



Instituto Universitário da Maia
Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



A Responsividade do terapeuta num caso de depressão com insucesso terapêutico

A Responsividade do terapeuta num caso de depressão
com insucesso terapêutico

Diana Sofia Veloso Teixeira

Diana Sofia Veloso Teixeira

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação:
Prof.^a Doutora Liliana Meira
Prof.^a Doutora Anita Santos

ISMAI | 2014

BONUM STUDIU





Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

A Responsividade do terapeuta num caso de depressão com insucesso terapêutico

Nome da aluna:

Diana Sofia Veloso Teixeira

Orientação:

Prof.^a Doutora Liliana Meira

Prof.^a Doutora Anita Santos

Ano letivo 2019/2020

Agradecimentos

Um especial agradecimento às minhas orientadoras, Prof.^a Doutora Liliana Meira e Prof.^a Doutora Anita Santos pela aprendizagem, disponibilidade, paciência e incentivo ao longo de todo o ano de orientação.

À Cláudia, pelo tempo despendido a apoiar-me no esclarecimento de dúvidas e partilha de conhecimentos.

Às minhas amigas e colegas de curso, em especial à Carla, Ana, Catarina e Cátia, que marcaram o meu percurso com a sua amizade, onde partilharam comigo as mesmas alegrias, angústias e receios, dando-me sempre apoio naquilo que precisei.

Aos meus irmãos, pelo exemplo, força e partilha.

Aos meus pais, pelas oportunidades e apoio nas minhas decisões e por terem sempre acreditado em mim. Sem eles não teria chegado até aqui.

Muito Obrigada!

A Responsividade do terapeuta num caso de depressão com insucesso terapêutico

Resumo

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é considerada como um tratamento de primeira linha para a depressão, com eficácia demonstrada em diversos estudos. No entanto, tem sido menos estudada da perspetiva dos fatores que influenciam o processo de mudança, sendo importante compreender o que acontece na interação terapeuta-cliente, que contribui para o sucesso ou insucesso do tratamento. A responsividade do terapeuta diz respeito à capacidade de responder momento-a-momento às necessidades do cliente ao longo das sessões do processo terapêutico, e parece estar relacionada com o resultado terapêutico. O objetivo do presente estudo consiste na análise da relação entre a responsividade do terapeuta e o resultado terapêutico ao longo de um caso clínico de 16 sessões de TCC, num caso diagnosticado com Perturbação Depressiva Major, moderada, cujo resultado foi de insucesso terapêutico. A eficácia da TCC foi avaliada através do *BDI-II*. O *OQ-10*, foi utilizado para avaliar a evolução dos sintomas psicopatológicos do cliente e a *Therapist Responsiveness Scale* como medida da responsividade do terapeuta. Em termos de resultados, foi possível constatar que quando o cliente apresenta elevados níveis de sintomatologia, verifica-se uma maior expressão dos comportamentos da terapeuta ao nível dos fatores *atenção* e *resposta empática precoce*, enquanto que quando o cliente apresenta menores níveis de sintomatologia, verifica-se uma menor expressão dos comportamentos da terapeuta nestes fatores. De uma forma geral, é possível constatar que a terapeuta foi globalmente responsiva ao longo do processo terapêutico, podendo também ser verificado pela ausência do fator *comportamento negativo*.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC); Perturbação Depressiva Major; Processos de Mudança; Responsividade Terapêutica; Insucesso terapêutico

Therapist responsiveness in a clinical case of depression with poor therapeutic outcome

Abstract

Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) has been considered as a first-line treatment for depression, where several studies prove its effectiveness. However, it has been less studied from the perspective of the factors that influence the change process, it is important to understand what happens in the therapist-client interaction, which contributes to the success or failure of the treatment. The therapist's responsiveness concerns the ability to respond moment-by-moment to the client's needs throughout the sessions of the therapeutic process and appears to be related with therapeutic outcome. The objective of the present study is to analyze the relationship between the therapist's responsiveness and the therapeutic outcome over a clinical case of 16 sessions CBT, in a case diagnosed with moderate Major Depressive Disorder, which resulted in therapeutic failure. The effectiveness of CBT was assessed using *BDI-II*. The *OQ-10* was used to assess the evolution of the client's psychopathological symptoms and *Therapist Responsiveness Scale* as a measure of the therapist's responsiveness. In terms of results, it was possible to verify that when the client presents levels of symptomatology level, there is a greater expression of the structural factors of the therapist in terms of the factors *attention* and *early empathic response*, while when the client presents lower levels of symptomatology, there is a lesser expression of the therapist's behaviors of these factors. In general, it is possible to verify that a therapist was globally responsive throughout the therapeutic process, which can also be verified by the absence of *negative behavior*.

Keywords: cognitive-behavioral therapy (CBT); major depressive disorder; process change; therapeutic responsiveness; therapeutic failure

Índice

Introdução	1
Capítulo I – Enquadramento Teórico	
1. A Terapia Cognitivo-Comportamental para a depressão	2
1.1. O modelo Cognitivo da Depressão	4
2. A eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental para a depressão	7
2.1. Os processos de mudança em TCC	9
3. A Relação terapêutica e a mudança em TCC	13
3.1. A responsividade terapêutica	15
Capítulo II – Estudo empírico	
1. Método	21
1.1. Participantes	21
1.1.1. Cliente.....	22
1.1.2. Terapeuta.....	23
1.1.3. Protocolo de TCC para a depressão.....	24
1.1.4. Descrição das sessões	25
1.2. Instrumentos	29
1.2.1. Outcome Questionnaire – 10 (OQ-10).....	30
1.2.2. Therapist Responsiveness Scale (TRS)	30
1.3 Procedimentos.....	32
2. Resultados.....	32
3. Discussão	39
Conclusão	42
Referências	44

Índice de tabelas

Tabela 1. Evolução da sintomatologia psicopatológica e dos quatro fatores da TRS, por sessão, ao longo do processo terapêutico global	33
Tabela 2. Evolução do fator <i>Atenção</i> , por sessão	34
Tabela 3. Evolução do fator <i>Resposta Empática Precoce</i> , por sessão	36
Tabela 4. Evolução do fator <i>Atmosfera Terapêutica Positiva</i> , por sessão	38
Tabela 5. Evolução do fator <i>Responsividade Global do Terapeuta</i> , por sessão.....	39

Índice de abreviaturas

TCC - Terapia Cognitivo-Comportamental

PA – Pensamentos Automáticos

BDI - Beck Depression Inventory (Inventário de Depressão de Beck)

OQ-45 - Outcome Questionnaire- 45

OQ-10 - Outcome Questionnaire-10

TRS - Therapist Responsiveness Scale

1. Introdução

A presente dissertação foi elaborada no âmbito do 2º ano de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Universitário da Maia (ISMAI), sob a orientação da Prof.^a Doutora Liliana Meira e coorientação da Prof.^a Doutora Anita Santos.

Ao longo dos anos, vários estudos têm vindo a demonstrar a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no tratamento de diversas perturbações mentais. No entanto, esta terapia tem sido menos estudada da perspetiva dos fatores que influenciam o processo de mudança, sendo importante compreender o que acontece na interação terapeuta-cliente que contribui para o sucesso ou insucesso do tratamento. Neste contexto, a relação terapêutica, nomeadamente, a aliança terapêutica (i.e., colaboração entre cliente e terapeuta ao longo da intervenção) tem sido identificada pela investigação como um fator fulcral para a mudança em psicoterapia, nomeadamente, para a TCC (e.g., mudança sintomática). Outro fator que parece estar relacionado com o resultado terapêutico e que será o foco da presente dissertação, diz respeito à responsividade do terapeuta, ou seja, a capacidade de responder momento-a-momento às necessidades do cliente ao longo das sessões do processo terapêutico. Os estudos, ainda escassos, sobre o papel da responsividade terapêutica nos casos clínicos sem sucesso na TCC para a depressão, justificam o investimento em estudos sobre esta temática. Neste sentido, o presente estudo foca-se na análise de um caso clínico de TCC para a depressão, com o objetivo de descrever e caracterizar a responsividade do terapeuta ao longo das sessões e perceber a sua relação com o resultado terapêutico de insucesso.

A dissertação está dividida em dois capítulos. No primeiro capítulo faz-se um enquadramento teórico a partir da revisão da literatura realizada sobre o tema em estudo. No segundo capítulo descreve-se o estudo empírico, nomeadamente o Método e os Resultados, terminando com a Discussão e Conclusão.

Capítulo I - Enquadramento Teórico

Neste capítulo, apresenta-se a revisão de literatura sobre o tema em estudo, iniciando-se com uma breve introdução à Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para a Depressão, em concreto, ao Modelo Cognitivo da depressão proposto por Beck (Beck, Emery, Rush, & Shaw, 1979), seguida de uma breve caracterização dos estudos de eficácia realizados à data sobre a TCC para a depressão, bem como do estado da arte dos estudos sobre processos de mudança em TCC, nomeadamente, para a depressão. Prossegue-se com a caracterização do papel da aliança terapêutica na TCC e, em concreto, o papel da responsividade do terapeuta no resultado terapêutico, com ênfase nos resultados terapêuticos. Finaliza-se com a sistematização do problema e as questões de investigação que servem de ponto de partida para o estudo empírico contemplado na presente dissertação.

1. A Terapia Cognitivo-Comportamental para a Depressão

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para a depressão é um modelo psicoterapêutico derivado originalmente do Modelo Cognitivo de Aaron Beck (1964), orientado para a modificação de comportamentos, emoções e pensamentos desadaptativos da pessoa. Este modelo pressupõe que as cognições desadaptativas contribuem para a emergência e manutenção de problemas emocionais e comportamentais (Beck, 1970), na medida em que a forma como o indivíduo se sente está relacionada com o modo como interpreta os eventos de vida e não com os eventos em si. Por exemplo, um indivíduo com depressão tende a perceber e a interpretar as experiências de vida de uma forma negativa, resultando no agravamento da severidade da sintomatologia e vice-versa (Ali Abadi, Kazemi, Khazaie, & Khodaie, 2012). Deste modo, este modelo sugere que para o comportamento se tornar mais adaptativo e duradouro, é fundamental modificar estes pensamentos e crenças disfuncionais (Antonsen & Thimm, 2014). No mesmo sentido, o cliente assume um papel fundamental ao longo do

processo terapêutico, sendo ativo e colaborativo, de forma a testar e desafiar a validade das crenças desadaptativas inerentes ao processo depressivo, tornando-se investigador dos seus próprios pensamentos, com o intuito de modificar os mesmos (Asnaani, Fang, Hofmann, Sawyer, & Vonk, 2012). A TCC prevê ainda a promoção do desenvolvimento de competências, como por exemplo o treino de resolução de problemas, entre outros.

A TCC é uma terapia diretiva, estruturada, breve e centrada na resolução do problema, adaptada a diversas populações com diferentes perturbações mentais, que auxilia o cliente a identificar e alterar os padrões desajustados, que por sua vez têm um impacto negativo nos seus comportamentos e na sua forma de agir. O processo terapêutico foca-se no “aqui e agora”, tendo como principal objetivo ajudar o cliente a criar mudanças que sejam desejáveis e importantes na sua vida, utilizando uma variedade de estratégias para que o cliente consiga identificar e desafiar os seus pensamentos, assim como resolver os seus problemas (Aghaei, Faraji, Mahdavi, Roshandel, & Samkhaniyan, 2015; Neharshi, 2014). O terapeuta procura, de várias formas, modificar o sistema cognitivo do cliente (e.g., crenças desadaptativas), provocando, em consequência, mudanças emocionais e comportamentais estáveis (Beck & Dozois, 2011).

Sendo uma forma de terapia empiricamente apoiada para inúmeras perturbações psicopatológicas, a TCC para a depressão é a mais estudada, atualmente considerada um tratamento de primeira linha para esta perturbação do humor. De acordo com o DSM-5, a Perturbação Depressiva Major (depressão) está associada a um conjunto de estados negativos de humor e alterações do comportamento que afetam de um modo significativo várias áreas importantes da vida do cliente a nível da sua qualidade de vida, relações interpessoais e familiares, e profissional/académico. De um modo geral, um indivíduo com sintomatologia depressiva, apresenta humor deprimido, perda de prazer ou do interesse em atividades que anteriormente eram prazerosas, falta/excesso de apetite, insónia/hipersónia,

agitação/lentificação psicomotora, fadiga/perda de energia, preocupação e/ou sentimentos de desvalorização, culpa, inutilidade e desesperança, falta de concentração e pensamentos de morte recorrentes. Assim sendo, a TCC tem por objetivo identificar as crenças disfuncionais negativas inerentes a estes estados e comportamentos depressivos, visando a respectiva reestruturação para formas de interpretação da experiência de vida mais adaptativas (Neharshi, 2014), tendo por base o modelo cognitivo para a depressão de Aaron Beck (1976).

1.1. O Modelo Cognitivo da Depressão

O modelo cognitivo da depressão de Beck (1976) contribuiu para identificar e compreender os fatores que contribuem para o desenvolvimento e manutenção da depressão, bem como os princípios de tratamento (Beck, Butler, Chapman, & Forman, 2006; Hautzinger & Possel, 2006). Este modelo defende que num determinado evento de vida, as crenças subjacentes do indivíduo influenciam o modo como percebe e interpreta a situação, sendo estas expressas por pensamentos automáticos (PA), e que por sua vez afetam as suas emoções e comportamentos. O sistema cognitivo é constituído por três grandes grupos de dimensões cognitivas, nomeadamente, os PA, as *distorções cognitivas/erros intermédios*, e os *esquemas cognitivos/crenças centrais*. Os PA surgem de um modo espontâneo (positivos ou negativos) e assumem diferentes formas, tais como autoverbalizações, diálogos internos e imagens ou fantasias, resultando da interpretação imediata que o indivíduo tem sobre uma determinada situação. Estes pensamentos evidenciam habitualmente distorções da leitura da realidade, apesar de evidências em contrário, pelo que as pessoas os aceitam como verdadeiros. As *distorções cognitivas/erros intermédios* são erros na perceção e no processamento de informação, na medida em que o sujeito tende a ser inflexível, atribuindo maior significado a aspetos negativos do que positivos, gerando interpretações erróneas a nível pessoal, assim como em situações externas. Considera-se que as distorções cognitivas mais comuns nos

clientes deprimidos dizem respeito à inferência arbitrária, abstração seletiva, supergeneralização e personalização (Beck, Emery, Rush, & Shaw, 1979; Dobson, Drapeau, & Pothier, 2012; Neharshi, 2014). Os *esquemas cognitivos/crenças centrais*, são entendidas como representações estáveis que o indivíduo faz de si mesmo e do mundo (Froeseler, Santos, & Teodoro, 2013). O modelo cognitivo refere que as situações adversas que surgem nos primeiros anos de vida, podem contribuir para o desenvolvimento de esquemas cognitivos, que podem ter um carácter desadaptativo, quando ativados por eventos stressores posteriores, na idade adulta por exemplo (Pothier, Dobson, & Drapeau, 2012). No entanto, quando ativados, o indivíduo torna-se mais vulnerável, afetando a sua atenção, interpretação e memória, mantendo a crença disfuncional associada, apesar de imprecisa e disfuncional. Neste sentido, os eventos adversos precoces, em conjunto com fatores genéticos e de personalidade, podem contribuir para o estabelecimento de esquemas cognitivos depressivos (Beck, Beevers, Disner, & Haigh, 2011).

Estes esquemas compreendem crenças que temos sobre nós mesmos, sobre o mundo e sobre o futuro (Beck & Dozois, 2011), denominados de *tríade cognitiva*. A *tríade cognitiva* é definida como a visão negativa de si mesmo, no qual o indivíduo se autoperceciona como um inútil (baixa autoestima); visão negativa do mundo (i.e., relações, trabalho e atividades); e visão negativa do futuro (e.g., desesperança). Para Beck, a tríade cognitiva é expressa através de PA negativos, que por sua vez contribuem para o aparecimento da sintomatologia depressiva, assim como défices no funcionamento afetivo, emocional, motivacional, comportamental e fisiológico (Black & Possel, 2014). Para além disso, constata-se que o indivíduo com depressão antecipa resultados negativos para os seus problemas, apresentando rigidez em várias áreas do seu funcionamento. A percepção de que os problemas nunca irão melhorar pode gerar sentimentos de desesperança ou mesmo conduzir ao suicídio (Abreu, Oliveira, Powell, & Sudak, 2008). Constata-se ainda que a depressão está relacionada com pensamentos sobre

perda e fracasso (Beck & Dozois, 2011), e, como tal, o indivíduo desenvolve atitudes disfuncionais, percebendo a sua vida como imperfeita e repleta de lutas, acreditando que os seus problemas e sofrimento não terão fim. Consequentemente, o sujeito poderá experienciar uma diminuição das suas emoções e sentimentos positivos durante uma situação agradável (Disner, et al., 2011).

A título de exemplo, um indivíduo com depressão perante uma determinada situação poderá ter um pensamento automático do tipo: “Não faço nada bem”. Ora, este pensamento, na maior parte das vezes, poderá provocar uma reação emocional (e.g., sentir-se triste) e comportamental (e.g., não sair de casa). No entanto, se a pessoa tivesse avaliado este pensamento de um modo realista, poderia ter verificado que afinal faz várias coisas bem, o que iria promover um humor mais positivo, contribuindo assim para comportamentos mais adaptativos. Se um indivíduo subestima demasiado as suas competências, poderá ter uma crença subjacente de incompetência, que tende a manter-se ao longo do tempo. No entanto, modificar esta crença, avaliando realisticamente os seus pontos fortes e fracos, poderá contribuir para uma autoperceção diferente, alterando a sua avaliação sobre determinadas situações com que se depara diariamente (Beck, 2011).

O modelo cognitivo, não obstante, argumenta que os pensamentos enviesados, que afetam o humor e comportamento dos clientes, são comuns a todas as perturbações psicológicas. Assim, é fundamental avaliar e modificar estes pensamentos, o que irá contribuir para a modificação das crenças desadaptativas e para o alívio dos sintomas. A avaliação realista e a mudança no pensamento contribuem para a melhoria do humor e do comportamento, tornando o cliente menos propenso a apresentar recaída no futuro (Beck, 1997). Neste sentido, é fundamental recorrer a várias estratégias para facilitar a mudança, utilizando não apenas componentes a nível cognitivo, mas também a nível comportamental (Garratt, Ingram, Rand, & Sawalani, 2007).

Relativamente às estratégias e técnicas específicas utilizadas na intervenção TCC na depressão, as primeiras sessões da TCC focam-se no desenvolvimento e na promoção da aliança terapêutica, identificação do problema e sintomatologia associada. Após a recolha de informação sobre o problema, o cliente e o terapeuta definem em conjunto os objetivos terapêuticos, hierarquizando-os de acordo com a prioridade do cliente. Seguidamente, o terapeuta recorre à psicoeducação sobre a depressão e devolve o racional da TCC para a depressão. Paralelamente, são abordadas técnicas de mudança comportamental (e.g., ativação comportamental). Após a melhoria dos sintomas, são utilizadas estratégias de identificação e reestruturação cognitiva de pensamentos automáticos, modificação de crenças e esquemas centrais. Aqui, os clientes em colaboração com o seu terapeuta irão perceber quais as crenças desadaptativas que estão a sustentar o problema, criando pensamentos alternativos. Posteriormente, são utilizadas técnicas de treino de competências, como a resolução de problemas (e.g., identificação de problemas e suas soluções), ou o treino de relaxamento e, posteriormente, a prevenção da recaída. Concomitantemente, o cliente também é solicitado a realizar trabalhos de casa, pois estes são um componente essencial, na medida em que este tem a oportunidade de aplicar no seu dia-a-dia as estratégias adquiridas ao longo das sessões, para que obtenha melhores resultados terapêuticos (Hofmann et al., 2012).

2. A eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental para a depressão

A TCC é uma terapia utilizada para melhorar o bem-estar do cliente em vários problemas de saúde física e mental, e tem um impacto significativo na redução da sintomatologia depressiva, ansiógena e fatores de stress (Fordham, Hamer-Hunt, Hemming, Hopewell, Howick, Kirtley, Lamb, Nair, & Sugavanam, 2018; Aghaei et al., 2015). A TCC é considerada como uma das abordagens terapêuticas que apresenta maior evidência empírica de eficácia no tratamento da depressão, podendo ser utilizada isoladamente ou em conjunto com

farmacoterapia, numa vasta gama de populações (Abreu, Oliveira, Powell, & Sudak, 2008; Hofmann, et al., 2012).

Diversos estudos realizados revelam que a TCC é mais eficaz do que a farmacoterapia (e.g., antidepressivos), em indivíduos diagnosticados com Perturbação Depressiva Major moderada a grave, sendo assim recomendada para o tratamento desta problemática (Neharshi, 2014; Hofmann & Smits, 2008). No entanto, em casos mais severos, alguns estudos referem que a medicação é superior (Elkin et al., 1995), enquanto que outros revelam que a TCC é tão eficaz como os fármacos. Para Abreu, Oliveira, Powell e Sudak (2008), a TCC é eficaz para a depressão sendo esta leve, moderada ou severa, assim como apresenta uma resposta mais duradoura em comparação com a farmacoterapia, existindo uma menor probabilidade de recaída. Estes autores acrescentam ainda que no tratamento de fármacos (e.g., antidepressivos) é comum que surja novamente sintomas depressivos, sendo que em conjunto com a TCC, ou esta terapia isolada, existe uma maior prevenção de um modo mais eficaz na recorrência da sintomatologia depressiva.

Para além disso, esta abordagem é igualmente eficaz em comparação com outros tratamentos psicológicos. Em adolescentes deprimidos, os resultados da TCC demonstram maiores níveis de pensamentos racionais, menos desesperança e distorções cognitivas (Neharshi, 2014). Barber e Muenz (1996) compararam a TCC com a Terapia Interpessoal no tratamento para a depressão, e verificaram que a TCC é mais eficaz em clientes deprimidos. Outros estudos realizados por Almeida e Neto (2003), demonstraram que a TCC é eficaz na diminuição de recaídas depressivas.

Deste modo, tendo em conta a diversidade de estudos sobre a eficácia da TCC no tratamento da depressão, constata-se que a investigação se centra mais em estudos sobre os resultados terapêuticos. Neste sentido, torna-se essencial apostar não só em estudos de resultado, mas também em estudos que identifiquem quais os mecanismos e técnicas que levam

à eficácia da terapia e diminuição de sintomas (i.e., estudos de processo) (Derubeis, Mcmain, Newman, & Segal, 2015).

2.1. Os processos de mudança em TCC

De modo a potenciar os resultados em psicoterapia, é fundamental compreender como a terapia funciona, ou seja, entender os processos que explicam a mudança terapêutica. Durante várias décadas, os investigadores tentaram perceber o que acontece ao longo das sessões do processo terapêutico, que por sua vez ajudam os clientes a melhorar o seu funcionamento e qualidade de vida, assim como diminuir a sua sintomatologia, justificando, assim, o recurso a estudos de processo, complementares aos estudos de resultado em psicoterapia. Deste modo, compreender como a mudança ocorre ao longo da psicoterapia permitirá identificar os mecanismos que desencadeiem o processo de mudança (Kadzin, 2009; Crits-Christoph, Gibbons, & Mukherjee, 2013). Os processos de mudança designam-se como aspetos que ocorrem durante as sessões de psicoterapia ou como consequência das tarefas propostas. Em específico, entendem-se como um fenómeno onde é expectável ocorrer alguma mudança significativa por parte do cliente (Hardy & Llewelyn, 2015). Estes fenómenos podem ser a nível cognitivo, afetivo e comportamental, e podem estar associados ao terapeuta, ao cliente, à relação entre ambos, ou ao contexto (Doorn, Llewelyn, & Macdonald, 2016).

Doss (2006) distingue dois tipos de processos de mudança: da terapia e do cliente. Os processos de mudança da terapia são intervenções ou dinâmicas terapêuticas produzidas pelo terapeuta, entendidos como “ingredientes ativos” de um tratamento, que por sua vez promovem a mudança imediata no cliente (e.g., o terapeuta ensina técnicas de automonitorização para identificar pensamentos automáticos). Os processos de mudança do cliente, são comportamentos ou experiências do mesmo, que ocorrem como resultado direto dos processos de mudança de terapia (e.g., uso eficaz das estratégias em sessão), e que por sua vez potenciam

melhorias nos mecanismos de mudança (e.g., o cliente é capaz de identificar pensamentos automáticos na sessão e durante os trabalhos de casa). Os mecanismos de mudança são mudanças intermédias nas características ou competências do cliente, que não estão diretamente sob o domínio direto do terapeuta, como também não são o resultado dos processos de mudança de terapia (e.g., as cognições do cliente tornam-se mais adaptativas, influenciando as emoções e o comportamento).

A investigação constata que as mudanças evidenciadas pelo cliente são provocadas pelos eventos que surgem ao longo das sessões terapêuticas e à medida que evoluem, ou por situações que pretendem ser modificadas pelo terapeuta e cliente, gerando resultados positivos no tratamento (e.g., melhorias da problemática em causa) (Crits-Christoph, Gibbons, & Mukherjee, 2013).

Apesar de vários estudos demonstrarem a eficácia da TCC no tratamento de diversas perturbações mentais (e.g. Perturbação Depressiva Major), ainda pouco se sabe sobre os processos e mecanismos que levam à mudança terapêutica. Vários autores têm investigado se a mudança cognitiva pode ser considerada como um mecanismo de mudança. Tendo em conta que a TCC visa desafiar e reestruturar crenças desadaptativas com o intuito de diminuir a sintomatologia depressiva, constata-se que a mudança cognitiva pode ser o mecanismo subjacente à TCC (Hofheinz, Michalak, & Reder, 2019). DeRubeis e Tang (1999), numa amostra de 61 clientes deprimidos em TCC, demonstraram que mudanças a nível cognitivo geram melhorias na sintomatologia depressiva. Para além disso, Doss (2006) refere que mudanças a nível cognitivo reduzem significativamente a sintomatologia depressiva, assim como melhoram as perturbações emocionais e o funcionamento do cliente ao longo do processo terapêutico. Outros estudos demonstraram que, para a mudança suceder (e.g., diminuição da sintomatologia depressiva), é fundamental ocorrer modificações nos esquemas cognitivos negativos (Garratt, Ingram, Rand, & Sawalani, 2007). Kwon e Oei (2003) realizaram um

estudo, no qual perceberam que a redução de pensamentos automáticos no início da intervenção está relacionada com a diminuição de sintomas depressivos. Kuyken (2004), numa amostra de 122 clientes deprimidos, constatou que mudanças na desesperança numa fase inicial do tratamento tem maior probabilidade de melhorias nos sintomas no final da intervenção. Outros estudos também demonstraram que alterações na cognição estão relacionadas com a diminuição dos sintomas depressivos (Christopher, Fiola, Jacob, Neary, & Neuhaus, 2009; Beberman, DeRubeis, Pham, & Tang, 2005). Oei e Free (1995) em 21 estudos, compararam a TCC com outros tipos de tratamentos psicológicos e constataram que a modificação de pensamentos negativos está significativamente associada à mudança na depressão, independentemente do tipo de tratamento utilizado. Para além disso, pesquisas recentes apontam que a mudança cognitiva também está relacionada com intervenções comportamentais, como por exemplo, a ativação comportamental tem demonstrado a sua eficácia na redução de pensamentos negativos, gerando assim menos sintomas depressivos (Gitlin, Huang, & Roth, 2014; Hellerstein et al., 2015). Para além da mudança cognitiva, outros estudos também se centram na aquisição de competências cognitivas como um mecanismo que contribui para a mudança e alívio de sintomas (Crits-Christoph, Gallop, Diehl, Gibbons, & Yin, 2017), assim como menor risco de uma recaída (Alvarez, Chiu, DeRubeis, & Strunk, 2007).

Adicionalmente, Kashdan e Rottenberg (2010) constataram que a flexibilidade cognitiva gera melhores resultados no tratamento psicoterapêutico e na saúde mental, tendo em conta que contribui para o processamento de novas informações, crenças adaptativas e aquisição de novas competências. Dozois e colegas (2009) demonstraram que pacientes deprimidos que receberam tratamento em Terapia Cognitiva e farmacoterapia, assim como também os dois tratamentos isoladamente, desenvolveram modificações na organização dos esquemas do cliente ao longo do tratamento, podendo gerar um aumento na flexibilidade cognitiva.

Para além disso, estudos sobre processos de mudança em TCC têm focado, sobretudo, em aspetos da relação terapêutica, nomeadamente, a aliança terapêutica como sendo um fator comum aos resultados positivos em psicoterapia. A aliança terapêutica é definida pela qualidade de interação entre terapeuta e cliente ao longo da intervenção terapêutica, sendo que os estudos apontam uma relação positiva entre a aliança e o resultado da intervenção (Ribeiro, 2009). Isto é, constata-se que a aliança terapêutica está relacionada com a modificação dos sintomas do cliente e do seu funcionamento, sendo um fator determinante no resultado terapêutico, ou seja, quanto mais forte a aliança, maior a mudança terapêutica. Estudos que analisaram a aliança terapêutica no início e meio do processo da terapia, verificaram que uma forte aliança terapêutica gera uma maior probabilidade de haver melhorias dos sintomas no final do tratamento (Crits-Christoph, Gibbons, & Mukherjee, 2013). Por exemplo, um estudo realizado por Ryum e colaboradores (2009), que incluiu perturbações de ansiedade e depressão em TCC, concluiu que a aliança terapêutica tem maior probabilidade de modificar sintomas em clientes com depressão, do que aqueles que padecem de sintomatologia ansiógena. Neste sentido, consideram que a aliança apresenta um papel crucial em relação aos resultados em clientes com depressão, em comparação com outras perturbações, nomeadamente, na TCC. No âmbito dos processos de mudança relacionados com a relação terapêutica, a aliança terapêutica é um dos fatores mais estudados, nomeadamente, na TCC (Crist-Cristophe, Gibbons, & Mukberjee, 2013). Klein e colaboradores (2003), por exemplo, realizaram um estudo no qual analisaram a relação entre a aliança terapêutica e a mudança dos sintomas depressivos numa amostra de 367 clientes com depressão crónica que beneficiaram de TCC. Os resultados demonstraram que o estabelecimento da aliança numa fase inicial da intervenção contribuiu para a melhoria dos sintomas no final do tratamento.

Deste modo, foi possível averiguar alguns dos mecanismos cognitivos que parecem estar associados e que influenciam os sintomas e o resultado terapêutico.

3. A relação terapêutica e a mudança em TCC

A aliança é um dos mecanismos mais estudado e com um papel fulcral na mudança em TCC. Esta terapia enfatiza o estabelecimento de uma boa relação terapêutica entre terapeuta e cliente no início da intervenção, e a importância de definir em conjunto objetivos relevantes que devem ser cumpridos ao longo do tratamento, para permitir que o mesmo seja eficaz (Boswell & King, 2019; Neharshi, 2014; Beck, 2002; Fowler, Garety, & Kuipers, 1995). Atualmente, os conceitos sobre a aliança apoiam-se nos trabalhos de Bordin (1979). Este autor salienta a colaboração positiva e estável entre terapeuta e cliente como um preditor para que este diminua o seu sofrimento e comportamentos autodestrutivos, e para que o processo terapêutico seja eficaz e bem-sucedido (Baillargeon, Coté, & Douville, 2012). Para além disso, o autor enfatiza também a qualidade da aliança terapêutica como uma boa relação de colaboração, concordância de objetivos e de tarefas para que o cliente se possa envolver mais nas sessões, bem como o desenvolvimento de um vínculo afetivo. Esta aliança é considerada positiva quando ambos percecionam os métodos e estratégias utilizadas como eficazes e pertinentes, uma vez que esta influencia de um modo significativo o resultado da intervenção (Bordin, 1979).

Um dos objetivos é conseguir que o cliente se torne no seu próprio terapeuta, de modo a melhorar padrões menos adaptativos, assim como diminuir o impacto negativo das crenças no seu quotidiano e implementar estratégias funcionais (Fowler, Garety, & Kuipers, 1995). Para Beck e seus colaboradores, é essencial um relacionamento terapêutico adequado para que a TCC seja eficaz (Beck, Emery, Rush, & Shaw, 1979). Teyber (2006) argumenta que um bom relacionamento terapêutico precoce é essencial para a mudança do cliente. Para além disso, outros autores valorizam a relação terapêutica, como por exemplo Reisner (2005) refere que o terapeuta é o fator predominante no resultado da intervenção e que uma boa aliança é fundamental para que o mesmo seja eficaz.

Adicionalmente, o processo terapêutico poderá ter momentos de maior e menor qualidade da aliança, havendo rupturas na mesma, sendo estas inevitáveis ao longo da terapia, onde a sua reparação melhora a aliança e torna a relação mais eficaz (Bordin, 1979). A ruptura na aliança pode ser definida como uma instabilidade ou pobre qualidade da relação terapeuta-cliente, na medida em que pode variar na intensidade, duração e frequência, levando ao insucesso da intervenção. Considera-se que mesmo as intervenções que são bem-sucedidas, apresentam ao longo do processo terapêutico uma ou mais rupturas na aliança (Bordin, 1979; Abeles, Eaton, & Gutfreund, 1988). Para Carter, Muran e Safran (2014), as rupturas são quebras na negociação de tarefas e objetivos ou deterioração do vínculo afetivo entre terapeuta e cliente, onde são manifestados momentos de tensão entre ambos, afetando o processo terapêutico de um modo negativo. Constata-se a existência de dois tipos de rupturas: evitamento e confronto, sendo que por vezes podem estar presentes estes dois tipos. Nas rupturas de evitamento, o cliente evita e afasta-se cognitivamente e emocionalmente do terapeuta e do tratamento, apresentando manifestações indiretas de insatisfação. Nas rupturas de confronto, o cliente expressa diretamente raiva, insatisfação, ou outro aspeto da terapia, de um modo não colaborativo.

A mesma abordagem terapêutica pode ser interpretada de modos diferentes por dois clientes distintos, ou seja, enquanto que um pode interpretá-la de uma forma que promova a aliança, outro poderá interpretá-la de um modo que a impeça (Crocker, McMains, Murray, & Safran, 1990). Para alguns autores, determinados problemas na aliança, podem estar relacionados com fatores de vinculação, tarefas e objetivos específicos, ou com características do cliente, no qual o terapeuta, poderá recorrer à implementação de determinadas tarefas específicas, com o intuito de auxiliar os clientes a obterem uma maior compreensão do processo de mudança (Greenberg & Watson, 2000; Muran & Safran, 2000).

Adicionalmente, constata-se que o terapeuta constrói a aliança em colaboração com o cliente, assumindo uma postura de empatia, respeito, cuidado, compaixão, preocupação,

tolerância, apoio e principalmente aceitação incondicional, sendo estas variáveis preditores para a mudança (Amsterdam, DeRubeis, Dimidjian, Hollon, Robert, Shelton, & Webb, 2011). Outra variável que também tem sido estudada como fator de mudança em TCC, diz respeito à *empatia*. Baillargeon, Coté e Douville (2012) consideram que a percepção da empatia de um cliente é um dos fatores determinantes para o resultado ser positivo, uma vez que existem evidências de que terapeutas pouco eficazes demonstram níveis mais baixos de empatia. Considera-se a empatia como um fator de motivação do cliente para se ajudar a si mesmo, na medida em que gera melhorias na depressão, ou seja, clientes com terapeutas empáticos têm maior probabilidade de cumprirem o que é solicitado pelo terapeuta ao longo do processo terapêutico (Burns & Nolen-Hoeksema, 1992). Para Dobson (2008), o terapeuta inicia o processo terapêutico, transmitindo atitudes de empatia e respeito incondicional, onde tem a capacidade de escutar e reconhecer que o cliente com sintomatologia depressiva chega à consulta com sentimentos de desesperança e fracasso pessoal, necessitando de auxílio, no qual deverá demonstrar compreensão, convicção e esperança de que o tratamento será eficaz. Para além disso, Persons e Burns (1985), relataram que a percepção do cliente sobre o ambiente terapêutico positivo e empatia estão relacionados com melhorias ao longo das sessões.

Adicionalmente, outro fator que pode também mostrar-se responsável pela eficácia da terapia diz respeito à capacidade de resposta do terapeuta ao cliente. O termo *responsividade terapêutica* tem sido discutido como um fator essencial para o desenvolvimento de uma relação terapêutica positiva, onde o terapeuta deve adaptar as suas estratégias e intervenções a cada cliente, no sentido de responder às suas necessidades, de modo a que no final da intervenção obtenha resultados positivos (Friedlander, 2012).

3.1. A responsividade terapêutica

A responsividade terapêutica diz respeito à interação recíproca entre cliente e terapeuta, assim como a capacidade de este desenvolver intervenções direcionadas às necessidades do cliente, ao longo das sessões de psicoterapia, independentemente da abordagem terapêutica utilizada (Sousa, 2011).

De acordo com Elkin e Smith (2007), a responsividade é definida como o interesse e cuidado demonstrado pelo terapeuta, pelas preocupações e dificuldades expressas pelo cliente ao longo do processo terapêutico. Mais do que ser empático, é estar atento, respeitar, aceitar incondicionalmente e reconhecer os problemas relatados, tal como responder às necessidades do cliente, à sua comunicação e sentimentos expressos e não expressos (Horvath & Luborsky, 1993; Elkin & Smith, 2007). Para além disso, a responsividade envolve planejar o tratamento com base nos problemas e características do cliente e intervir no “aqui e agora”, e fazer o que é necessário para obter o resultado esperado, tal como reconhecer a problemática, diminuir a sintomatologia e melhorar o funcionamento do indivíduo. Adicionalmente, o terapeuta e o cliente, tal como as pessoas em geral, respondem um ao outro, assim como às situações. Ou seja, o terapeuta é responsivo quando, por exemplo, solicita os trabalhos de casa ao cliente, esclarece dúvidas ou ajusta o seu tom de voz. Como tal, o cliente também se comporta de forma responsiva, ou seja, quando o terapeuta faz algum ajuste, imediatamente provoca adaptações complementares no cliente (Stiles, 2009). Aguilar, Gabalda e Ruiz (2014) defendem que não é apenas o terapeuta que deverá ser responsivo às necessidades do cliente, mas também este deve ser responsivo às atividades terapêuticas propostas nas sessões. De acordo com Weiss (1993), terapeutas que respondem às necessidades dos seus clientes geram nestes menos ansiedade, assim como maior encorajamento e motivação para alcançar os objetivos terapêuticos. Assim sendo, a responsividade gera sentimentos de segurança na relação entre ambos, permitindo ao cliente distanciar-se de memórias e experiências angustiantes, havendo assim uma melhor compreensão destas.

A tarefa do terapeuta deverá ser a de permanecer sensível ao que acontece em cada sessão, como também compreender a situação e optar por estratégias que considere adequadas, tendo em conta as características do seu cliente, as suas necessidades e os recursos que detém, tendo sempre em consideração os objetivos terapêuticos definidos (Honos-Webb, Stiles, & Surko, 1988). Considera-se que avaliar a capacidade de resposta do terapeuta não é uma tarefa fácil, tendo em conta que este pode ser mais responsivo e eficaz com um determinado cliente do que com outro, ou mesmo dependendo do tipo de sessão. A responsividade do terapeuta é perceber quando, como e em que situações devem ser utilizadas técnicas que permitam um resultado eficaz. Os terapeutas com maior capacidade de resposta utilizam técnicas com o intuito de promover a esperança, assim como respeito, empatia, entre outras que, no entanto, para determinados clientes em algumas sessões essas respostas podem ser desaconselhadas e não ser utilizadas (Stiles, 2009). Beck e colaboradores (1979) referiram que o terapeuta responsivo é aquele que mantém o contacto ocular, infere nos sentimentos do cliente, ouve com atenção, não sendo crítico. Deste modo, o terapeuta deve relacionar-se de uma forma flexível, sem exceder o que é necessário pelo seu cliente (Fosshage, 1998; Sousa, 2011).

É esperado também que os terapeutas respondam adequadamente aos seus clientes, independentemente da abordagem terapêutica seguida. Alguns autores consideram que vários manuais de psicoterapia não fornecem flexibilidade suficiente ao terapeuta para lidar com as especificidades da intervenção com cada cliente (Garfield, 1998; Goldfried & Wolfe, 1998; Sousa, 2011). Castonguay, Goldfried, Hayes, Raue e Wiser (1993) referiram que os terapeutas cognitivo-comportamentais que adaptam as suas estratégias às necessidades dos seus clientes são percecionados por estes de um modo mais benéfico, do que os terapeutas que não se “distanciam” do manual de tratamento. Para além disso, um estudo de caso realizado por Anderson, Edwards, Orchowski, Probst e Uhlin (2009) revelou que o cliente tem maior capacidade de compreender uma experiência problemática quando o terapeuta se afasta

conscientemente do protocolo de tratamento. Deste modo, o terapeuta deverá entender quais os problemas, necessidades e objetivos específicos do cliente, e posteriormente intervir e responder adequadamente às suas necessidades (Castonguay et al.,1996).

De um modo geral, os psicoterapeutas respondem tendo em conta os seus clientes, procurando conhecer e compreender o seu comportamento, ajustando-o em torno das necessidades dos mesmos (i.e., capacidade de resposta adequada). A capacidade de resposta do terapeuta inclui a escolha do tratamento e o planeamento do mesmo, tendo em consideração o problema do cliente e o modo como este vai evoluindo, ouvindo-o atentamente e ajustando a intervenção sempre que necessário. Por vezes, a capacidade de resposta produz comportamentos diferentes, dependendo da situação. Por exemplo, por vezes para o terapeuta fazer a coisa certa é apenas sorrir, e às vezes é não fazer nada, dependendo de diversos fatores tais como o diagnóstico, inteligência, personalidade, valores, história familiar, fase da terapia, entre outros. Cada terapia oferece determinadas formas de compreender a situação do cliente, assim como as estratégias mais adequadas para serem utilizadas. Estas também dependem da relação terapeuta-cliente e da fase do processo terapêutico, assim como das competências do terapeuta e tolerância do cliente em relação ao desafio. Deste modo, um terapeuta responsivo adapta as técnicas às necessidades do seu cliente (Horvath & Stiles, 2017), e desta forma o resultado do processo terapêutico será positivo.

As primeiras sessões do processo terapêutico são o momento em que o cliente decide ou não se comprometer com o tratamento e desenvolver um relacionamento com o seu terapeuta. Constatou-se que o comportamento do terapeuta nas sessões iniciais do tratamento influencia o cliente, no sentido de este se sentir positivo e envolver-se no relacionamento com o terapeuta e permanecer na terapia. Sexton e colaboradores (1996) realizaram um estudo onde perceberam que os terapeutas atentos e que não mudam de assunto frequentemente, apresentam uma aliança terapêutica mais forte nas primeiras sessões. Elkin e colaboradores (2014)

realizaram um estudo onde analisaram sessões de psicoterapia com o intuito de compreender quais as ações e comportamentos que os terapeutas responsivos utilizam para manter os clientes envolvidos no processo terapêutico. Algumas das técnicas que avaliaram dizem respeito ao contacto ocular e incentivos mínimos, assim como um nível adequado de qualidade e intensidade emocional. Watson (2002) refere que os comportamentos do terapeuta relevantes para a responsividade incluem vários comportamentos não-verbais, como contato visual, expressões preocupadas e acenos com a cabeça. Hartikainen, Penttinen e Wahlström (2017) realizaram um estudo de caso de uma cliente com o diagnóstico de fobia social, com o intuito de compreender como a responsividade do terapeuta ou a sua ausência, contribui ou dificulta a assimilação das experiências problemáticas da cliente através do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas. Neste estudo, averigua-se a evolução da cliente ao longo do tratamento, assim como a importância da capacidade de resposta do terapeuta para obter resultados positivos. Ou seja, a capacidade de resposta e a sensibilidade do terapeuta são cruciais para a melhoria dos sintomas da cliente. Adicionalmente, constata-se que a empatia também é um elemento fulcral na responsividade terapêutica, uma vez que envolve a perceção do outro para adaptar as necessidades momento a momento, de forma a obter resultados positivos no tratamento (Brow, Canada, Elkin, Falconnier, Henderson, Mckay, & Smith, 2014).

Por outro lado, tendo em conta que o processo terapêutico é interativo, determinados comportamentos do cliente podem influenciar as intervenções utilizadas pelo terapeuta, ou seja, a resistência por parte do cliente na terapia pode influenciar o resultado do tratamento, levando ao insucesso terapêutico (Elkin et al., 2014). Considera-se um caso de insucesso terapêutico quando o cliente abandona o tratamento, existe um agravamento de sintomas, falha no cumprimento dos objetivos propostos por ambos no início da intervenção, inexistência de qualquer mudança no cliente, entre outros (Ferreira, Pereira, Pinheiro, Pinto, & Ribeiro, 2015). No entanto, ainda existem poucos estudos que expliquem a relação entre responsividade e o

insucesso terapêutico, nomeadamente na TCC, tornando-se essencial apostar em estudos sobre a responsividade, no sentido de explicar qual o papel da mesma para o insucesso terapêutico. Para Andretta, Oliveira e Pureza (2013), a desistência da terapia pode ser influenciada por diversos fatores, nomeadamente as características do cliente, do terapeuta, ou mesmo as estratégias que este utiliza. Para além disso, o cliente pode abandonar a terapia por não estar satisfeito com o seu terapeuta, devido a este não estar a responder às suas necessidades, ou por achar que o mesmo “traiu” a sua confiança (Barrett, Crits-Christoph, Gibbons, Thompson, & Wee-Jhong, 2008; Greenberg, Kominiak, Swift, & Whipple, 2012). Adicionalmente, algumas expectativas e crenças do cliente, sobre si, os outros e o mundo, afetam o seu comportamento, causando imprevisibilidade. Ou seja, alguns clientes que se antecipam em abandonar o processo terapêutico, tendem a ocultar as suas dificuldades e necessidades, ou podem responder ao terapeuta com hostilidade e resistência, impedindo que este possa fornecer o apoio necessário (Muran & Safran, 2000; Greenberg, Kominiak, Swift, & Whipple, 2012).

Tendo em conta a revisão da literatura, é possível verificar que a investigação direcionada para compreender o papel da responsividade terapêutica nos resultados terapêuticos ainda é escassa. No que diz respeito à compreensão dos insucessos terapêuticos em TCC para a depressão, parece ser quase nula a investigação acerca dos mecanismos envolvidos. Isto é, não se compreende ainda como o terapeuta responsivo influencia o decurso da sintomatologia ao longo ao processo terapêutico.

Deste modo, torna-se importante compreender a relação, a existir, entre a responsividade do terapeuta e o resultado em TCC e que comportamentos do terapeuta ao longo da TCC estão associados, nomeadamente, ao insucesso terapêutico.

O presente estudo tem por objetivo geral analisar a relação entre a responsividade do terapeuta e o resultado terapêutico ao longo de um caso clínico de 16 sessões de TCC, num caso diagnosticado com Perturbação Depressiva Major, moderada, cujo resultado foi de

insucesso terapêutico. O presente estudo tem como objetivos específicos: (i) Descrever e caracterizar a evolução da responsividade terapêutica ao longo das 16 sessões de TCC; (ii) e, perceber se existe uma associação entre a evolução da responsividade do terapeuta ao longo das sessões e a evolução dos sintomas psicopatológicos, num caso com insucesso terapêutico. Pretende-se, no final do estudo empírico, responder às seguintes questões de investigação: Como evolui a responsividade do terapeuta num caso de insucesso de TCC para a depressão? Qual a relação entre os comportamentos do terapeuta ao longo das sessões de TCC para a depressão e a evolução dos sintomas psicopatológicos, num caso com insucesso terapêutico?

Capítulo II: Estudo empírico

1. Método

A presente investigação recorreu a um estudo de caso, no qual é utilizada uma medida observacional codificada por dois juízes, originando uma análise de dados descritiva.

1.1. Participantes

Os participantes do presente estudo – cliente e terapeuta – fazem parte da amostra global de participantes do projeto de investigação em Psicologia “Descentração e mudança em Psicoterapia: Estudo sobre eficácia da psicoterapia em depressão ligeira e moderada”, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia sob a coordenação do Prof. Doutor João Salgado, e desenvolvido no Instituto Universitário da Maia (ISMAI). Este projeto de investigação teve como objetivo geral avaliar a eficácia da Terapia Focada nas Emoções no tratamento de adultos diagnosticados com Depressão ligeira a moderada, sem recurso a fármacos, quando comparada com a TCC. Os critérios de seleção dos participantes foram: idade superior a 18 anos, diagnóstico de Perturbação Depressiva Major ligeira ou moderada,

ter uma avaliação global do funcionamento na sessão de avaliação (sessão 0), superior a 50, e não estar a ser alvo de intervenção psicofarmacológica.

1.1.1. Cliente

O cliente, do sexo masculino e com 19 anos de idade, foi diagnosticado com uma Perturbação Depressiva Major, ligeira a moderada (humor deprimido, ausência de apetite, insónias, dificuldades na concentração, sentimentos de desvalorização, e falta de interesse na realização de atividades). Para além disso, também apresentava sintomatologia de Ansiedade Social, nomeadamente, receio de ser avaliado negativamente pelos outros; preocupação com a possibilidade de o considerarem inferior, aborrecido e sem interesse; ansiedade face a situações de exposição social (e.g., conversar com amigos); ansiedade antecipatória; e isolamento social. Com o nome fictício “Pedro”, foi alvo de 16 sessões de TCC, com uma duração de 60 minutos aproximadamente, ao longo de um período de quatro meses. Inicialmente, numa sessão 0, e para efeitos de avaliação e diagnóstico, foi implementado um protocolo de avaliação que incluiu, entre outros instrumentos, o BDI-II (Barros, Coelho, & Martins, 2002) para avaliação da sintomatologia depressiva nas sessões 1, 4, 8, 12 e 16. A pontuação obtida no BDI-II pelo cliente na sessão 0, foi de 31, indicadora de uma sintomatologia clinicamente significativa, ligeira a moderada. No final do processo terapêutico, o cliente obteve uma pontuação no BDI-II de 24, tendo sido considerado um caso com insucesso.

Até à data do processo terapêutico, o Pedro vivia com os seus pais e com a sua irmã mais velha. Encontrava-se numa relação amorosa e a frequentar uma Licenciatura em Engenharia, embora pretendesse mudar de universidade e de curso.

O cliente passou a sua infância aos cuidados da sua mãe, descrevendo-a como sobreprotetora, referindo também que tinha um pai ausente, devido ao seu emprego, e, deste modo, o Pedro não apresentava uma rotina estruturada. Quando ingressou para o primeiro

ensino básico, apresentou algumas dificuldades na sua adaptação (e.g., timidez), sendo que ao longo do tempo a sua autoestima foi melhorando.

Posteriormente, quando ingressou para o 3º ciclo, integrou-se num grupo de pares de risco, começando a faltar às aulas, a fumar, a sair à noite, e, conseqüentemente reprovou no 9º ano, no qual os seus pais não reagiram bem, obrigando-o a ir trabalhar para o campo nas férias. No 10º ano ingressou para um colégio interno, por vontade própria, com uma boa adaptação ao contexto, salientando que ganhou mais maturidade e a considerar que tinha muitos defeitos, sentindo-se em baixo.

Após o término do secundário, o Pedro ingressou para a faculdade, piorando o modo como se sentia, referindo que não gostava de si mesmo, da forma como falava, ria ou reagia, considerando-se uma “má pessoa”. Relatou que estes sentimentos ocorriam maioritariamente em situações em que estava acompanhado, tendo em conta que achava que poderia ser mais interessante, aborrecendo-se facilmente. Para além disso, referiu que no colégio dava-se bem com as pessoas, tendo em conta que convivia pouco tempo com estas, enquanto que se passar mais tempo (e.g., faculdade), sente-se aborrecido, focando-se naquilo que está a dizer e na forma como está, como se estivesse a avaliar-se, optando por se isolar em casa.

Adicionalmente, o cliente mencionou que vivia com a sua irmã durante a semana, uma vez que esta também estava a frequentar a faculdade, regressando a casa dos pais ao fim-de-semana. No entanto, apresenta uma relação conflituosa com a sua irmã, tendo em conta que a mesma, está constantemente a dizer-lhe que está “farta” do Pedro e que nunca vai ser “ninguém na vida”, fazendo com que se sinta “em baixo”.

1.1.2. Terapeuta

A terapeuta, do sexo feminino, tinha habilitações académicas de Doutoramento em Psicologia Clínica, com oito anos de experiência clínica como psicoterapeuta. A terapeuta foi

supervisionada semanalmente ao longo do processo de TCC por uma terapeuta cognitivo-comportamental com experiência superior.

1.1.3. Protocolo de TCC para a depressão

O protocolo de TCC utilizado foi adaptado dos protocolos de TCC para a depressão de Beck e colaboradores (1979) e Leahy e Holland (2000). Este foi constituído por 16 sessões semanais, e por 6 sessões adicionais de follow-up, com uma duração de 50 a 60 minutos aproximadamente.

O protocolo prevê que numa fase inicial seja estabelecida a relação terapêutica, seguida da definição dos objetivos do cliente para a terapia, a partir da listagem de problemas identificados e hierarquizados de acordo com a sua prioridade pelo mesmo. Segue-se a psicoeducação sobre a depressão e a apresentação da formulação clínica do caso à luz do modelo cognitivo-comportamental. Posteriormente, são introduzidas as técnicas comportamentais, nomeadamente, a ativação comportamental (e.g., agenda de atividades) e o treino de competências de regulação emocional, neste caso, de gestão da ansiedade (e.g., respiração diafragmática). Numa segunda fase, com recurso, nomeadamente, à psicoeducação, são introduzidas as técnicas cognitivas, avaliação e reestruturação cognitiva, nomeadamente, de pensamentos automáticos, crenças intermédias e distorções cognitivas. Sempre que necessário, o protocolo prevê o recurso a técnicas de resolução de problemas pessoais e interpessoais, bem como o treino de competências (e.g., assertividade). Numa terceira fase, o protocolo contempla a avaliação e reestruturação de esquemas centrais e esquemas cognitivos negativos, terminando com a revisão do processo terapêutico e a prevenção da recaída. Tal como supramencionado, após o término das dezasseis sessões, são realizadas sessões de follow-up com o intuito de manter os ganhos obtidos, num intervalo de um mês, três meses, seis meses e um ano após a finalização.

1.1.4. Descrição das sessões

A *primeira* sessão psicoterapêutica, foi destinada ao estabelecimento de uma aliança terapêutica com o cliente, aprofundar o pedido da consulta, recolher dados sobre a problemática e sintomatologia associada e explicar como se processa a intervenção psicológica. A *segunda* sessão consistiu no prosseguimento da exploração da história de vida do cliente e, posteriormente, foram definidos e hierarquizados os objetivos a serem trabalhados ao longo das sessões. Adicionalmente, a terapeuta recorreu à psicoeducação para explicar o que são PA e a importância de compreender se estes são ajustados ou não. Seguidamente, forneceu ao cliente uma brochura sobre a depressão e solicitou que registasse durante a semana a sua qualidade do sono, assim como as atividades do seu dia-a-dia e o prazer que obteve ao realizá-las.

Na *terceira* sessão, o Pedro relatou que foi a um funeral e que chorou, ficando preocupado com aquilo que os outros estavam a pensar de si. A terapeuta explorou os pensamentos do cliente que sucederam naquele momento, recorrendo à psicoeducação, técnica da seta descendente, questionamento socrático e teste da realidade, salientando a importância de ter pensamentos alternativos. Do mesmo modo, foi fornecido ao cliente um registo diário de pensamentos disfuncionais e, posteriormente, reverão os trabalhos de casa. Adicionalmente, foi promovida a ativação comportamental, onde a terapeuta propôs ao cliente a realização de um plano de atividades (i.e., agenda semanal), explicando os benefícios do exercício físico e da qualidade do sono. Na *quarta* sessão, o Pedro encontrava-se muito em baixo, referindo que não tinha vontade de fazer nada (e.g., não fez os trabalhos de casa). A terapeuta explorou o que acontece nessas situações (e.g., surgem crenças tais como “*sou um inútil*”), recorrendo à psicoeducação, técnica da seta descendente e reestruturação cognitiva. Posteriormente, tendo em conta que o Pedro evita estudar, devido à ausência de motivação e dificuldades de concentração, foi-lhe sugerido que estudasse apenas meia hora todos os dias, num local

confortável, uma vez que o ambiente de casa é de stress para si. No final, o cliente referiu que esta consulta lhe fez sentir melhor e que ia ao ginásio pela primeira vez.

Na *quinta* sessão, exploraram o facto de o cliente ser muito crítico e negativo consigo mesmo, uma vez que tende a desvalorizar momentos positivos ou quando faz algo bem, no qual a terapeuta recorreu à psicoeducação e reestruturação cognitiva de PA. Para além disso, também exploraram o que acontece quando o Pedro está a estudar (e.g., evitamento) e os pensamentos que surgem, sugerindo que estivesse atento aos mesmos durante a semana. Na *sexta* sessão, foram abordados alguns pensamentos do cliente associados ao falhar e ao evitamento, no qual a terapeuta recorreu à psicoeducação e reestruturação cognitiva com o intuito de testar a validade dos mesmos. Adicionalmente, analisaram a possibilidade de ser criado um plano B (e.g., part-time), caso o Pedro não conseguisse obter transferência para outra faculdade, com o intuito de se autonomizar e se manter ocupado. Posteriormente, foi proposto ao cliente que passasse apenas a matéria das cadeiras, uma vez que não exige tanta concentração. No final, a terapeuta recorreu à psicoeducação sobre o exercício da respiração diafragmática, exemplificando com o cliente, propondo que o executasse no seu dia-a-dia.

Na *sétima* sessão, continuaram a explorar a hipótese de um plano B e da possibilidade de o Pedro ingressar noutra faculdade. Posteriormente, o cliente relatou que se cruzou com uma pessoa na rua, que conhecia de vista, ficando com receio de ter sido avaliado negativamente. No entanto, a terapeuta salientou a importância de não olhar para os pensamentos como verdadeiros, questionando o cliente sobre possíveis pensamentos alternativos que poderia ter naquela situação, recorrendo à psicoeducação, técnica da seta descendente e reestruturação cognitiva. Adicionalmente, o cliente referiu que se inscreveu no centro de emprego e que conseguiu passar a matéria das cadeiras. No final da sessão, realizaram o exercício de relaxamento por imaginação e respiração diafragmática. Na *oitava* sessão, o cliente mencionou sentir que está a evoluir com o auxílio das consultas, tendo chegado a algumas conclusões.

Posteriormente, exploraram o facto de o Pedro pensar apenas no futuro como forma de evitar as dificuldades que experiencia no presente, onde a terapeuta recorreu à psicoeducação e reestruturação cognitiva. Também sugeriu ao cliente que registasse num papel “o que é que eu posso fazer hoje?”, e se surgirem pensamentos durante a realização da tarefa, deverá “catalogá-los”, no sentido em que quando terminar a tarefa, poderá olhar para estes como algo que surge, não permitindo que seja invadido pelos mesmos. Adicionalmente, o Pedro relatou que na semana passada festejou o seu aniversário, e dias antes, começou a antecipar que iria estar exposto a muita gente, pensando que seria melhor ficar em casa (ansiedade antecipatória). Perante esta situação, a terapeuta recorreu à psicoeducação sobre PA e alternativos, técnica da seta descendente e reestruturação cognitiva.

A *nova* sessão, centrou-se maioritariamente na relação amorosa do cliente, tendo em conta que este não tenciona contar à sua namorada que está a receber acompanhamento psicológico, pois não quer que esta tenha pena de si. O Pedro considera a sua namorada como o seu pilar, mas que, no entanto, não gosta dela a 100 %, pensando várias vezes em terminar a relação. Ao relatar esta situação, o cliente demonstrou sentir-se em baixo, na medida em que a terapeuta explorou o que acontece quando estão juntos, recorrendo à psicoeducação, técnica da seta descendente, questionamento socrático e resolução de problemas. Na *décima* sessão, o Pedro demonstrou mais uma vez estar a progredir, tendo em conta que se expôs a situações que inicialmente eram difíceis para si, dirigindo-se ao centro de formação de reparação automóvel, no qual agendou reuniões com profissionais dessa instituição (plano B). Para além disso, tendo em conta que o Pedro está indeciso entre as áreas que pretende seguir, a terapeuta recorreu ao treino de resolução de problemas. Paralelamente, caso consiga mudar de curso, o cliente refere sentir-se em baixo por começar tarde, tendo em conta que o seu pai já gastou imenso dinheiro, no qual a terapeuta utilizou a psicoeducação, questionou sobre os seus pensamentos, testando a validade dos mesmos.

Na *décima primeira* sessão, o Pedro encontrava-se muito em baixo por não ter conseguido ser transferido para outra faculdade, onde a terapeuta recorreu à psicoeducação, normalizando o modo como o cliente se estava a sentir. Do mesmo modo, o cliente refere sentir-se preocupado com a reação dos seus pais e que está farto da faculdade que atualmente frequenta, pretendendo afastar-se do seu grupo de amigos que estudam na mesma, por não aprovar determinadas coisas que estes fazem (e.g., criticar). Neste sentido, a terapeuta explorou os tipos de pensamentos que surgem e que estão associados ao evitamento da universidade, recorrendo à psicoeducação, reestruturação de PA, pensamentos alternativos, técnica da seta descendente e questionamento socrático. Na *décima segunda* sessão, a terapeuta recorreu à psicoeducação e teste da realidade para explorar as preocupações que o Pedro apresenta por constatar que é avaliado negativamente pelos outros. Posteriormente, o cliente referiu que se encontra a estudar para o próximo exame e que se sente motivado, uma vez que está a receber explicações de um colega, chegando à conclusão que o estudo acompanhado torna-se mais rentável para si do que individualmente.

Na *décima terceira* sessão, o cliente relatou que o seu exame correu bem, pois tinha uma segurança (i.e., copiar), referindo que estudou todos os dias, uma vez que frequentou as explicações do seu colega. A terapeuta recorreu à psicoeducação, salientando que mais uma vez verifica-se que o cliente está a evoluir, tendo em conta que o mesmo associava os momentos de estudo ao desconforto, pois tinha a noção de incompetência, e que no entanto, expôs-se a uma situação que geralmente costumava evitar (i.e., estudar), recorrendo a um método de estudo diferente. Abordaram o tema perfeccionismo e o modo como este se manifesta e em que situações, sendo importante procurar alternativas, no qual a terapeuta recorreu à psicoeducação sobre o mesmo e reestruturação cognitiva. Na *décima quarta* sessão, o Pedro apresentou planos ativos de ação e recorreu a estratégias de distração. Para além disso, abordaram o facto de o perfeccionismo ainda permanecer em determinadas situações, assim

como os “ataques do nada” (apesar de estes não serem tão frequentes), onde colocaram a possibilidade de ser uma dificuldade do Pedro em lidar com críticas ou situações novas, no qual a terapeuta recorreu à psicoeducação e ao treino de resolução de problemas. Além disso, o cliente referiu ter pensamentos alternativos, algo que não conseguia anteriormente, sentindo-se diferente e mais objetivo.

Na *décima quinta* sessão, continuaram a explorar o facto de o Pedro apresentar pensamentos rígidos (e.g., relacionados com o perfeccionismo) e da importância de os colocar como hipóteses e testá-los (reestruturação cognitiva). Posteriormente, tendo em conta que o processo terapêutico se encontra no final, o Pedro referiu não se sentir ansioso, e que, no entanto compreende o motivo de determinadas coisas acontecerem, mas que outras nem tanto (e.g., “ataques do nada”). A terapeuta recorreu à psicoeducação, teste da realidade e treino de resolução de problemas, explorando os “ataques do nada”, referindo que estes poderão ter a ver com situações de vulnerabilidade, e no qual o cliente se sente desconfortável com a possibilidade de os outros perceberem. Posteriormente, o Pedro relatou que discutiu com a sua irmã, sentindo-se mal com a situação, e deste modo, a terapeuta recorreu ao treino de resolução de problemas e competências interpessoais (e.g., assertividade). Na *décima sexta* sessão, o cliente referiu que se inscreveu em duas cadeiras na universidade que frequenta e nos exames nacionais, de forma a poder ingressar na faculdade que pretende, no qual tem receio de não passar nos exames, onde a terapeuta recorreu à reestruturação cognitiva. Além disso, encontra-se a frequentar alguns cursos relacionados com mecânica automóvel, sentindo-se motivado. Nesta sessão, foi feita uma revisão geral das principais competências aprendidas pelo Pedro ao longo do processo terapêutico, e de este colocá-las em prática em determinados momentos, assim como das situações que ainda estão confusas para si (prevenção da recaída).

1.2. Instrumentos

Para avaliar a evolução dos sintomas psicopatológicos do cliente ao longo das 16 sessões de TCC foi utilizado o *Outcome Questionnaire-10* (OQ-10; Lambert et al., 1998) e como medida da responsividade do terapeuta foi utilizada a *Therapist Responsiveness Scale* (Elkin et al., 2014).

1.2.1. Outcome Questionnaire – 10 (OQ-10)

O OQ-10 é uma versão reduzida do OQ-45 (Machado & Fassnacht, 2014) traduzido e validado para a população portuguesa por Machado e Fassnacht (2014). É um questionário de autorrelato constituído por dez itens com o intuito de avaliar a evolução dos sintomas psicopatológicos do cliente ao longo do processo terapêutico em dois domínios: *bem-estar psicológico* (“sou uma pessoa feliz”; “estou satisfeito(a) com a minha vida”; “estou satisfeito(a) com as minhas relações com os outros”; “sinto-me amado(a) e desejado(a)”; “sinto-me satisfeito(a) com as minhas relações afetivas/amorosas”); e *sofrimento psicológico* (“sinto-me medroso(a)/aterrorizado(a)”; “sinto que há qualquer coisa que não está bem com a minha mente/cabeça”; “sinto-me triste”; “sinto-me sozinho(a)”; “sinto-me stressado(a) no trabalho/escola”). Os itens são avaliados numa escala de Likert de 5 pontos (“Nunca” – “Quase sempre”), para uma pontuação máxima de 40 pontos. Pontuações altas indicam maior severidade dos problemas clínicos (ponto de corte da população clínica é de 64). As características psicométricas deste questionário apontam para valores adequados de consistência interna (α de Cronbach = .88) e uma confiabilidade teste-reteste de .74. Neste estudo, tendo em conta que o OQ-45 foi administrado nas sessões 1, 4, 8, 12 e 16 e o OQ-10 nas restantes, foi realizada a conversão do valor obtido do OQ-45 para o OQ-10.

1.2.2. Therapist Responsiveness Scale (TRS)

Para avaliar a responsividade terapêutica, foi utilizado a *Therapist Responsiveness Scale* (TRS; Elkin et al., 2014), traduzida e adaptada por Calaboïça, Meira e Santos (2018). Trata-se de uma escala tipo Likert de 0 a 4, constituída por 12 itens que são avaliados a cada cinco minutos ao longo da visualização das sessões terapêuticas, por um codificador, e por 14 itens globais que são avaliados no final de cada sessão.

Apesar de a maioria dos itens se focar no comportamento do terapeuta, alguns dos itens remetem para o comportamento do cliente, assim como para a opinião do codificador sobre a relação terapêutica que visualiza em cada sessão.

Os primeiros 12 itens, dizem respeito aos *comportamentos do terapeuta*, nomeadamente: contacto ocular, utilização de encorajadores mínimos, demonstração de interesse no cliente, desempenho para compreender o cliente, se se mantém no tópic, se responde aos sentimentos expressos verbalmente pelo cliente, inferência sobre conteúdos ou sentimentos não expressos, se valida, afirma e normaliza, se interrompe o fluxo da sessão, repreende, julga, critica, faz juízos de valor, contraria e minimiza o cliente. O último item diz respeito aos *comportamentos do cliente*, nomeadamente, sentimentos expressos por este.

No final da sessão, o codificador, numa escala de 0-4, avalia se o *terapeuta* respondeu aos sentimentos expressos pelo cliente, o nível de compatibilidade do discurso, nível apropriado de qualidade e intensidade emocional, se respondeu a padrões de conteúdo e/ou sentimentos, cuidado/compaixão, respeito e colaboração. Adicionalmente, também deverá avaliar se o *cliente* apresenta material através do qual é possível detetar padrões de conteúdo e/ou sentimentos, se exhibe/apresenta um comportamento hostil, a classificação global da responsividade do terapeuta, estimativa da perceção do cliente sobre a responsividade do terapeuta, impressão global do terapeuta, o quanto gosta do terapeuta e se o recomenda a um amigo, como também o quanto acha que é difícil tratar o cliente (Elkin et al., 2014).

Adicionalmente, no final da codificação de cada sessão, são realizadas as médias de cada item avaliado.

1.3. Procedimentos

O processo de codificação da responsividade da terapeuta ao longo das 16 sessões de TCC com recurso à TRS (Elkin et al., 2014), foi assegurado por duas codificadoras (uma das quais autora da presente dissertação), alunas do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, que receberam formação para treino da implementação da TRS, com o auxílio do manual da escala. A formação foi assegurada por uma doutoranda em Psicologia Clínica, mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, e contemplou a análise e codificação do mesmo caso (16 sessões de TCC para a depressão) pelas duas codificadoras individualmente. Com o intuito de avaliar o consenso (superior a 75%), as duas codificadoras reuniram sempre que necessário com a doutoranda até o consenso ser superior ao valor indicado.

Após a fase de treino, a autora da presente investigação, analisou e codificou o caso com insucesso terapêutico descrito, co-codificado tendo como co-codificadora para efeitos de consenso a doutoranda responsável pela formação, uma vez que a segunda codificadora deixou de estar disponível. No final, para a TRS foi alcançado um consenso de 94%.

2. Resultados

Os resultados da responsividade terapêutica e da sintomatologia psicopatológica ao longo das 16 sessões de TCC do caso de insucesso em causa serão apresentados na seguinte ordem: (1) evolução da sintomatologia psicopatológica e dos quatro fatores da TRS, por sessão, ao longo do processo terapêutico global, (2) evolução do fator *Atenção*, por sessão, (3) evolução do fator *Resposta Empática Precoce*, por sessão, (4) evolução do fator *Atmosfera*

Terapêutica Positiva, por sessão, e (5) evolução do fator *Responsividade Global do Terapeuta*, por sessão.

Tabela 1

Evolução da sintomatologia psicopatológica e dos quatro fatores da TRS, por sessão, ao longo do processo terapêutico global

Fatores da escala	Sessões															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Atenção	3.56	3.40	3.27	3.34	3.30	3.31	3.42	3.46	3.47	3.48	3.50	3.60	3.39	3.66	3.46	3.48
Resposta Empática Precoce	1.82	1.38	1.45	1.74	1.59	1.47	1.74	1.34	1.77	1.57	1.59	1.73	1.57	1.63	1.64	1.46
Comportamento Negativo	0.01	0	0	0	0.01	0	0	0	0	0.07	0	0	0	0	0	0
Atmosfera Terapêutica Positiva	3.16	3.66	3.41	3.58	3.75	3.66	3.66	3.66	3.66	3.75	3.75	3.66	3.66	3.66	3.5	3.5
Responsividade Global do Terapeuta	3.3	3.33	3.33	3.33	3.66	3.66	4	3.33	4	3.66	3.66	4	4	3.33	3.66	3.66
OQ-10	29	29	28	33	26	28	26	20	25	27	24	25	24	25	25	24

A análise da Tabela 1 mostra que, no geral, a *Responsividade Global do Terapeuta* e a *Atmosfera Terapêutica Positiva* são os fatores mais elevados (\approx nível 4) de responsividade terapêutica ao longo das 16 sessões de TCC neste caso, seguido do fator *Atenção*. O fator *Resposta Empática Precoce* é o menos elevado, seguido do fator *Comportamento Negativo*, que é quase inexistente.

A evolução da sintomatologia (*OQ-10*) ao longo das 16 sessões revela uma oscilação constante dos sintomas ao longo do processo terapêutico, na medida em que se regista um aumento da sessão 3 para a sessão 4 ($OQ-10 = 33$), seguido de uma diminuição na sessão 5

(OQ-10 = 26) e de novo um aumento ligeiro na sessão 6 (OQ-10 = 28). Regista-se posteriormente uma diminuição mais acentuada da sintomatologia na sessão 8 (OQ-10 = 20), seguido de um aumento significativo até à 10ª sessão (OQ-10 = 27). Na 11ª sessão regista-se uma ligeira diminuição (OQ-10 = 24), que se manteve até à última sessão. Globalmente, o cliente registou uma ligeira redução dos sintomas da 1ª (OQ-10 = 29) para a 16ª sessão (OQ-10 = 24), mantendo uma sintomatologia clinicamente significativa.

A comparação do padrão de evolução da sintomatologia do cliente com os fatores da TRS revela um padrão semelhante de evolução da sintomatologia ao do fator *Resposta Empática Precoce* na 5ª, 8ª, 13ª e 16ª sessão, sendo que quando a sintomatologia diminui, a média do fator também diminui, enquanto que na 4ª, 9ª, 12ª, 14ª e 15ª sessão, quando a sintomatologia aumenta, o fator *Resposta Empática Precoce* também aumenta.

Tabela 2

Evolução do fator Atenção, por sessão

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Contacto ocular	3.87	4	4	4	3.95	3.96	3.86	3.97	4	3.97	4	3.96		4	4	4
Encorajadores mínimos	2.72	2.08	1.64	1.77	1.91	1.96	2.35	2.29	2.08	2.23	2.38	2.63	2.42	2.85	2.03	2.36
Interesse no cliente	4	4	4	4	4	3.96	3.97	4	4	3.97	4	4	4	4	4	4
Manter-se no tópico	3.63	3.52	3.43	3.6	3.33	3.33	3.48	3.58	3.81	3.76	3.63	3.81	3.75	3.80	3.81	3.56

Relativamente à evolução da dimensão *Atenção* da responsividade do terapeuta, representada na Tabela 2, é possível verificar que o item *Interesse no cliente* é o que se mantém mais elevado ao longo das sessões ($M = 4$). Neste item, é possível verificar que em todas as sessões a terapeuta se foca naquilo que o cliente está a relatar, preocupa-se, não se distrai e apresenta um comportamento não-verbal adequado (e.g., postura corporal orientada para o

cliente, tom vocal e expressão facial envolvida). O item *Contacto ocular* também se mantém elevado ao longo das sessões. Em relação à sessão 13, não foi possível visualizar o contacto ocular devido a problemas técnicos.

No que diz respeito ao item *Manter-se no tópico*, verifica-se uma oscilação ao longo das sessões do processo terapêutico. Neste item, destaca-se as sessões 3 ($M = 3.43$) e 5 ($M = 3.33$) com uma diminuição significativa em comparação com as sessões anteriores, e as sessões 9 e 12 com um crésimo acentuado ($M = 3.81$). Ao longo das sessões foi possível verificar que a terapeuta nem sempre se manteve no tópico, tal como se pode averiguar no excerto da sessão 1:

“Terapeuta: Tem havido resultados muito bons...depende de caso para caso.

Cliente: Sim, pode mudar de pessoa para pessoa.

Terapeuta: Mas, portanto, há quanto tempo é que se estava a sentir mais em baixo?”

Em relação ao item *Encorajadores mínimos*, também é possível registar uma oscilação constante ao longo das sessões. Na primeira sessão, verifica-se uma média de 2.72, seguido de um decréscimo acentuado até à 3ª sessão ($M = 1.64$). Seguidamente, observa-se um aumento significativo até à sessão 7 ($M = 2.35$) diminuindo até à sessão 9 ($M = 2.08$), seguido de um novo crésimo acentuado até à sessão 12 ($M = 2.63$). Posteriormente, regista-se novamente um aumento significativo na sessão 14 com uma média de 2.85 valores, no qual decresce acentuadamente na sessão 15 ($M = 2.03$). Perante estes resultados é possível verificar que a terapeuta não recorre frequentemente a encorajadores mínimos, tal como é visível na sessão 9:

“Terapeuta: O que ela lhe poderia dizer?

Cliente: Ia-me encher de perguntas e tudo mais...ia-me preencher de palavras que me iriam fazer sentir pior!

Terapeuta: Que tipo de palavras?

Cliente: Ai isto vai passar... eu sei o problema que tenho, mas as pessoas ao não saberem tratam-me de uma maneira normal...

Terapeuta: Então está-me a dizer que se ela soubesse, iria-o tratar de maneira diferente, que iria ter pena de si, é isso?

Cliente: Exato, ela não iria fazer nada por mal, mas...

Terapeuta: Há alguma coisa que perde por não contar?"

Tabela 3

Evolução do fator Resposta Empática Precoce, por sessão

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Esforça-se por compreender	2.57	2.41	2.24	2.75	2.68	2.09	2.84	2.12	2.87	2.69	2.69	2.93	2.69	2.73	2.48	2.53
Responde a sentimentos expressos	1.93	1.22	1.42	1.6	1.43	1.54	1.66	1.45	1.64	1.38	1.36	1.63	1.33	1.52	1.61	1.43
Inferre sobre conteúdos ou sentimentos não expressos	0.96	0.52	0.68	0.86	0.66	0.78	0.73	0.43	0.81	0.64	0.72	0.63	0.69	0.64	0.83	0.43

Relativamente ao fator *Resposta empática precoce* (Tabela 3), verifica-se que o fator mais elevado diz respeito ao item *Esforça-se por compreender*, seguido do item *Responde a sentimentos expressos*, e posteriormente ao item *Inferre sobre conteúdos ou sentimentos não expressos*.

Em relação ao item *Esforça-se por compreender*, verifica-se uma oscilação ao longo das sessões do processo terapêutico. Inicialmente, destaca-se a sessão 3 com um decréscimo significativo ($M = 2.24$), seguido de um aumento acentuado na sessão 4 ($M = 2.75$). Posteriormente, verifica-se novamente uma diminuição significativa até à sessão 6 ($M = 2.09$), aumentando na sessão 7, registando uma média de 2.84 valores. Adicionalmente, é passível de

ser observado uma redução significativa na 8ª sessão ($M = 2.12$), seguido de um crescimento acentuado na sessão 9 ($M = 2.87$). Destaca-se também uma evolução na sessão 12 ($M = 2.93$), diminuindo acentuadamente na sessão 16 ($M = 2.53$). Perante estes resultados é possível verificar que a terapeuta não recorre frequentemente ao comportamento de se esforçar por compreender.

No que diz respeito ao item *Responde a sentimentos expressos*, em comparação com a sessão 1 ($M = 1.93$), é possível de ser observado um decréscimo na sessão 2 ($M = 1.22$), registando-se um crescimento até à 4ª sessão ($M = 1.6$). Posteriormente, averigua-se uma redução até à 11ª sessão ($M = 1.36$), observando-se um crescimento na sessão 12 ($M = 1.63$), e novamente uma diminuição na sessão 13 com uma média de 1.33. Perante estes resultados, é possível verificar que este item não é muito elevado, tal como se pode averiguar no excerto da sessão 8:

C: Porque se calhar como eu sou uma pessoa mais envergonhada, é normal eu não conseguir estar muito descontraído, quando tenho tantas pessoas a olhar para mim pronto.

T: Mm-hm!

C: Se não fosse muito envergonhado, se calhar era mais fácil...

T: Exatamente.”

No que concerne ao item *Infere sobre conteúdos ou sentimentos não expressos*, também se verifica uma oscilação ao longo das sessões. Em comparação com a sessão 1 ($M = 0.96$), destaca-se a sessão 8 com um decréscimo significativo ($M = 0.43$). Posteriormente, regista-se um aumento na sessão 9 ($M = 0.81$), seguido novamente de um decréscimo na sessão 10 ($M = 0.64$). Adicionalmente, verifica-se um aumento na sessão 15 ($M = 0.83$), e posteriormente um decréscimo na última sessão ($M = 0.43$). Neste item, é possível averiguar que ao longo das

sessões, a terapeuta inferiu poucas vezes sobre conteúdos ou sentimentos não expressos pelo cliente.

Tabela 4

Evolução do fator Atmosfera Terapêutica Positiva, por sessão

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Nível compatível de discurso	3.33	3.33	3.33	3.33	3.66	3.33	3.33	3.33	3.33	3.66	3.66	3.33	3.33	3.33	3	3
Qualidade/Intensidade emocional	3	3.33	3	3	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33	3.33
Cuidado/Compaixão	3	4	3.66	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3.66	3.66
Respeito	3.33	4	3.66	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4

No que diz respeito ao fator *Atmosfera terapêutica positiva* (Tabela 4), em relação ao item *Nível compatível de discurso* verifica-se valores constantes até à sessão 4 ($M = 3.33$), seguido de um aumento ligeiro na sessão 5 ($M = 3.66$). Para além disso, destaca-se a 15ª sessão com uma diminuição significativa, com uma média de 3 valores. Neste item, constata-se que a terapeuta ao longo das sessões utilizou uma linguagem apropriada, sem inferiorizar, usando várias vezes as palavras e frases do cliente.

Em relação ao item *Qualidade/Intensidade emocional*, não se verifica uma oscilação significativa ao longo das sessões, tendo em conta que as mesmas variaram numa média entre 3 e 3.33 valores. Deste modo, é possível constatar que ao longo do processo terapêutico, o nível de intensidade emocional da terapeuta foi adequado, não sendo discordante com o do cliente.

Relativamente ao item *Cuidado/Compaixão*, na primeira sessão verifica-se uma média de 3 valores, aumentando significativamente na segunda sessão ($M = 4$), mantendo-se elevado nas restantes sessões (valores aproximados a 4). Em relação a este item, é possível verificar,

que durante as sessões a terapeuta demonstrou preocupação com o cliente e com o seu bem-estar.

No que concerne, ao item *Respeito*, na sessão 1, verifica-se uma média de 3.33 valores, seguido de um crésimo significativo na sessão 2 ($M = 4$), mantendo-se elevado ao longo das restantes sessões. Com estes valores, é possível constatar que a terapeuta, apresentou uma linguagem respeitadora com o cliente durante a intervenção.

Tabela 5

Evolução do fator Responsividade global do terapeuta, por sessão

Sessões	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Responsividade global do terapeuta	3,33	3,33	3,33	3,33	3,66	3,66	4	3,33	4	3,66	3,66	4	4	3,33	3,66	3,66

Relativamente ao fator *Responsividade global do terapeuta* (figura 5), verifica-se uma média de 3,33 na primeira sessão, mantendo-se constante até à sessão 4, seguido de um crésimo significativo até à sessão 7 ($M = 4$). Seguidamente, decresce acentuadamente na sessão 8 ($M = 3.33$), aumentando novamente na sessão 9 ($M = 4$). Na sessão 14, é possível verificar um decréscimo significativo com uma média de 3.33 valores. Ao visualizar estes resultados e no ponto de vista da codificadora, considera-se que a terapeuta foi globalmente responsiva com o cliente ao longo das sessões do processo terapêutico, uma vez que esta se demonstrou atenciosa, respeitadora, compreensiva e preocupada com o cliente.

3. Discussão

A presente dissertação teve como objetivos específicos, descrever e caracterizar a evolução da responsividade terapêutica ao longo das 16 sessões de TCC e, compreender a

relação entre a evolução da responsividade da terapeuta ao longo das sessões e a evolução dos sintomas psicopatológicos, num caso com insucesso terapêutico.

De um modo geral, foi possível constatar que quando o cliente apresenta elevados níveis de sintomatologia, verifica-se uma maior expressão dos comportamentos da terapeuta ao nível dos fatores *atenção* e *resposta empática precoce*, e o *comportamento negativo* tende a ser inexistente. Dentro do fator *atenção*, aparenta haver uma maior tendência da terapeuta para maior expressão dos encorajadores mínimos, mostra-se interessada e responsiva às informações ou conteúdos fornecidos pelo cliente (i.e., manter-se no tópico). No que diz respeito ao fator *resposta empática precoce*, a terapeuta tende a aumentar a expressão dos seus comportamentos, no qual se esforça por compreender as preocupações do cliente, sendo também responsiva à comunicação deste, quer em termos de conteúdo como de sentimentos expressos ou não expressos. Estes resultados vão de encontro a estudos realizados anteriormente, como por exemplo Beck e colegas (1979), argumentaram que o terapeuta responsivo é aquele que mantém o contacto ocular, infere nos sentimentos do cliente, ouve com atenção, não sendo crítico. Para Watson (2002), os comportamentos do terapeuta relevantes para a responsividade devem incluir vários comportamentos não-verbais, tais como, contato visual, expressões preocupadas e acenos com a cabeça, algo que se verifica na terapeuta em questão.

Para além disso, no que diz respeito ao fator *atmosfera terapêutica positiva*, quando o cliente apresenta elevados níveis de sintomatologia, a terapeuta tende a manter um nível compatível do discurso ($M = 3.33$), demonstrando uma linguagem apropriada, bem como, tende a manter um nível completamente adequado de qualidade/intensidade emocional, cuidado e compaixão, e respeito ($M = 4$). Estes resultados estão de acordo com o estudo realizado por Elkin e colaboradores (2014), onde constataram que para o cliente se manter envolvido na

intervenção terapêutica, o terapeuta deve manter o contacto ocular e recorrer a incentivos mínimos, assim como a um nível adequado de qualidade e intensidade emocional.

Por outro lado, quando o cliente apresenta menores níveis de sintomatologia, verifica-se uma menor expressão dos comportamentos da terapeuta ao nível do fator *resposta empática precoce*. Particularmente, a terapeuta tende a diminuir a expressão dos seus comportamentos em termos do esforço por compreender, responder a sentimentos expressos e inferir sobre conteúdos ou sentimentos não expressos pelo cliente. Relativamente aos outros fatores, quando o cliente apresenta menores níveis de sintomatologia, verifica-se no fator *atenção* uma oscilação nos comportamentos da terapeuta em várias sessões do processo terapêutico, pois esta tende a diminuir ligeiramente a expressão de alguns comportamentos e aumentar novamente, à exceção do item *interesse no cliente*. Ou seja, quando o cliente apresenta menores níveis de sintomatologia, a terapeuta tende a aumentar e a manter o seu interesse em compreender o cliente. Esta oscilação poderá ser explicada pela própria fase do processo terapêutico, que pressupõe um maior trabalho ao nível da ativação comportamental e reestruturação cognitiva, e não propriamente pela existência de um menor interesse da terapeuta relativamente à experiência do cliente. Neste sentido, quando o cliente apresenta maiores níveis de sintomatologia, a terapeuta tende a aumentar com mais frequência alguns comportamentos, demonstrando maior interesse e preocupação àquilo que está a acontecer no momento, dando ênfase ao que está a causar mal-estar ao cliente.

Seguidamente, no que diz respeito ao fator *atmosfera terapêutica positiva*, quando o cliente apresenta menores níveis de sintomatologia, a terapeuta tende a manter os níveis de cuidado/compaixão e respeito, com uma média de 4 valores.

De uma forma geral, no que concerne ao fator *responsividade global da terapeuta*, quer o cliente tenha demonstrado menores ou elevados níveis de sintomatologia, podemos constatar que a terapeuta foi globalmente responsiva ao longo do processo terapêutico, com uma média

superior a 3.33 valores, numa escala de 0 a 4. Isto, verifica-se também pelas médias obtidas em cada item de todos os fatores, assim como pela ausência do comportamento negativo. Elkin e colaboradores (2014) referem que quando o terapeuta apresenta comportamentos negativos, existe maior probabilidade de o cliente abandonar a terapia.

Apesar de ser um caso de insucesso, podemos considerar que ao longo da intervenção, foi estabelecida uma aliança terapêutica positiva entre cliente e terapeuta, o que também pode ser averiguado pelo facto de o cliente ter permanecido no tratamento até à última sessão do processo, sem ter demonstrado qualquer rutura da mesma. Tal como referido num estudo realizado por Ferreira, Ribeiro, Pinto, Pereira e Pinheiro (2015), a responsividade do terapeuta às necessidades do cliente ao longo das sessões, apesar da adesão ou ausência desta, às intervenções fornecidas pelo terapeuta, contribuem para a permanência do cliente no tratamento, assim como o desenvolvimento de uma aliança adequada.

Posteriormente, comparando a pontuação do BDI-II obtida pelo cliente na primeira sessão (BDI-II de 31 valores), com a pontuação obtida no final do processo terapêutico (BDI-II de 24 valores), é possível verificar um decréscimo da sintomatologia, apesar desta não ser muito significativa. Neste sentido, seria importante que o cliente pudesse usufruir de mais sessões, para além das 16 estabelecidas no âmbito do protocolo, uma vez que teria a possibilidade de diminuir ainda mais a sintomatologia, modificando assim o seu comportamento. No entanto, tendo em conta a sintomatologia significativa do cliente, importa também não descartar a possibilidade de outros fatores explicativos, tais como as suas características pessoais, resistência a mudanças, resistência cognitiva ou mesmo situações que poderão ter acontecido ao longo da semana, tendo em conta que o cliente preenche o OQ-10 no início de cada sessão.

Conclusão

Em suma, a presente dissertação pretendeu analisar a responsividade do terapeuta e o resultado terapêutico ao longo de um caso clínico de 16 sessões de TCC, num caso diagnosticado com Perturbação Depressiva Major, moderada, cujo resultado foi de insucesso terapêutico. No entanto, é possível verificar algumas limitações ao presente estudo, nomeadamente a dificuldade em encontrar literatura sobre estudos de processos de mudança, em particular em TCC, assim como a inexistência de estudos sobre responsividade terapêutica e casos de insucesso terapêutico.

Percebeu-se, neste estudo, que o caso com insucesso analisado teve uma terapeuta com elevada responsividade, embora com menores níveis de Resposta Empática Precoce, um fator deveras importante na manutenção da qualidade da relação e na compreensão do outro. Este estudo foi exploratório, sendo necessário investigar mais casos com estas características (insucesso) para se compreenderem quais os fatores da Responsividade diretamente envolvidos no resultado terapêutico de insucesso.

Referências

- Aghaei, M., Samkhaniyan, E., Mahdavi, A., Faraji, J., & Roshandel, Z. (2015). Effectiveness of behavioral-cognitive group therapy on depression, anxiety, and stress of patients with coronary heart disease. *Journal of Medicine and Life*, 8, 4, 2015, 252-257.
- Almeida, A. M. D., & Neto, F. L. (2003). Revisão sobre o uso da terapia cognitiva-comportamental na prevenção de recaídas e recorrências depressivas. *Rev Bras Psiquiatr*, 25, (4), 239-44. doi: 10.1590/S1516-44462003000400011
- APA (2014). DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Baillargenon, P., Coté, R., & Douville, L. (2012). Resolution process of therapeutic alliance Ruptures: A Review of the Literature. *Psychology*, 3, 12, 1049-1058. doi: 10.4236/psych.2012.312156
- Barber, J. P., & Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment for Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 951–958. doi:10.1037/0022-006X.64.5.951
- Barrett, M. S., Wee-Jhong, C., Crits-Christoph., Gibbons, M. B., & Thompson, D. (2008). Early withdrawal from mental health treatment: implications for psychotherapy practice. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 2, 247-267. doi: 10.1037/0033-3204.45.2.247
- Beck A. T. (1970). Cognitive therapy: Nature and relation to behavior therapy. *Behavior Therapy*, 1, 184–200. doi: 10.1016/S0005-7894(70)80030-2

- Beck, A.T., & Dozois, D.J.A. (2011). Cognitive therapy: Current status and future directions. *Annual Review of Medicine*, *62*, 397–409. doi:10.1146/annurev-med-052209-100032.
- Beck, A. X., Emery, G., Rush, A. J., & Shaw, B. E. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press
- Beck, J. S. (1997). *Terapia Cognitiva: teoria e prática*. São Paulo: Brasil
- Beck, J. S. (2002). Beck therapy approach. *Encyclopedia of Psychotherapy*, *1*, 155-163.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and practice*, *16*, 3, 252–260. doi: 10.1037/h0085885
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive-behavioral therapy: a structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*, 3, 441-449. doi: 10.1037//0022-006X.60.3.441
- Butler, A. C., Champan, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, *26*, 17–31. doi:10.1016/j.cpr.2005.07.003
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, M. (1993) Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 3, 497–504. doi: 10.1037/0022-006X.64.3.497
- Christian, A., Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Robert J. Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Hollon, S. D., & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance:

differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 3, 279-283. doi: 10.1037/a0023252

Christopher, M. S., Jacob, K. L., Neuhaus, E. C., Neary, T. J., & Fiola, L. A. (2009). Cognitive and behavioral changes related to symptom improvement among patients with a mood disorder receiving intensive cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychiatric Practice*, 15, (2), 95–102. doi:10.1097/01.pra.0000348362.11548.5f

Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *Eur Psychiatry*, 17 (4), 222-226. doi: S0924933802006636/SCO Crits-

Christoph, P., Connolly Gibbons, M. B., & Mukherjee, D. (2013) Psychotherapy Process-Outcome Research. In M.J. Lambert (Ed). *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6th Ed, pp. 298-340). New Jersey: Willey.

Crits-Christoph, P., Gallop, R., Diehl, C. K., Yin, S., & Gibbons, M. B. C. (2017). Mechanisms of change in cognitive therapy for major depressive disorder in the community mental health setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85, (6), 550–561. doi:10.1037/ccp0000198

Disner, S. G., Beevers, C. G., Haigh, E. A. P., & Beck, A. T. (2011). Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nature Reviews Neuroscience*, 1-11. doi: 10.1038/nrn3027

Dobson, K. S. (2008). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 3, 414-419. doi: 10.1037/0022-006X.57.3.414

Doss, B. D. (2006). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical psychology science and practice*, 11, (4), 368-386. doi: 10.1093/clipsy/bph094

- Dozois, D. J. A., Bieling, P. J., Patelis-Siotis, I., Hoar, L., Chudzik, S., McCabe, K., & Westra, H. A. (2009). Changes in self-schema structure in cognitive therapy for major depressive disorder: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*, (6), 1078–1088. doi:10.1037/a0016886
- Eaton, T. T., Abeles, N., & Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome: impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 25*, 4, 536-542. doi: 10.1037/h0085379
- Elkin, I., Falconnier, L., Smith, Y., Canada, K. E., Henderson, E., Brow, E. R., & Mckay, B. M. (2014). Therapist responsiveness and patient engagement in therapy. *Psychotherapy Research, 24*, 1, 52-66. doi: 10.1080/10503307.2013.820855
- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Pilkonis, P. A., & Hedeker, D. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the national institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 841– 847. doi:10.1037/0022-006X.63.5.841
- Elkin, I., & Smith, Y. (2007). *Therapist responsiveness study rating scale*. Unpublished manuscript, School of Social Service Administration, University of Chicago, Chicago, Illinois.
- Eubanks-Carter, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2014). *Rupture Resolution Rating System (3RS): Manual*. Unpublished manuscript, Mount Sinai – Beth Israel Medical Center, New York.
- Ferreira, A., Ribeiro, E., Pinto, D., Pereira, C., & Pinheiro, A. (2015). Colaboração terapêutica: Estudo comparativo dois casos de insucesso terapêutico – um caso finalizado e de um caso de desistência. *Análise Psicológica, 2*, (33), 165- 177. doi: 10.14417/ap.938

- Fordham, B., Sugavanam, T., Hopewell, S., Hemming, K., Howick, J., Kirtley, S., Nair, R. D., Hamer-Hunt, J., & Lamb, S. E. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioural therapy: a protocol for an overview of systematic reviews and meta-analyses. *BMJ Open*, 8, 12. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025761
- Fosshage, J. L. (1998). Optimal responsiveness and listening/experiencing perspectives. *Self psychology and intersubjectivity*, 117-139.
- Fowler, D., Garety, P., A. and Kuipers, L. (1995). *Cognitive Behavioral Therapy for People with Psychosis: a clinical handbook*. Chichester: Wiley
- Froeseler, M. V. G., Santos, J. A. M., & Teodoro, M. L. M. (2013). Instrumentos para avaliação de pensamentos automáticos: uma revisão negativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9 (1), 42-50. doi: 10.5935/1808-5687.20130007
- Friedlander, M. L. (2012). Therapist responsiveness: mirrored in supervisor responsiveness. *The Clinical Supervisor*, 31, 103-119. doi: 10.1080/07325223.2012.675199
- Gabalda, I., Ruiz, S. & Aguilar, S. (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.
- Garratt, G., Ingram, R. E., Rand, K. L., & Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 224-239. doi: 10.1111/j.1468-2850.2007.00081.x
- Gitlin, L. N., Roth, D. L., & Huang, J. (2014). Mediators of the impact of a home-based intervention (beat the blues) on depressive symptoms among older African Americans. *Psychology and Aging*, 29, (3), 601–611. doi:10.1037/a0036784

- Hardy G., & Llewelyn, S. (2015) Introduction to Psychotherapy Process Research. In O. Gelo, A. Pritz, & B. Rieken (Eds.), *Psychotherapy research: General issues, process, and outcome* (pp. 183–196). New York, NY: Springer-Verlag.
- Hellerstein, D. J., Erickson, G., Stewart, J. W., McGrath, P. J., Hunnicutt-Ferguson, K., Reynolds, S. K.,...Wang, Y. (2015). Behavioral activation therapy for return to work in medication-responsive chronic depression with persistent psychosocial dysfunction. *Comprehensive Psychiatry*, *57*, 140–147.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analysis. *Cognit Ther Res*, *36* (5), 427- 440. doi: 10.1007/s10608-012-9476-1
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. J. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: A meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*, 621–632. doi:10.4088/JCP.v69n0415
- Hofheinz, C., Reder, M., & Michalak, J. (2019). How specific is cognitive change? A randomized controlled trial comparing brief cognitive and mindfulness interventions for depression. *Psychotherapy Research*, *30*, (1), 1-17. doi: 10.1080/10503307.2019.1685138
- Horvath, A. O., & Luborsky, L. (1993). The Role of the Therapeutic Alliance in Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 4, 561-573. doi: 10.1037/0022-006X.61.4.561
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, *30*, (4), 467–480. doi:10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research*, *19*(4-5), 418-428. doi:10.1080/10503300802448899

- Khodaie, S., Khazaie, K., Kazemi, T., & Ali Abadi, Z. (2012). The impact of behavioral-cognitive group therapy on reduction anxiety and depression of patients with myocardial infarction. *Modern Care*, 9 (4): 364-370.
- King, B. R., & Boswell, J. F. (2019). Therapeutic Strategies and Techniques in Early Cognitive-Behavioral Therapy. *Psychotherapy*. doi: 10.1037/pst0000202
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Santiago, N. J., Vivian, D., Vocisano, C., Castonguay, L. G., . . . Keller, M. B. (2003). Therapeutic alliance in depression treatment: Controlling for prior change and patient characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 997–1006. doi: 10.1037/0022-006X.71.6.997
- Kwon, S., & Oei, T. P. S. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 1, 73–85. doi: 10.1016/S0005-7916(03)00021-1
- Kuyken, W. (2004). Cognitive therapy outcome: The effects of hopelessness in a naturalistic outcome study. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 6, 631–646. doi: 10.1016/S0005-7967(03)00189-X
- 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.
- Llewelyn, S., Macdonald, J., & Aafjes-van Doorn, K. (2016). *Process-Outcome Studies*. In (Ed. J. Norcross) *Handbook of Clinical Psychology*, American Psychological Association.
- Mcmain, S., Newman, M. G., Segal, Z. V., & Derubeis, R. J. (2015). Cognitive behavioral therapy: Current status and future research directions. *Psychotherapy Research*, 25, 3, 321-329. doi: 10.1080/10503307.2014.1002440

- Machado, P. P., & Fassnacht, D. (2014). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. doi:10.1111/papt.12048
- Neharshi. (2014). Associating Beck's cognitive behavior therapy with progressive muscular relaxation technique in treatment of major depression: A case report. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 5 (6), 711-714. doi: 10.15614/ijpp/2014/v5i2/52989
- Oei, T. P. S., & Free, M. L. (1995). Do cognitive behaviour therapies validate cognitive models of mood disorders? A review of the empirical evidence. *International Journal of Psychology*, 30, (2), 145–180. doi:10.1080/00207599508246564
- Orchowski, L. M., Uhlin, B. D., Probst, D. R., Edwards, K. M., & Anderson, T. (2009). An assimilation analysis of clinician-assisted emotional disclosure therapy with survivors of intimate partner sexual assault. *Psychotherapy Research*, 19, 3, 293–311. doi: 10.1080/10503300902810600
- Penttinen, H., Wahlström, J., & Hartikainen, K. (2017). Assimilation, reflexivity, and therapist responsiveness in group psychotherapy for social phobia: A case study. *Psychotherapy Research*, 27, 6, 710-723. doi: 10.1080/10503307.2013.820855
- Persons, J. B., & Burns, D. D. (1985). Mechanism of action of cognitive therapy: Relative contribution of technical and interpersonal intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 5, 539-551. doi: 10.1007/BF01173007
- Possel, P., & Black, S. W. (2014). Three Different Sequential Mediation Interpretations of Beck's Cognitive Model of the Development of Depression. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 1, 72-94. doi: 10.1002/jclp.22001

- Possel, P., & Hautzinger, M. (2006). Effects of pharmaco-and psychotherapeutic interventions in depression among children and adolescents. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (4), 243-53. doi: 10.1024/1422-4917.34.4.243
- Pothier, B., Dobson, K. S., & Drapeau, M. (2012). Investigating the relationship between depression severity and cognitive rigidity through the use of cognitive errors. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 14, 2, 35-40.
- Powell, V. B., Abreu, N., Irismar Reis de Oliveira, I. R. D., & Sudak, D. (2008). Cognitive-behavioral therapy for depression. *Rev Bras Psiquiatr*, 30, 2, 73-80. doi: 10.1590/S1516-44462008000600004
- Pureza, J. D. R., Oliveira, M. D. S., & Andretta, I. (2013). Abandono terapêutico na terapia cognitivo-comportamental. *Psicologia Argumento*, 31, 74, 561-568. doi: 10.7213/psicol.argum.31.074.AO10
- Reisner, A. D. (2005). The common factors, empirically validated treatments, and recovery models of therapeutic change. *The Psychological Record*, 55, 377-399. doi: 10.1007/BF03395517
- Ribeiro, E. (2009). *Aliança terapêutica: da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilíbrios.
- Ryum, T., Stiles, T. C., & Vogel, P. A. (2009). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in the treatment of depression and anxiety disorders. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 46, 651-657.
- Safran, J. D., McMain, S., Crocker, P., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27, 2, 154-165. doi: 10.1037/0033-3204.27.2.154

- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). Resolving Therapeutic Alliance Ruptures: Diversity and Integration. *Psychotherapy in Practice*, 56, (2), 233–243. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(200002)56:2<233::AID-JCLP9>3.0.CO;2-3
- Sexton, H. C., Hembre, K., & Kvarme, G. (1996). The interaction of the alliance and therapy microprocess: A sequential analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 471-480. doi:10.1037/0022-006X.64.3.471
- Sousa, Z. C. R. D. (2011). *Therapeutic Responsiveness as a moment-by-moment process of Alliance: Development of a conceptual-empirical model and an observational system*. Ph.D. Thesis, Universidade do Minho, Portugal.
- Strunk, D. R., DeRubeis, R. J., Chiu, A. W., & Alvarez, J. (2007). Patients' competence in and performance of cognitive therapy skills: Relation to the reduction of relapse risk following treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, (4), 523–530. doi:10.1037/0022-006X.75.4.523
- Stiles, W. B. (2009). Responsiveness as an obstacle for psychotherapy outcome research: It's worse than you think. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 86-91. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01148
- 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
- Swift, J. K., Greenberg, R. P., Whipple, J. L., & Kominiak, N. (2012). Practice Recommendations for Reducing Premature Termination in Therapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43, 4, 379-387. doi: 10.1037/a0028291
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Sudden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 6, 894–904. doi: 10.1037//0022-006x.67.6.894

- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, (1), 168–172. doi:10.1037/0022-006X.73.1.168
- Teyber, E. (2006). *Interpersonal process in therapy: An integrative model*. Belmont, CA, USA: Thomson Brooks/Cole
- Thimm, J. C., & Antonsen, L. (2014). Effectiveness of cognitive behavioral group therapy for depression in routine practice. *BMC Psychiatry, 14*, 292. doi:10.1186/s12888-014-0292-x
- Watson, J. C. (2002). Revisioning empathy. In D. J. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 445-472). Washington DC: American Psychological Association.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2000). Alliance ruptures and repairs in experiential therapy. *Psychotherapy in Practice, 56* (2), 175-186. doi: 10.1002/(sici)1097-4679(200002)56:2<175::aid-jclp4>3.0.co;2-5
- Weiss, J. (1993). *How psychotherapy works*. New York, NY: Guilford Press.