander, A. M., & Duivenvoorden, H. J. (2002). Development of the comprehensive

psychotherapeutic interventions rating scale (CPIRS). *Psychotherapy Research*, 12(3), 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 of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale. *Psychotherapy Research*, 14(3), 346-366. doi:10.1093/ptr/kph029.

## Anexos

A seguinte escala Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS; Trijsburg et. al., 2004), foi traduzida para a língua portuguesa com recurso à última versão da CPIRS (2005).

**Anexo 1.** Tabela da Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS).

<i>Identificação da Intervenção Terepautca</i>	<i>Grupo da Intervenção</i>	<i>Descrição</i>
<i>Empatia (CPIRS 1)</i>	Facilitação	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”).
<i>Aceitação (CPIRS 2)</i>	Facilitação	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 perspectiva alternativa sem invalidar a perspectiva do cliente.
<i>Envolvimento (CPIRS 3)</i>	Facilitação	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).
<b>Proximidade</b> (CPIRS 4)	Facilitação	Esta intervenção não contempla inclinações positivas não-possessivas. Cuidado sincero e simpatia com o cliente. Relação de proximidade e preocupação genuína com o cliente.
<b>Relação</b> (CPIRS 5)	Facilitação	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.
<b>Colaboração</b> (CPIRS 6)	Apoio Autorizado	O terapeuta esforça-se para envolver o cliente no processo terapêutico. (E.g., Terapeuta: “Estamos a trabalhar bem”). A colaboração implica um processo mútuo e recíproco de exploração troca de informações ou resolução de problemas.
<b>Reafirmação Direta</b> (CPIRS 7)	Apoio Autorizado	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.
<b>Desresponsabilização do paciente</b> (CPIRS 8)	Apoio Autorizado	O terapeuta tenta apoiar o cliente explicando-lhe que as dificuldades experienciadas podem ser explicadas por fatores situacionais, interpessoais ou causas físicas.
<b>Reformulação do Problema</b> (CPIRS 9)	Apoio Autorizado	Reformular o que o cliente descreveu de uma forma que lhe permite encarar a situação numa perspetiva diferente

**Apoio,  
Encorajamento,  
Confirmação  
(CPIRS 10)**

*Coaching*

(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.

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;

O terapeuta reconhece a evolução do cliente.

Ou seja, codificar se o terapeuta identifica e realça mudanças positivas, objetivos alcançados.

**Terapeuta como  
especialista  
(CPIRS 11)**

*Coaching*

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

<p><b>Racional da Terapia</b> (CPIRS 12)</p>	<p><i>Coaching</i></p>	<p>os valorizar e possui experiência e conhecimentos suficientes para o ajudar.</p> <p>Explicar o método terapêutico e enfatizar a sua relação com a diminuição ou resolução dos problemas do cliente – Psicoeducação; 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.</p> <p>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>
<p><b>Orientação Explícita</b> (CPIRS 13)</p>	<p><i>Coaching</i></p>	<p>Orientar a conversa determinando explicitamente o conteúdo ou mudando o foco;</p> <p>OU</p> <p>Manter um certo conteúdo ou foco.</p>
<p><b>Controlo Ativo</b> (CPIRS 14)</p>	<p><i>Coaching</i></p>	<p>Interromper regularmente para fazer perguntas ou acrescentar algo à conversa, direcionando para um conteúdo importante dentro da sessão.</p> <p>O terapeuta estrutura a conversação e ou introduz novos assuntos repetidamente.</p>
<p><b>Aconselhamento e Orientação</b> (CPIRS 15)</p>	<p><i>Coaching</i></p>	<p>Dar conselhos ou sugestões, permitindo com que o cliente escolha segui-la ou ignorá-la;</p> <p>OU</p> <p>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>

<p><b><i>Abordagem didática</i></b> (CPIRS 16)</p>	<p>Coaching</p>	<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>
<p><b><i>Autorrevelação</i></b> (CPIRS 17)</p>	<p>Processo Diretivo</p>	<p>O terapeuta dá informação pessoal; OU Comunicação de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- significados e/ou valores relativamente a sentimentos, pensamentos e intenções relacionados com a terapia ou o processo terapêutico;</li> <li>- sentimentos pessoais em resposta ao cliente;</li> <li>- factos, experiências de vida pessoais;</li> <li>- atitudes e valores da vida pessoal.</li> </ul>
<p><b><i>Exploração de atividades, tarefas ou soluções para problemas que o cliente pode experimentar implementar por ele próprio</i></b> (CPIRS 18)</p>	<p>Processo Diretivo</p>	<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>
<p><b><i>Explicação da direção na sessão</i></b> (CPIRS 19)</p>	<p>Processo Diretivo</p>	<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>
<p><b><i>Sumarização</i></b> (CPIRS 20)</p>	<p>Processo Diretivo</p>	<p>O terapeuta resume os aspetos nucleares de uma consulta passada ou da atual abordando novamente os pontos que foram debatidos;</p>

<p><b><i>Desafio</i></b> <b><i>(CPIRS 21)</i></b></p>	<p>Processo Diretivo</p>	<p>OU Encorajar o cliente a fazer o supramencionado.</p> <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 perspectiva, e não validá-la.</p>
<p><b><i>Definição e seguimento de uma agenda</i></b> <b><i>(CPIRS 22)</i></b></p>	<p>Estruturação</p>	<p>Definir um conjunto de atividades para uma sessão em conjunto com o cliente; OU seguir essa agenda. 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>
<p><b><i>Atribuição de trabalho de casa</i></b> <b><i>(CPIRS 23)</i></b></p>	<p>Estruturação</p>	<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>
<p><b><i>Revisão do trabalho de casa</i></b></p>	<p>Estruturação</p>	<p>O terapeuta presta atenção explícita ao trabalho de casa que tinha sido atribuído</p>

<p>(CPIRS 24)</p>		<p>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. O trabalho de casa é debatido e elaborado durante a sessão. Incluir: Revisão da agenda do cliente.</p>
<p><b>Calendarização/ Estruturação de atividades</b> (CPIRS 25)</p>	<p>Estruturação</p>	<p>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>
<p><b>Automonitorização</b> (CPIRS 26)</p>	<p>Estruturação</p>	<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>
<p><b>Exploração de novas formas de se comportar com os outros</b> (CPIRS 27)</p>	<p>Comportamental</p>	<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; OU O terapeuta trabalha com o cliente em prol de um objetivo, Contudo, não estava planeado a priori.</p>
<p><b>Relação Terapêutica como modelo</b> (CPIRS 28)</p>	<p>Comportamental</p>	<p>O terapeuta utiliza o role-play para explicar ao cliente como aparenta ser ou se posiciona em relação aos outros. 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</p>

<p><b><i>Treino de competências</i></b> (CPIRS 29)</p>	<p>Comportamental</p>	<p>houvesse uma troca de papéis entre terapeuta e cliente e não com os outros.</p> <p>Tentar ensinar ao cliente competências que considera/ consideram importante desenvolver; OU sugerir diretamente como fazê-lo. Adicionalmente, a explicação da natureza e dos efeitos deste tipo de treino está englobada neste item. Existe um treino de uma competência específica ou situação específica. (E.g., treino de relaxamento, treino de assertividade).</p>
<p><b><i>Procedimento comportamental</i></b> (CPIRS 30)</p>	<p>Comportamental</p>	<p>Aplicação de um procedimento terapêutico comportamental conhecido que é baseado num paradigma teórico ou experimental-psicológico; OU Sugeri-lo seriamente e diretamente. Explicar a natureza e efeitos deste tipo de procedimento. (E.g., exposição, prevenção de resposta, dessensibilização sistemática).</p>
<p><b><i>Temas cognitivos</i></b> (CPIRS 31)</p>	<p>Cognitivo</p>	<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>
<p><b><i>Relação entre pensamentos e sentimentos</i></b> (CPIRS 32)</p>	<p>Cognitivo</p>	<p>Encorajar o cliente a relacionar sentimentos que experienciou (ou experienciará) e os pensamentos que os acompanham. O terapeuta tenta ajudar o cliente a perceber que existe uma relação entre pensamentos e sentimentos. As emoções são utilizadas como GPS para aceder às cognições do cliente. Quando o terapeuta for muito concreto a identificar os pensamentos e emoções face a uma situação;</p>

<p><b><i>Registo e relato de cognições</i></b> (CPIRS 33)</p>	<p>Cognitivo</p>	<p>Só codificar se associar a emoção face a um pensamento específico.</p> <p>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.</p> <p>O foco é no conteúdo específico do pensamento e não propriamente nas emoções, perspetivas ou ideias gerais sobre os pensamentos.</p> <p>Normalmente, associado quando o terapeuta pergunta “o que lhe vai na cabeça?”, ou seja, aceder diretamente ao pensamento.</p> <p>Quando o terapeuta perguntar um pensamento específico de uma situação específica do cliente (E.g., Terapeuta: “o que pensou quando sentiu essa tristeza?”).</p>
<p><b><i>Exploração dos significados pessoais dos pensamentos</i></b> (CPIRS 34)</p>	<p>Cognitivo</p>	<p>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.</p> <p>O que sustenta o pensamento, fazer um levantamento de evidências pela técnica da seta descendente.</p> <p>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).</p> <p>O terapeuta faz perguntas para aceder à perceção ou significados do cliente.</p>
<p><b><i>Reconhecimento de erros cognitivos</i></b> (CPIRS 35)</p>	<p>Cognitivo</p>	<p>Ajudar o cliente a identificar erros de raciocínio específicos (transformações cognitivas ou erros);</p>

<p><b><i>Identificação de convicções cognitivas (CPIRS 36)</i></b></p>	<p>Cognitivo</p>	<p>(E.g., pensamento tudo-ou-nada, sobregeneralização, pensamento mágico; dois pesos e duas medidas) Para codificar não é preciso identificar especificamente o erro.</p> <p>Exploração feita em conjunto com o cliente, de uma convicção geral que é a base de muitos pensamentos e convicções negativos.</p> <p>Foco nas convicções básicas e generalizadas que são a base dos pensamentos automáticos negativos (frequentes e inconscientes).</p> <p>Categorizar os pensamentos em categorias para chegar às crenças intermédias., ou seja, se o terapeuta identificar uma categoria de pensamentos ao cliente, no que eles são parecidos e têm em comum.</p> <p>Identificar de forma mais intencional as crenças intermédias, crenças condicionais e estratégias compensatórias.</p>
<p><b><i>Distanciamento de crenças (CPIRS 37)</i></b></p>	<p>Cognitivo</p>	<p>Início da análise de evidências.</p> <p>Encorajar o cliente a perspetivar os seus pensamentos como crenças passíveis de serem verdade ou não. Estas crenças não representam factos objetivos.</p> <p>Ajudar o cliente a perceber que os pensamentos podem não ser realidade.</p> <p>Normalmente é um passo preliminar, feito antes da análise de evidências.</p> <p>Codificar quando o terapeuta questionar o cliente se os seus pensamentos são realidade. Olhar para o pensamento como uma hipótese.</p>
<p><b><i>Análise das evidências disponíveis (CPIRS 38)</i></b></p>	<p>Cognitivo</p>	<p>Análise de evidências.</p> <p>Auxiliar o cliente a fazer uso das evidências/informações disponíveis (provenientes também de experiências passadas) para testar a validade das suas crenças.</p>

<p><b><i>Teste prospetivo de crenças</i></b> (CPIRS 39)</p>	<p>Cognitivo</p>	<p>Algo hipotético, identificar os prós e contras de um pensamento na sessão. (E.g., Custo vs. Benefício).</p> <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>
<p><b><i>Procura de explicações alternativas</i></b> (CPIRS 40)</p>	<p>Cognitivo</p>	<p>Auxiliar o cliente a conseguir ver explicações alternativas, em vez das explicações iniciais propostas pelo mesmo. Questionamento socrático - o terapeuta analisa a validade do pensamento, como é construído. O terapeuta é, metaforicamente, um advogado do diabo em relação ao pensamento do cliente.</p>
<p><b><i>Consequências Realistas</i></b> (CPIRS 41)</p>	<p>Cognitivo</p>	<p>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.</p>
<p><b><i>Valor adaptativo/</i></b></p>	<p>Cognitivo</p>	<p>Análise prós e contras de ter um pensamento.</p>

<p><b><i>funcional das crenças</i></b> (CPIRS 42)</p>		<p>Ajudar o cliente a examinar se ao manter uma crença específica este se mantém funcional.</p>
		<p>Analisar a funcionalidade do pensamento. É irrelevante se o pensamento é real ou não.</p>
<p><b><i>Prática de uma resposta racional</i></b> (CPIRS 43)</p>	<p>Cognitivo</p>	<p>Ajudar o cliente a praticar respostas racionais face a crenças negativas/ irracionais.</p>
		<p>Ensinar ao cliente diferentes formas de reagir face a pensamentos automáticos negativos.</p>
		<p>Cliente assume o papel contra o pensamento, ou seja, tem que refutar os seus pensamentos.</p>
		<p>O terapeuta pode utilizar o role play.</p>
<p><b><i>Reflexão de sentimentos</i></b> (CPIRS 44)</p>	<p>Experiencial</p>	<p>Reflexão de sentimentos.</p>
		<p>Enfatizar o conteúdo emocional sobre o que o cliente trouxe para a sessão de forma a encorajar a consciência emocional.</p>
		<p>(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...”).</p>
<p><b><i>Orientação subtil</i></b> (CPIRS 45)</p>	<p>Experiencial</p>	<p>Encorajar o cliente a elaborar algo que é implícito no presente para que o conteúdo ou foco da conversa possa variar.</p>
		<p>Ou seja, diz respeito a dicas que podem facilitar uma exploração de um determinado assunto.</p>
		<p>O terapeuta orienta de forma forma subtil a conversa</p>
		<p>(E.g., Terapeuta: Falou-me num arrastar de situações...”).</p>
<p><b><i>Ligação das intervenções a pistas não verbais</i></b> (CPIRS 46)</p>	<p>Experiencial</p>	<p>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).</p>
		<p>OU</p>

<p><b><i>Focalização na experiência presente</i></b> (CPIRS 47)</p>	<p>Experiencial</p>	<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. Pode dizer respeito a treinar o cliente a adquirir competências para se ir tornando atento às suas emoções (exercícios de focalização).</p> <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><b><i>Reconhecimento e consciencialização de sentimentos não expressos</i></b> (CPIRS 48)</p>	<p>Experiencial</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"> <li>- sugere directivamente que o cliente está a experienciar um determinado conteúdo emocional que ainda não expressou, ou seja, se a emoção estiver “camuflada”;</li> <li>- nomeia especificamente a emoção.</li> </ul> <p>(E.g., Terapeuta: Sente medo de...”).</p>

<p><b><i>Solicitação de feedback do paciente</i></b> (CPIRS 49)</p>	<p>Experiencial</p>	<p>Explorar emoções, pensamentos e fantasias do cliente em relação ao terapeuta. Esta intervenção foca-se em compreender a forma como o cliente se sente para com o terapeuta. Não codificar esta intervenção se acontecer algo na sessão ou na terapia em geral.</p>
<p><b><i>Re-experienciação evocativa de reações problemáticas</i></b> (CPIRS 50)</p>	<p>Experiencial</p>	<p>Ajudar o cliente a re-experienciar no momento presente da sessão uma situação específica em que o cliente teve uma reação problemática ou 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. O cliente poderá dizer que mostra surpresa ou incompreensão face à reação negativa que teve. Face ao marcador da reação problemática: o terapeuta descobre quais as reações problemáticas, foca numa situação específica, ajuda a construir uma situação; leva ao cliente a reexperienciar).</p>
<p><b><i>Uso da relação terapêutica para explicar as reações dirigidas a outros</i></b> (CPIRS 51)</p>	<p>Experiencial</p>	<p>O terapeuta mostra ao cliente quais as suas posições face a outras pessoas, usando a relação terapêutica (não significa moldagem de comportamento). 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. E.g., Terapeuta: “Reage com os outros como reage comigo?”.</p>

<p><b><i>Diálogo de duas cadeiras/conflitos internos</i></b> (CPIRS 52)</p>	<p>Procedimentos Experimentais</p>	<p>Tarefa de duas cadeiras. Ajudar o cliente a identificar dois lados opostos de si e colocá-los em diálogo. Há um conflito entre dois lados do self (duas posições do “eu”) que originam, por sua vez, conflitos a nível emocional. 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><b><i>Diálogo da cadeira vazia/assuntos inacabados</i></b> (CPIRS 53)</p>	<p>Procedimentos Experimentais</p>	<p>Tarefa da cadeira vazia. 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. 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>
<p><b><i>Silêncio</i></b> (CPIRS 54)</p>	<p>Psicanalítica</p>	<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”). Esta intervenção só é codificada se o silêncio estiver presente durante um período de tempo significativo, uma longa pausa (mínimo 10 segundos). Se o terapeuta estiver em silêncio porque o cliente está a falar, não se codifica esta intervenção.</p>
<p><b><i>Sinalização de atenção para sentimentos inaceitáveis</i></b> (CPIRS 55)</p>	<p>Psicanalítica</p>	<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><b><i>Exploração de experiências passadas</i></b> (CPIRS 56)</p>	<p>Psicanalítica</p>	<p>Estas emoções são: dirigidas a outra pessoa e consideradas impróprias (e.g., inveja, vergonha, ódio, culpa, excitação sexual...).</p> <p>O terapeuta explora ou discute as memórias de infância do cliente.</p>
<p><b><i>Ligação entre o presente e o passado/descritiva</i></b> (CPIRS 57)</p>	<p>Psicanalítica</p>	<p>O terapeuta mostra uma ligação ou sinaliza que existe uma relação entre a experiência emocional ou percepção atual com alguma situação ou aspecto passado.</p> <p>Esta intervenção tem um caráter mais descritivo e não interpretativo, pois ajuda a compreender como as experiências da infância influenciam a vida atual do cliente.</p>
<p><b><i>Interpretação da defesa</i></b> (CPIRS 58)</p>	<p>Psicanalítica</p>	<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>
<p><b><i>Sinalização de desejos, sentimentos ou ideias inconscientes/ interpretação</i></b> (CPIRS 59)</p>	<p>Psicanalítica</p>	<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>
<p><b><i>Ligações a outras relações, interpretação da transferência</i></b> (CPIRS 60)</p>	<p>Psicanalítica</p>	<p>Processos de Transferência.</p> <p>Fazer ligações entre respostas emocionais do cliente face ao terapeuta e as respostas emocionais que o cliente face a outras pessoas importantes da sua vida.</p> <p>Poderão ser relações atuais ou passadas.</p> <p>Interpretação entre outro, transferência, passado/presente.</p>

<p><b>Confrontação</b> (CPIRS 61)</p>	<p>Psicodinâmica</p>	<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>
<p><b>Padrões no comportamento ou experiência</b> (CPIRS 62)</p>	<p>Psicodinâmica</p>	<p>Focar no padrão habitual/ comportamento/ temas frequentes do comportamento do cliente (E.g., beber sempre que corre algo mal).</p>
<p><b>Padrões nas relações</b> (CPIRS 63)</p>	<p>Psicodinâmica</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 presents.</p>
<p><b>Ligações entre hipóteses</b> (CPIRS-64)</p>	<p>Psicodinâmica</p>	<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>
<p><b>Intervenções paradoxais</b> (CPIRS 65)</p>	<p>Estratégica</p>	<p>O terapeuta “prescreve”:          - comportamento sintomático (E.g., Terapeuta: Vai-se sentir triste durante x tempo)          OU</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- cognições (E.g., Terapeuta: Vai ter pensamentos obsessivos durante x tempo)</li> <li>OU</li> <li>- comportamentos relacionais (E.g., Terapeuta: Vai discutir em horas fixas com o seu namorado).</li> </ul>
<b><i>Aplicação de um ritual</i></b> (CPIRS 66)	Estratégica	Encorajar o cliente a realizar um ritual de passagem de uma situação para outra (E.g., escrever carta de despedida e queimar).
<b><i>Tarefa ambígua</i></b> (CPIRS 67)	Estratégica	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”).
<b><i>Aprofundamento da experiência individual em relação com o grupo</i></b> (CPIRS 68)	Dinâmicas de 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.
<b><i>Estimulação da comunicação interpessoal no grupo</i></b> (CPIRS 69)	Dinâmicas de Grupo	Convidar um membro do grupo a reagir (dar feedback) 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.

<p><b><i>Feedback pessoal no momento presente da terapia (CPIRS 70)</i></b></p>	<p>Dinâmicas de Grupo</p>	<p>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.</p>
<p><b><i>Clarificação das interações e dos processos do grupo (CPIRS 71)</i></b></p>	<p>Dinâmicas de Grupo</p>	<p>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 isso, não se refere a aspetos passados ou exteriores à terapia.</p>
<p><b><i>Criação de espaço (CPIRS 72)</i></b></p>	<p>Dinâmicas de Grupo</p>	<p>Criar espaço para interação e comunicação entre os membros do grupo, não interrompendo.</p>
<p><b><i>Intervenção focada em todos os participantes do grupo (CPIRS-73)</i></b></p>	<p>Sistémicas</p>	<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>
<p><b><i>Clarificação e delineamento de um estilo de educação (CPIRS 74)</i></b></p>	<p>Sistémicas</p>	<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>

<p><b><i>Convocação, orientação e revisão da participação de todos os participantes</i></b> (CPIRS 75)</p>	<p>Sistémicas</p>	<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>
<p><b><i>Preparação individual dos participantes para uma interação sistémica</i></b> (CPIRS 76)</p>	<p>Sistémicas</p>	<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>
<p><b><i>Independência</i></b> (CPIRS 77)</p>	<p>Outras Intervenções</p>	<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. O encorajamento não é cotado se for dado num tom negativo (E.g., rejeição).</p>
<p><b><i>Perguntar informação ou elaboração</i></b> (CPIRS 78)</p>	<p>Outras Intervenções</p>	<p>Perguntas simples. Fazer mais perguntas de caráter 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>

<p><b><i>Clarificação, reformulação em palavras diferentes</i></b> (CPIRS 79)</p>	<p>Outras Intervenções</p>	<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>
<p><b><i>Feedback sobre fenómenos que anteriormente não foram reconhecidos</i></b> (CPIRS 80)</p>	<p>Outras Intervenções</p>	<p>Comentar o comportamento do cliente durante a sessão de forma a colocá-lo noutra perspetiva. Devolver a compreensão do comportamento do cliente.</p>
<p><b><i>Uso de metáforas</i></b> (CPIRS 81)</p>	<p>Outras Intervenções</p>	<p>Uso de metáforas Modo figurativo de comparar algo importante e que deve ser realçado.</p>