



O processo de assimilação de experiências problemáticas e os resultados a longo-prazo na psicoterapia para a depressão: Comparação de um caso de sucesso com um caso de sucesso com recaída

Dissertação de Mestrado Psicologia Clínica e da Saúde

Orientanda: Beatriz da Conceição Guedes Carvas Ramos Viana, N° 26118

Orientação: Professor Doutor João Manuel Castro Faria Salgado

Professora Doutora Isabel Maria Morais Basto

Câstelo da Maia,

Outubro, 2019

Agradecimentos

Nesta reta final, é impensável não refletir sobre tudo o que foi realizado ao longo deste último ano. Foi, sem dúvida, um ano de esforço, dedicação e, principalmente, de batalha e de conquista.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer aos meus orientadores, que foram sem dúvida a melhor escolha que fiz:

Ao Professor João Salgado, por todo o apoio prestado neste ano. Por ter sempre a palavra certa no momento certo e, principalmente, por acreditar sempre nas minhas capacidades. A exigência é algo que sempre o caracterizou e, por isso mesmo, não faria sentido ter feito outra escolha.

À Professora Isabel Basto, por toda a paciência, dedicação e disponibilidade. Por estar sempre pronta a ajudar e por controlar sempre a minha ansiedade. Obrigada por saber sempre o que dizer e por acreditar em mim, mesmo quando eu não acreditava. Obrigada por me mostrar que sou capaz e que, com dedicação e esforço, os meus objetivos conseguem ser cumpridos. Esta conquista é nossa e tenho todo o gosto em partilhá-la consigo, foi um prazer enorme trabalhar consigo e não faria sentido de outra forma.

Thank you, Professor Bill Stiles, for your support and for believe in me and in my ideas. It was been a pleasure working in this model. Thank you for everything.

Em segundo lugar, gostaria de agradecer a todos os docentes que me marcaram ao longo deste percurso: à professora Liliana Meira, à professora Carla Cunha, à professora Daniela Nogueira, à professora Carla Peixoto e à professora Catarina Almeida. Obrigada por todos os ensinamentos e por todo o apoio ao longo de todo o meu percurso. Tenho um grande carinho por todas.

Em terceiro lugar, quero agradecer a todos aqueles que partilharam este caminho comigo. Principalmente à Leonor, por ter sido o meu pilar, por me ter apoiado sempre e por estar sempre no sítio certo, à hora certa. “És incrivelmente incrível”.

À equipa da UNIDEP, pelos conselhos e pela disponibilidade. Principalmente à Patrícia, por sempre me tranquilizar e transformar os momentos de *stress* em gargalhadas.

Cherpe, Ana Rita, Paulo, Luís, Isabel, Sónia, Cristiana, Pedro, Carlos, João, Joana, Freitas, Rúben, Paty, José, Ana, obrigada por cada um à sua maneira acreditar em mim. Desculpem o meu mau humor, a minha falta de disposição e as vezes em que vos disse que tinha mais do que fazer. Obrigada por estarem sempre lá. Vocês são incríveis e são meus.

À Cláudia, por ser sempre incansável comigo. És metade de mim, o meu apoio, a minha força. Obrigada pela tua amizade, pela força e pela pessoa que és. És fantástica.

À Patrícia, por tudo. Por me fazeres sempre rir nos momentos mais difíceis e por seres sempre um ombro amigo. És uma pessoa incrível, acredita sempre em ti, tanto como acreditas em mim.

À Sandra. Não tenho palavras para ti, és tão especial. Foste o meu ponto de abrigo, o meu maior pilar e a minha força. Obrigada pelo apoio, pelas palavras e pelas horas infinitas a conversar. Obrigada por me apoiares sempre, por nunca me deixares desistir e por acreditares sempre em mim. És incrível. Obrigada por estares na minha vida.

À Vanessa, à Sofia, à Clara e à Cláudia, por todo o apoio. Obrigada pelas conversas e por me tranquilizarem sempre.

Aos meus padrinhos, por serem como segundos pais, por sempre me ajudarem e por sempre acreditarem em mim. Sou tão feliz por vos ter na minha vida.

À minha família, por todo o apoio que sempre me deram e por sempre me incentivarem a continuar. Em especial, à minha tia Natália por tudo o que fazes por mim. Desculpa o meu mau humor e a minha instabilidade. Gosto imenso de ti, obrigada.

Por último, porque o melhor fica para o fim:

À minha mãe, por ser a minha força. Obrigada por seres a melhor mãe do mundo, por lutares tanto por mim. Obrigada por permitires que isto seja possível, este trabalho deve-se, também, a ti. Sem ti nada disto seria possível.

Ao meu pai. Tenho tanta pena que não estejas aqui para me ver crescida a atingir aquilo que tanto querias. Consegui pai, por ti, por mim. Espero que estejas orgulhoso de mim. Isto é para ti.

Um enorme obrigada a todos aqueles que se cruzaram comigo ao longo deste capítulo.

Resumo

O modelo de Assimilação de experiências problemáticas descreve a mudança em terapia como um processo que ocorre através da assimilação gradual de experiências problemáticas no *self* (Stiles, 2001). Neste sentido, níveis mais altos de assimilação surgem associados a uma maior redução de sintomatologia e, conseqüentemente, a resultados mais positivos em termos de melhorias (Basto, Pinheiro, Stiles, Rijo & Salgado, 2016).

Existem inúmeros estudos relacionados com o processo terapêutico, bem como com a assimilação das experiências problemáticas, demonstrando que o processo de assimilação tem uma contribuição importante para a mudança em terapia (Stiles, 2001). No entanto, pouco se conhece sobre a contribuição do processo de assimilação de experiências problemáticas para a manutenção dos ganhos terapêuticos após o término da terapia.

Neste sentido, o principal objetivo do presente estudo passa por compreender como evolui o processo de assimilação durante e após a terapia e, paralelamente, comparar os níveis de assimilação com os valores da sintomatologia evidenciados.

Para tal, irão ser analisados dois casos de sucesso em Terapia Focada nas Emoções: um caso cujos ganhos foram mantidos ao longo da terapia, permanecendo assintomático um ano e meio após o término da terapia; e um segundo caso, que embora tenha sido submetido ao mesmo tipo de terapia, recaiu no período de um ano e meio após o término da terapia. Serão analisadas 5 sessões (1, 4, 8, 12 e 16) e 3 sessões de *follow-up* (1, 6 e 18 meses), onde serão identificados os diferentes níveis APES e a respetiva evolução.

Os resultados demonstraram que níveis mais elevados de APES surgem associados a menores níveis de sintomatologia. Posteriormente, verificou-se que níveis mais elevados (APES 6 e 7) surgem associados a maior probabilidade de manutenção dos ganhos.

Palavras chave: Depressão; Modelo de assimilação de Experiências Problemáticas; Mudança.

Abstract

The Assimilation Model of Problematic Experiences describes change in therapy as a process that occurs through the gradual assimilation of problematic experiences in the self (Stiles, 2001). In this sense, higher levels of assimilation appear associated with a reduction of symptoms and, consequently, more positive results in terms of improvement (Basto, Pinheiro, Stiles, Rijo & Salgado, 2016).

There are numerous studies related to the therapeutic process as well as the assimilation of problem experiences, demonstrating that the assimilation process has an important contribution to the change in therapy (Stiles, 2001). Consequently, it would be interesting to see if the changes that occur throughout the process continue after the therapy ends. However, little is known about the contribution of the process of assimilating problematic experiences to the maintenance of therapeutic gains after the end of therapy.

In this sense, the main objective of present study is to understand how the assimilation process evolves during and after therapy and, in parallel, to compare the assimilation levels with the evidenced symptomatology values.

To this end, two cases of success in Emotion-Focused Therapy will be analyzed: one case whose gains were maintained throughout therapy, remaining asymptomatic one year and a half after the end of therapy; and a second case, which although underwent the same type of therapy, fell within a year and a half after the end of therapy. Five sessions (1, 4, 8, 12 and 16) and 3 follow-up sessions (1, 6 and 18 months) will be analyzed, where the different APES levels and their evolution will be identified. The results showed that higher APES levels are associated with lower symptomatology levels. Later, it was found that higher levels (APES 6 and 7) are associated with a higher probability of maintenance of gains.

Keywords: *Depression; Assimilation Model of Problematic Experiences; Change.*

Índice

Introdução	1
Capítulo 1 – Enquadramento Teórico	3
1.1. A depressão e as suas características	3
1.1.1. Questões de diagnóstico/prevalência	3
1.1.2. Diferentes tratamentos e a sua eficácia para o tratamento da depressão	4
1.2. Recaída e remissão de sintomas	5
2. Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas.....	7
2.1. Introdução ao modelo de assimilação	7
2.2. Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES)	10
2.3. APES e a mudança terapêutica	12
Capítulo 2 – Estudo exploratório: Comparação de dois casos clínicos de sucesso, um com recaída e um sem recaída em Terapia Focada nas Emoções	13
3. Objetivos e questões de investigação.....	13
3.1. Participantes	13
3.2. Terapeutas	16
3.3. Modelo Terapêutico	17
3.4. Instrumentos.....	18
3.5. Procedimentos de recolha, análise de dados e fidelidade.....	21
3.6. Resultados	22
3.7. Discussão	39
Conclusão, implicações para a prática clínica, limitações, futuros estudos	44

Referências Bibliográficas47

Índice de Figuras

Figura 1. Evolução dos níveis APES e BDI-II caso *Elisabete*

Figura 2. Evolução dos níveis APES e BDI-II caso *Helena*

Figura 3. Valores brutos absolutos da assimilação caso *Elisabete*

Figura 4. Valores brutos absolutos da assimilação caso *Helena*

Índice de Tabelas

Tabela 1. Resultados BDI-II ao longo de todas as sessões do caso *Elisabete*

Tabela 2. Resultados BDI-II ao longo de todas as sessões do caso *Helena*

Tabela 3. Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas

Tabela 4. Resultados Caso *Elisabete*

Tabela 5. Resultados Caso *Helena*

Introdução

A depressão surge como uma das doenças mais prevalentes na atualidade, afetando um elevado número de indivíduos e, conseqüentemente, apresentando um grande impacto nas suas vidas (Carvalho, 2017; Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008). Neste sentido, são várias as tentativas de intervenção junto da depressão, destacando-se os tratamentos farmacológicos e os tratamentos psicoterapêuticos. De acordo com a literatura, ambos se apresentam como sendo eficazes no que respeita ao tratamento da depressão (Cuijpers, Andersson, Donker & Straten, 2011), procurando dar resposta às necessidades evidenciadas pelos sujeitos. Apesar destes tratamentos se demonstrarem eficazes, as taxas de recaída continuam bastante elevadas, evidenciando-se pouca informação relativamente a que processos poderão estar na base da prevenção da recaída. A investigação direcionada para a identificação de fatores que se relacionam com a manutenção dos ganhos adquiridos ao longo do processo terapêutico poderá funcionar como um contribuinte para a redução das taxas de recaída. Partindo deste pressuposto, a identificação de preditores que estão na base da recaída poderá permitir a implementação de estratégias ao longo do acompanhamento que permitam capacitar os clientes de forma a evitar futuras recaídas.

Ao longo dos últimos anos a investigação em Psicologia tem vindo a aumentar, principalmente no que respeita ao processo terapêutico, nomeadamente no sentido de compreender como ocorre o processo de mudança em terapia (Norcross & Hill, 2004; Norcross, Krebs & Prochaska, 2011; Prochaska & Norcross, 2001).

Neste sentido, o modelo de assimilação de experiências problemáticas procura explicar como ocorre a mudança ao longo de todo o processo terapêutico. O presente modelo baseia-se na ideia de que a mudança ocorre através da integração das experiências tidas como problemáticas no *self* (Stiles, 2011; Stiles et al., 1990; Stiles, Morrison, Harper, Shapiro & Firth-Cozens, 1991). Segundo esta abordagem, a mudança ocorre de uma forma gradual ao

longo de oito estádios medidos com recurso à Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas.

Embora seja considerado como sendo essencial em psicoterapia e os estudos realizados comprovem a relação entre o sucesso em terapia e a evolução em termos de assimilação de experiências problemáticas (Honos-Webb et al., 1999; Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998; Shapiro, Barkham, Reynolds, Hardy & Stiles, 1992; Stiles, Shapiro, Harpe & Morrison, 1995; Stiles et al., 1991), as investigações realizadas na análise do pós-terapia são escassas. Considerando que ao longo de todo o processo terapêutico os sujeitos são dotados de capacidades para promover a assimilação das experiências problemáticas e, conseqüentemente, trabalhá-las e assimilá-las, é esperado que os ganhos adquiridos ao longo do processo sejam transversais a outras fases da vida. Também se poderá questionar se níveis mais elevados de assimilação estarão associados a menor probabilidade de recaída.

Decidiu-se, assim, realizar um estudo exploratório no sentido de explorar estas questões. Foram, para tal, selecionados dois casos de sucesso, sendo que um não apresentava recaída enquanto que outro apresentava recaída no período de um ano e meio após o término da terapia.

A presente dissertação encontra-se dividida em dois capítulos: num primeiro momento foi realizado um levantamento relativamente à literatura existente no sentido de descrever as características da depressão, bem como do modelo de assimilação das experiências problemáticas. Posteriormente, num segundo capítulo é apresentado o estudo realizado, bem como todas as informações relevantes na realização do mesmo.

Capítulo 1 – Enquadramento Teórico

1.1. A depressão e as suas características

1.1.1. Questões de diagnóstico/prevalência

A depressão caracteriza-se como sendo uma das doenças mais prevalentes em todo o mundo, estimando-se que cerca de 4,4% da população mundial, mais de 300 milhões de indivíduos, sejam afetados por esta condição (Carvalho, 2017). Por outro lado, encontra-se mais prevalente no sexo feminino (5.1%) do que no sexo masculino (3.6%), atingindo o seu pico entre os 55 e os 74 anos de idade. O 1º Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental permitiu verificar que Portugal apresenta uma taxa de 7.9% de prevalência de perturbações depressivas (Carvalho, 2017). Consequentemente, a depressão corresponde a uma das doenças mais incapacitantes do momento, tendo um impacto muito significativo na vida dos sujeitos e na de todos os que os rodeiam. É uma condição que afeta os indivíduos a vários níveis, não só em termos psicológicos, mas também sociais, ocupacionais e em todas as outras áreas de funcionamento (Powell et al., 2008). Indivíduos que estejam a viver um período de depressão tendem a ver-se como incapazes e insuficientes, como se não fossem passíveis de ser gostados, ligando-se constantemente a emoções negativas e ao sofrimento (Dinger, Ehrental, Nikendei & Schauenburg, 2016).

De acordo com o DSM-5, para que um indivíduo seja diagnosticado com uma Perturbação Depressiva Major, aquela que representa o tipo mais frequente de depressão, é necessário que se encontrem presentes pelo menos cinco sintomas durante o período de duas semanas. Para além disto, um dos sintomas tem, obrigatoriamente, que ser humor deprimido ou perda de interesse ou de prazer (DSM-5). O intervalo entre o início do episódio depressivo e o início do tratamento aparenta estar diretamente relacionado com a severidade da sintomatologia e, consequentemente, com a resposta ao tratamento (Hung, Liu & Yang, 2017).

Uma duração mais curta entre o episódio e o início do tratamento aparenta estar relacionada com taxas de resposta e de remissão maiores, bem como a níveis inferiores de incapacidade após o tratamento (Hung, Liu & Yang, 2017).

1.1.2. Diferentes tratamentos e a sua eficácia para o tratamento da depressão

O tratamento da depressão é um processo complexo que implica a gestão de um conjunto de fatores e esforços para que este se demonstre eficaz. Assim sendo, não é possível identificar uma cura para a depressão, mas sim um conjunto de técnicas que poderão ser eficazes na redução sintomatológica e, conseqüentemente, na melhoria da vida dos sujeitos.

São evidenciadas diferentes técnicas que procuram dar resposta ao tratamento para a depressão: Psicoterapia, Farmacoterapia, técnicas de medicina alternativas (e.g. acupuntura, meditação) e prática de exercício físico (Qaseem, Barry & Kansagara, 2016). A literatura aponta para um grande debate entre os tratamentos farmacológicos e as técnicas de psicoterapia. Apesar disto, ambos os tratamentos se demonstram eficazes (Cuijpers et al., 2011).

O tratamento farmacológico surge como um dos recursos mais utilizados para o tratamento da depressão. O recurso ao antidepressivo é considerado como eficaz no tratamento de diferentes episódios depressivos, nomeadamente no que respeita à diminuição da sintomatologia depressiva (Bostwick, 2010).

Tratamentos Psicoterapêuticos

Os tratamentos psicoterapêuticos são encarados como essenciais no tratamento da depressão. Vários estudos defendem a ideia de que os indivíduos preferem tratamentos psicoterapêuticos, quando comparados a tratamentos farmacológicos (Shinohara et al., 2013). É possível encontrar um vasto número de tratamentos psicoterapêuticos que se demonstram eficazes para o tratamento desta patologia. Shinohara e colaboradores (2013) realizaram uma revisão analisando a eficácia de várias modalidades terapêuticas (e.g. Terapia Cognitivo-

Comportamental, Terapias Psicodinâmicas, Terapias Humanistas e Terapias Integrativas) no tratamento da depressão e concluíram que diferentes tipos de psicoterapia se demonstram eficazes no tratamento desta patologia.

Cuijpers e colaboradores (2011), bem como Barth e colaboradores (2013), realizaram uma meta-análise onde identificaram um conjunto de estudos dentro das diferentes modalidades terapêuticas, no sentido de verificar a sua eficácia no tratamento da depressão. Os autores concluíram que ambas as modalidades terapêuticas apresentam resultados positivos, demonstrando-se eficazes em termos de tratamento da depressão. Assim, é possível identificar que diferentes modalidades terapêuticas surgem associadas ao sucesso em termos de tratamento para esta patologia (Costa, Bastos & Eizirik, 2017; Fava, Rafanelli, Grandi, Canestrari & Morphy, 1998; Paykel et al., 1999; Watson, Goldman, & Greensberg, 2011).

Apesar de existirem várias formas de tratamento que procuram responder ao tratamento da depressão, esta continua a ser fortemente associada a elevadas taxas de reincidência, sendo que cerca de 60% dos indivíduos que atingem a fase de remissão sintomatológica apresentam, pelo menos, mais um episódio depressivo ao longo de toda a vida (Backs-Dermott, Dobson & Jones, 2010).

1.2. Recaída e remissão de sintomas

Embora se procure reunir um conjunto de esforços para contrariar esta estatística, a recaída é algo que surge associada ao processo da depressão. Neste sentido, numa parte significativa dos casos, os episódios depressivos acabam por se tornar recorrentes e o risco de recair é agravado mediante o número de episódios experienciados pelos sujeitos (Clarke, Mayo-Wilson, Kenny & Pilling, 2015).

A remissão de sintomas é considerada como um recurso no tratamento da depressão. A diminuição em termos de sintomatologia funciona como um indicador de um bom prognóstico. Apesar de não existir uma definição universal de remissão, o principal foco aponta

para as questões sintomatológicas e, conseqüentemente, para a sua diminuição. O’Leary, Hickey, Lagendijk e Webb (2010) verificaram no seu estudo, que integrou 86 participantes diagnosticados com Perturbação Depressiva Major, que a taxa de recaída foi maior nos primeiros seis meses após a remissão sintomatológica. Mais ainda, verificaram que mais de metade dos sujeitos, cerca de 57%, recaiu no período de remissão de dois meses.

Apesar das taxas de recaída serem extremamente elevadas, ainda há pouca informação relativamente aos processos terapêuticos que poderão funcionar como preditores da sua ocorrência. A investigação em psicoterapia, nomeadamente a investigação direcionada para os processos de mudança, poderá contribuir para perceber quais os processos inerentes à manutenção dos ganhos adquiridos ao longo do processo terapêutico. Neste sentido, seria importante compreender quais os processos subjacentes ao longo de toda a terapia que poderão contribuir para minimizar esta estatística.

Dos poucos estudos desenvolvidos neste âmbito, um deles procurou explorar a relação entre a regulação emocional e a recaída. Ebert, Hopfinger, Bockting & Berking (2017), evidenciaram que o desenvolvimento de capacidades de aceitação, tolerância e moderação das emoções aversivas é um importante contribuinte para a manutenção da saúde mental. Assim sendo, as questões relacionadas com a gestão e regulação emocional apresentam uma especial importância no pós-tratamento, no sentido em que ajuda no evitamento e minimização de padrões de pensamento desadaptativos e, conseqüentemente, na minimização da reativação de episódios depressivos (Ebert et al.,2017). Paralelamente, a gestão apropriada de eventos de vida *stressores* poderá, também, contribuir para o evitamento destes episódios. A criação e implementação de estratégias para lidar com eventos provocadores de *stress* permite que estes causem menos impacto na vida dos sujeitos e, conseqüentemente, que diminua a probabilidade de estes resultarem em episódios depressivos.

Apesar dos resultados promissores do estudo de Ebert e colaboradores (2017), pouco ainda se conhece sobre os processos psicoterapêuticos que ocorrem na fase aguda de tratamento da depressão e que poderão estar envolvidos na manutenção dos ganhos e na prevenção da recaída. Um maior conhecimento a este nível poderia contribuir para tornar a psicoterapia mais eficaz a longo prazo.

2. Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas

2.1. Introdução ao modelo de assimilação

A assimilação de experiências problemáticas é um processo que aparenta ocorrer ao longo de toda a terapia e que, conseqüentemente, surge associado com a mudança terapêutica (Caro-Gabalda & Stiles, 2016).

O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas (Stiles, 2001) assume-se como um modelo transteórico, integrativo daqueles que se resumem como sendo os aspetos essenciais durante o processo de mudança em terapia (Brinegar, Salvi, Stiles & Greensberg, 2006; Stiles et al., 1990). Este modelo corresponde a uma tentativa de explicar a integração das experiências problemáticas no *self*, fazendo uma descrição do processo pelo qual os indivíduos passam ao longo do acompanhamento terapêutico (Stiles, 2011; Stiles et al., 1990; Stiles, Morrison, Harper, Shapiro & Firth-Cozens, 1991).

Na sua primeira versão, o modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas assentava nos pressupostos da Teoria do Desenvolvimento de Piaget. Numa fase inicial do modelo, Stiles e colaboradores (1990) referem-se à assimilação tendo por base a noção de esquema, defendendo que as experiências problemáticas são assimiladas pelos sujeitos sob a forma de esquemas mentais. Os esquemas surgem, assim, como a representação da forma de pensar, organizar, sentir e agir dos indivíduos, formando um padrão de ideias (Stiles et al., 1990). Por sua vez, estes esquemas podem ser modificados ao longo do processo terapêutico de forma a assimilar as experiências encaradas pelo sujeito como problemáticas (Stiles, 2001).

Estas experiências problemáticas surgem, normalmente, associadas a acontecimentos que geram dor psicológica nos indivíduos resultando, em vários casos, no desenvolvimento de sintomas depressivos (Stiles et al., 1990). A incapacidade de integração destas experiências no *self*, causado pelo facto das experiências novas não irem de encontro aos esquemas pré-definidos pelo sujeito, gera um desconforto interno, resultando em dor psicológica. De acordo com o Modelo e Assimilação de Experiências Problemáticas, este desconforto está na base da explicação para a psicopatologia. Assim, a Psicoterapia pretende essencialmente promover a integração destas experiências junto do *self*, no sentido de potenciar a mudança e diminuir o impacto negativo sentido pelos sujeitos (Honos-Webb, Lani, Stiles, 1999; Stiles, Meshot, Anderson & Sloan, 1992).

Posteriormente, uma segunda versão do modelo Honos-Webb e Stiles (1998) mantém a conceptualização da mudança, afirmando que esta ocorre devido à assimilação de experiências tidas como negativas no *self*. Aqui, as experiências foram caracterizadas como vozes, sendo o *self* formado por um conjunto de vozes que surgem como representativas das experiências vivenciadas pelo sujeito ao longo de toda a vida (Stiles, 2001). Consequentemente, as vozes são identificadas como agentes ativos, que interagem entre si e que formam uma estrutura que identificamos como sendo uma comunidade de vozes (Honos-Webb & Stiles, 1998). As vozes que compõe o *self* assumem-se como representações dos traços de experiências prévias (e.g. memórias) vivenciadas pelo sujeito que, consequentemente, são reativadas quando o sujeito experiencia uma situação semelhante a uma experiência do passado (Caro-Gabalda, 2006). Quando novas experiências surgem na vida dos indivíduos, estas são consideradas como novas vozes e necessitam de ser devidamente integradas na comunidade previamente existente. Quando estas vozes são compatíveis com a comunidade, são automaticamente inseridas nesta e não representam nenhuma ameaça para os sujeitos. Por outro lado, quando as vozes não são compatíveis com a comunidade são encaradas como sendo

problemáticas e tendem a ser rejeitadas pelo *self*. Neste sentido, as vozes problemáticas surgem como representações de experiências associadas a episódios desagradáveis ou dolorosos, que surgem de eventos de vida e que deixam determinados traços de experiência (Stiles, 2002). Tal como sugerido por Caro-Gabalda e Stiles (2009), estas experiências são evitadas pelos sujeitos uma vez que causam níveis elevados de desconforto e dor psicológica. Consequentemente, o desenvolvimento de vozes problemáticas surge associado à criação de conflitos internos que resultam do debate entre as vozes problemáticas e as vozes dominantes no *self* (Honos-Webb & Stiles, 1998). Por outro lado, as vozes dominantes assumem-se como formas habituais de ser e pensar, que guiam os comportamentos dos sujeitos (Honos-Webb et al., 1999).

No contexto das perturbações depressivas, a sintomatologia evidenciada pelos sujeitos resulta do conflito entre as diferentes vozes, tendo a voz dominante um papel passivo e submisso em relação à voz problemática (Stiles, Osatuke, Glick & Mackay, 2004). Neste sentido, esta voz não funciona como um recurso, acabando por acarretar maiores níveis de sintomatologia depressiva (Osatuke et al., 2007; Osatuke, Stiles, Barkham, Hardy & Shapiro, 2011; Stiles et al., 2004). Esta sintomatologia surge como resultado do conflito experienciado entre uma voz submissa e uma voz assertiva, resultando na problematização das experiências encarregues de expressar as necessidades dos sujeitos (Stiles, 1999b). Assim, indivíduos com padrões depressivos acabam por ter na sua base padrões relacionados com vulnerabilidade, acabando por não aceitar sentimentos positivos. Estes padrões geram conflitos internos no indivíduo, manifestados através de depressão (Osatuke et al., 2011; Stiles, 1999b).

Assim, o Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas defende a ideia de que estas experiências deverão ser trabalhadas em terapia de forma a serem aceites pelo sujeito (Stiles, 2001). Neste sentido, o trabalho em terapia passa pela criação de uma ligação entre as vozes dominantes e as vozes problemáticas, numa espécie de diálogo interno, de forma a que as vozes cheguem a um acordo entre si (Honos-Webb & Stiles, 1998). Ao longo de todo o

processo terapêutico, os sujeitos vão adquirindo consciência das suas experiências e, conseqüentemente, vão-nas integrando, aprendendo a geri-las e a aceitá-las (Honos-Webb, Surko, Stiles & Greensberg, 1999). A evolução em terapia ocorre quando a voz problemática ganha expressão e vai sendo gradualmente integrada no *self*. Para que este entendimento seja possível, é necessária a criação de pontes de significado que permitirão que a voz problemática vá sendo integrada gradualmente no *self* (Honos-Webb et al., 1999). As pontes de significado são sinais (e.g. imagens ou palavras), ou sistemas de sinais (e.g. teorias ou narrativas) que possuem significados semelhantes e através dos quais as vozes problemáticas debatem, acabando por se juntar à comunidade. Estes podem ser diferentes indivíduos ou surgir como a representação de diferentes vozes (Brinegar, et al., 2006; Honos-Webb & Stiles, 1998).

Para avaliar este processo de integração e, conseqüentemente, de mudança, foi desenvolvida a Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES) que permite identificar as mudanças que ocorrem ao longo de todo o processo terapêutico e, conseqüentemente, a evolução e/ou retrocesso em termos de integração da experiência problemática no *self*.

2.2. Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES)

De acordo com Stiles (2001), num caso de sucesso terapêutico, os sujeitos seguem um padrão sequencial de reconhecimento, reformulação, entendimento e, em casos de total sucesso, de resolução das experiências problemáticas. Tal como foi mencionado anteriormente, os sujeitos vão assimilando as suas experiências problemáticas ao longo de todo o processo terapêutico.

Esta assimilação é vivenciada pelo sujeito de uma forma sequencial, de acordo com a Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES). Socorremo-nos desta escala para analisar a relação entre a voz problemática e a comunidade de vozes dominantes e, conseqüentemente, perceber a evolução dessa relação e a forma como a voz problemática vai

sendo integrada no *self* (Stiles,2001). A APES é utilizada como recurso no sentido de ajudar na compreensão da evolução experienciada pelos indivíduos ao longo da terapia, permitindo a identificação do nível de assimilação em que o cliente se encontra (Caro-Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 1999a; Stiles, 2001).

Neste sentido, a APES é constituída por oito níveis, onde cada nível corresponde a uma forma de estar e de sentir do indivíduo e, ao longo de todo o processo terapêutico, a intervenção move-se no sentido de deslocar o problema para um estágio seguinte. Em casos de sucesso, a experiência problemática (ou a voz problemática) é assimilada de uma forma gradual num esquema (ou na comunidade de vozes que constitui o *self*) (Stiles, 2001). No início do acompanhamento terapêutico os sujeitos podem encontrar-se em qualquer um destes oito níveis e, conseqüentemente, avançar ou retroceder através destes. Quando o indivíduo passa para o nível seguinte (e.g. APES nível 4 para APES nível 5) é considerado como um progresso, enquanto que quando os sujeitos passam para um nível inferior (e.g. APES nível 4 para APES nível 3) é considerado como um retrocesso (Stiles, 2001). Para cada nível da APES existe um conjunto de marcadores específicos que nos permitem identificar sinais específicos relativos ao estado em que o indivíduo se encontra. Como marcador caracterizam-se os padrões no diálogo entre o sujeito e o terapeuta capazes de identificar o progresso feito pelo indivíduo permitindo, assim, avaliar a mudança. Neste sentido, os marcadores contribuem para a identificação dos diferentes estados de assimilação em que o sujeito se encontra bem como para a identificação de episódios retratados em terapia que podem ser similares a outros. Conseqüentemente, os marcadores ajudam na identificação da evolução do indivíduo ao longo de todo o processo terapêutico (Honnos-Webb et al., 1999).

2.3. APES e a mudança terapêutica

Estudos relacionados com o sucesso e insucesso em terapia

São vários os estudos realizados na tentativa de compreender como se processa a assimilação das experiências problemáticas (Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998; Honos-Webb et al., 1999; Shapiro, Barkham, Reynolds, Hardy & Stiles, 1992; Stiles, Shapiro, Harpe & Morrison, 1995; Stiles et al., 1991).

Nos casos de sucesso, a voz problemática vai sendo gradualmente integrada na comunidade. Esta integração acontece ao longo de todo o processo terapêutico e, no final, a voz problemática acaba por funcionar como um recurso para os sujeitos (Stiles, 2001). Vários estudos realizados neste âmbito permitem verificar que, em casos de sucesso, as vozes consideradas como indesejadas podem ser integradas na comunidade do *self*, provocando mudanças no sujeito, ao longo da terapia (Brinegar, Salvi & Stiles, 2008; Brinegar et al., 2006; Honos-Webb et al., 1998; Honos-Webb et al. 1999).

No que se refere especificamente a casos diagnosticados com Perturbação Depressiva Major, vários estudos foram desenvolvidos no sentido de verificar que os clientes de sucesso progredem ao longo das sessões, identificando uma relação entre o nível da APES e a redução da sintomatologia depressiva. Neste sentido, também se verifica que casos de sucesso tendem a atingir níveis mais elevados de assimilação (Basto et al., 2016; Brinegar et al., 2008; Caro-Gabalda, 2006, 2011; Field, Barkham, Shapiro, & Stiles, 1994; Honos-Webb, Stiles, & Greenberg, 2003; Honos-Webb et al., 1998, 1999; Knobloch, Endres, Stiles, & Silberschatz 2001; Leiman & Stiles 2001; Mosher, Goldsmith, Stiles, & Greenberg, 2008; Osatuke et al., 2005, 2007).

Após se perceber que a assimilação é um fator contributivo para a melhoria do sujeito durante todo o processo de acompanhamento terapêutico, será interessante perceber se o mesmo acontece após o término da terapia. É neste sentido que se desenvolve o presente estudo,

numa tentativa de perceber como evolui a assimilação durante e após o processo terapêutico e, conseqüentemente, explorar qual é a relação entre este processo terapêutico e a manutenção dos ganhos após o término da terapia.

Capítulo 2 – Estudo exploratório: Comparação de dois casos clínicos de sucesso, um com recaída e um sem recaída em Terapia Focada nas Emoções

3. Objetivos e questões de investigação

O objetivo do presente estudo passa por compreender e explorar de que forma a assimilação das experiências problemáticas poderá estar associada à manutenção dos ganhos obtidos em terapia. Neste sentido, pretende-se compreender qual a relação existente entre a assimilação e a sintomatologia depressiva durante o tratamento na fase aguda de sintomas e, paralelamente, após o término da terapia, em dois casos contrastantes: um caso de sucesso terapêutico que se manteve assintomático no período de um ano e meio após o término da terapia e um caso clínico de sucesso terapêutico que recaiu no período de um ano e meio após o término da terapia. Para que tal seja possível, iremos analisar a relação entre a sintomatologia e o processo de assimilação no decorrer do processo terapêutico e, conseqüentemente, nas sessões de *follow-up* realizadas durante um ano e meio após o término da terapia, nos dois casos. Paralelamente, iremos socorrer-nos da comparação do processo de assimilação em ambos os casos, onde pretendemos explorar e comparar a evolução no processo de assimilação durante a terapia e, posteriormente, nas sessões de *follow-up*.

Método

3.1. Participantes

Os participantes do estudo aqui descrito integraram o projeto “Descentração e Mudança em Psicoterapia”, projeto este que teve como objetivo comparar a eficácia de dois modelos psicoterapêuticos - Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Terapia Focada nas Emoções (TFE). Este projeto dirigiu-se a sujeitos cujo diagnóstico correspondesse a Perturbação

Depressiva Major (PDM) ligeira a moderada, que não estivessem sujeitos a nenhum tratamento farmacológico. O projeto em questão foi desenvolvido na Unidade de Investigação em Desenvolvimento Humano e Psicologia (UNIDEP), no Instituto Universitário da Maia, tendo sido financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (Salgado, 2019).

Foram excluídos sujeitos que fossem submetidos a outro tipo de tratamento para a depressão, bem como aqueles que fossem portadores de um diagnóstico prévio de qualquer uma das seguintes perturbações do Eixo I (DSM-IV-TR): Psicose, Abuso de Substâncias, Perturbação Alimentar, Perturbação de Pânico, Perturbação Bipolar; bem como das seguintes perturbações do Eixo II (DSM-IV-TR): Perturbação Esquizotípica, Perturbação da Personalidade *Borderline* e Perturbação Antissocial; tal como sujeitos que apresentavam risco elevado de suicídio. Paralelamente, os critérios de inclusão no estudo prendem-se com o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, ligeira ou moderada, bem como a Avaliação Global do Funcionamento ser superior a cinquenta. Numa fase inicial, os participantes foram selecionados mediante uma avaliação onde se recorreu à entrevista semiestruturada do DSM-IV (SCID I e SCID II) (First, Spitzer, Gibbon & Williams, 1997) e ao *Beck Depression Inventory-II* (Coelho, Martins, & Barros, 2002).

Os participantes foram submetidos a um processo de psicoterapia, sendo que foram distribuídos aleatoriamente por uma das modalidades psicoterapêuticas: Terapia Focada nas Emoções (TFE) ou Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). O protocolo de intervenção terapêutica contemplava 16 sessões regulares e 6 sessões de *follow-up* de 1 mês, 3 meses, 6 meses, 9 meses, 12 meses e 18 meses, após findar o acompanhamento terapêutico. Nos casos selecionados para o estudo aqui descrito, as clientes foram submetidas a uma intervenção psicoterapêutica num protocolo de 16 sessões regulares e 6 sessões de *follow-up*, em Terapia Focada nas Emoções (Salgado, 2019).

Para os efeitos do estudo aqui apresentado manteve-se o nome fictício anteriormente atribuído às duas participantes. Ambas as participantes foram selecionadas por: a) se revelarem dois casos de sucesso; b) terem sido submetidas ao mesmo tipo de tratamento; c) corresponderem aos únicos casos incluídos na amostra considerados como sucesso, um com recaída e outro sem recaída acompanhados pela mesma terapeuta; e) ambas terem dado consentimento para utilização dos dados para estudos futuros.

Elisabete é uma mulher portuguesa, de 40 anos de idade e com baixos níveis socioeconómicos e educacionais. À data do estudo, *Elisabete* era divorciada e vivia com os três filhos. No que toca ao diagnóstico, *Elisabete* apresentava uma Perturbação Depressiva Major, moderada. A cliente integrou o estudo após o diagnóstico, realizado com o auxílio da Entrevista Clínica Estruturada para o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – IV (SCID-IV) (First et al., 2002).

A cliente demonstrou dificuldades na gestão do seu papel enquanto mãe e enquanto mulher, que apresentavam um grande impacto na sua vida, resultantes do processo de divórcio. No início do tratamento, *Elisabete* sentia-se cansada, com níveis significativos de *stress* e insegura relativamente às suas capacidades e ao seu papel. Na fase final do processo foi possível perceber que *Elisabete* corresponde ao caso de sucesso, sem apresentar recaída após o término da terapia. Na Tabela 1 é possível verificar os valores respeitantes aos resultados do BDI-II ao longo de todas as sessões, bem como das sessões de *follow-up*.

Tabela 1.

Resultados BDI-II ao longo das sessões do caso *Elisabete*

	S0	S1	S4	S8	S12	S16	F1	F2	F3	F4	F5	F6
BDI-II	31	15	27	0	0	1	0	0	0	0	0	0

Helena é uma mulher portuguesa, com 40 anos, casada e com um filho resultante da relação que mantinha aquando do acompanhamento. Em termos de diagnóstico, *Helena*

apresentava uma Perturbação Depressiva Major, episódio único, moderado. A cliente foi integrada no estudo após o diagnóstico anteriormente mencionado, realizado com recurso à Entrevista Clínica Estruturada para o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – IV (SCID-IV) (First et al., 2002).

Em termos dos problemas identificados, a cliente demonstrava que a sua atividade profissional (professora) e o facto de se encontrar a terminar a tese de mestrado tinham um forte impacto no seu dia-a-dia. No início do tratamento, *Helena* sentia-se desmotivada, *stressada*, cansada e insegura relativamente às suas capacidades de conclusão e realização de tarefas. Ao longo de todo o processo a cliente foi relatando episódios em que se sentia incapaz de corresponder às expectativas dos outros e, paralelamente, aquelas que colocava em si mesma. Por outro lado, *Helena* demonstrava um enorme sentimento de culpa por não se dedicar inteiramente à realização das tarefas existentes. Posteriormente, foram evidenciados relatos relativamente ao impacto que isto teria na sua vida pessoal, nomeadamente na relação com o marido e com o filho. Na fase final do acompanhamento foi possível identificar que *Helena*, embora corresponda a um caso de sucesso ao longo do processo terapêutico, apresenta recaída durante as sessões de seguimento. Na Tabela 2 é possível identificar os valores respeitantes aos resultados do BDI-II ao longo de todas as sessões, bem como das sessões de *follow-up*.

Tabela 2.

Resultados BDI-II ao longo das sessões do caso *Helena*

	S0	S1	S4	S8	S12	S16	F1	F2	F3	F4	F5	F6
BDI-II	32	26	26	19	21	7	4	23	8	21	20	22

3.2. Terapeutas

À data do projeto, a terapeuta tinha cerca de 30 anos, com 4 anos de experiência clínica e 2 anos de experiência em Terapia Focada nas Emoções.

3.3. Modelo Terapêutico

A Terapia Focada nas Emoções consiste num modelo experiencial, com base neohumanista que tem por base as emoções, considerando-as como essenciais para a experiência, bem como para o processo de mudança (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Pos & Greensberg, 2007). O presente modelo assenta na interpretação das emoções como sendo adaptativas, utilizando este potencial adaptativo para guiar os clientes a aceder às suas experiências transformando os esquemas emocionais desadaptativos e, conseqüentemente, promovendo uma maior funcionalidade e ajustamento pessoal (Pos & Greenberg, 2007).

A Terapia Focada nas Emoções envolve um estilo que implica acompanhar e guiar o cliente através do seu processo experiencial, enfatizando a importância das habilidades de intervenção e de relacionamento terapêutico, nomeadamente a exploração empática e a ativação emocional (Pos & Greensberg, 2007). Conseqüentemente, os sujeitos tornam-se mais capazes de aceder a informações e significados sobre si mesmos e tornam-se mais capazes de utilizar esta informação para viver de uma forma mais adaptativa (Pos & Greensberg, 2007).

Por outro lado, a Terapia Focada nas Emoções assenta na crença de que existem cinco princípios chave de mudança emocional: consciência sobre a experiência emocional; regulação emocional; reflexão acerca do que o sujeito sente, das suas necessidades, pensamentos e objetivos provenientes das diferentes partes do *self*; transformação de respostas emocionais desadaptativas; contexto ambiental e relação terapêutica (Pos & Greensberg, 2007).

Para facilitar todo este processo experiencial o terapeuta recorre à utilização de marcadores, sendo que estes são indicadores verbais ou não-verbais das dificuldades de processamento emocional que são apresentados pelos sujeitos e que surgem como oportunidades para identificar problemas que deverão, futuramente, ser trabalhados. A terapia evolui, assim, no sentido de explorar empaticamente as experiências problemáticas evidenciadas pelos sujeitos, identificação de marcadores e, posteriormente, em guiar o paciente

em tarefas de resolução (Pos & Greensberg, 2007). No presente estudo, o processo de intervenção com os sujeitos baseou-se no protocolo apoiado empiricamente descrito por Elliott e colaboradores (2004) e Greenberg e Watson (2006).

3.4. Instrumentos

3.4.1. Medidas de resultado

As medidas de resultado aqui descritas foram aplicadas do início das sessões 1, 4, 8, 12, 16, *follow-up* 1 (1 mês), 2 (3 meses), 3(6 meses), 4(9 meses), 5 (12 meses) e 6 (18 meses). Apesar disto, para o estudo descrito apenas vamos considerar as sessões 1, 4, 8, 12, 16, *follow-up* 1, 3 e 6.

Beck Depression Inventory – II (BDI-II)

O BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996; Coelho et al., 2002) corresponde a um questionário de autopreenchimento composto por 21 itens que tem como objetivo avaliar a intensidade da sintomatologia depressiva, nomeadamente a sua intensidade e gravidade nas duas semanas prévias. Em termos de cotação, pode variar entre os 0 e os 3 valores, consoante as respostas descritas, sendo 63 pontos o máximo atingível. Aferido para a população portuguesa por Coelho e colaboradores (2002), o BDI-II apresenta uma boa consistência interna (alfa de Crohnbach=0.89). O ponto de corte para a população portuguesa corresponde a 13.

3.4.2. Medidas de processo

Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES)

Foi utilizada a Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES), escala esta que descreve a sequência seguida pelas vozes problemáticas à medida que estas são assimiladas na comunidade (Caro-Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 1999a). Esta escala corresponde a uma escala composta por oito estádios representativos da assimilação das experiências problemáticas. Estes estádios encontram-se numerado de 0 a 7, onde 0

corresponde ao total evitamento da experiência e 7 corresponde à sua integração completa (Basto, Stiles, Rijo & Salgado, 2017), tal como se pode verificar na Tabela 3. Para cada nível da APES existe um conjunto de marcadores que nos permitem identificar sinais específicos relativos ao estado em que o indivíduo se encontra. Como marcador caracterizam-se os padrões no diálogo entre o sujeito e o terapeuta capazes de identificar o progresso feito pelo indivíduo permitindo, assim, avaliar a mudança. Neste sentido, os marcadores contribuem para a identificação dos diferentes estados de assimilação em que o sujeito se encontra bem como para a identificação de episódios retratados em terapia que podem ser similares a outros. Consequentemente, os marcadores ajudam na identificação da evolução do indivíduo ao longo de todo o processo terapêutico (Honnos-Webb, et al., 1999).

De uma forma global, é possível identificar o nível de consciência que o sujeito apresenta relativamente às suas experiências (vozes problemáticas) ao longo dos diferentes momentos da terapia. É, ainda, possível identificar avanços e retrocessos, dependendo do nível em que os sujeitos se encontrem (Caro-Gabalda & Stiles, 2009; Stiles, 1999). A APES permite a identificação do nível de consciência que os sujeitos apresentam face às suas experiências problemáticas, em diferentes pontos do processo terapêutico.

Tabela 3.

Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (retirado de Caro-Gabalda & Stiles, 2009, p.200)

Nível	Descrição
0. Evitamento	O conteúdo não está formado; O cliente não está consciente do problema. O desconforto pode ser mínimo, refletindo o evitamento bem-sucedido.
1. Pensamentos Indesejáveis	O conteúdo é formado por pensamentos desconfortáveis. O cliente prefere não pensar neles; os tópicos são sugeridos pelo terapeuta ou por circunstâncias externas.

	<p>A emoção é frequentemente mais saliente do que o conteúdo e envolve fortes pensamentos negativos – ansiedade, medo, raiva, tristeza.</p>
<p>2. Consciência vaga/ Emergência</p>	<p>O cliente reconhece a experiência problemática e descreve pensamentos desconfortáveis associados, mas não consegue formular o problema claramente.</p> <p>A emoção inclui dor psicológica aguda ou pânico associado a pensamentos e experiências.</p>
<p>3. Colocação do problema/ Clarificação</p>	<p>O conteúdo inclui a colocação clara de um problema – algo que pode ser trabalhado.</p> <p>A emoção é negativa mas pode ser gerida, não há pânico.</p>
<p>4. Compreensão/ <i>Insight</i></p>	<p>A experiência problemática é colocada em forma de esquema, formulada, compreendida com estabelecimento de ligações claras.</p> <p>A emoção pode ser mista, com reconhecimentos desagradáveis, mas também com curiosidade e por vezes com agradável surpresa.</p>
<p>5. Aplicação/Elaboração</p>	<p>A compreensão é utilizada para se trabalhar um problema; existem esforços específicos para a resolução do problema.</p> <p>O cliente pode descrever a consideração de alternativas ou a seleção sistemática de percursos de ação.</p> <p>O tom emocional é positivo, trabalhar e otimista.</p>
<p>6. Solução/ Elaboração</p>	<p>O cliente atinge a solução para um problema específico.</p> <p>A emoção é positiva, o cliente está satisfeito, orgulhoso da sua realização. À medida que o problema diminui a emoção torna-se mais neutral.</p>
<p>7. Domínio/ Mestria</p>	<p>O cliente usa de forma bem-sucedida as soluções em novas situações; esta generalização é em grande medida automática e não saliente.</p> <p>A emoção é neutra (ou seja, já não se trata de algo acerca do qual sentir excitação).</p>

3.5. Procedimentos de recolha, análise de dados e fidelidade

Importa salientar que, embora não tenha havido contacto direto com as pacientes descritas, todos os procedimentos éticos necessários foram garantidos. Assim, houve um cuidado em garantir a aleatorização dos participantes, as condições de treino, a avaliação e controlo da adesão aos manuais psicoterapêuticos, no ensaio clínico desenvolvido por Salgado (2019).

3.5.1. Medidas de resultado

O BDI-II foi utilizado para medir a sintomatologia depressiva, tendo sido aplicado no início das sessões 1, 4, 8, 12 e 16 e nas sessões de *follow-up* de 1 mês, 6 meses e 18 meses.

3.5.2. Medidas de processo

As sessões foram transcritas de acordo com o modelo proposto por Mergenthaler & Stinson (1992).

Posteriormente, foi realizado o treino de codificação tendo esta fase durado aproximadamente quatro meses, com reuniões semanais de aproximadamente uma hora cada. Numa primeira fase foram analisados artigos referentes ao modelo de assimilação, bem com o respetivo manual. Seguidamente, foram codificados casos de treino, de forma independente, até se atingir o acordo pretendido ($ICC > 0.65$) (Cicchetti, 1994). As divergências em termos de codificação foram discutidas no sentido de atingir um consenso. As codificadoras de ambos os casos foram uma aluna de mestrado e uma investigadora doutorada em psicologia clínica, com experiência prévia no modelo de assimilação. Para o caso da *Elisabete*, existiu ainda uma outra codificadora, correspondendo a uma aluna de mestrado. Após terminar o período de treino, procedeu-se à codificação dos casos apresentados no presente estudo. Numa fase inicial, todas as sessões foram lidas e os problemas principais foram identificados. Seguidamente, em concordância, os temas mais relevantes foram identificados com base na sua significância clínica. Posteriormente procedeu-se à identificação das vozes problemáticas e das vozes

dominantes. Com base nas leituras, foram selecionados os excertos passíveis de serem codificados, correspondendo àqueles em que os temas selecionados seriam evidentes. Após este processo, os excertos foram codificados de acordo com a APES, identificando passagens com diferentes níveis de assimilação e os respectivos marcadores. A unidade de análise corresponde às diferentes passagens identificadas e, neste sentido, uma nova passagem é identificada cada vez que se evidencia uma mudança de tema, marcador ou nível de assimilação (Honos-Webb et al., 1999, 2003;). As discrepâncias foram resolvidas em discussão até ser atingido o consenso. O nível de acordo foi calculado com recurso ao ICC. O ICC no caso *Helena* foi de 0.887 (ICC [2, 2]). e no caso *Elisabete* foi de 0.973 (ICC [2, 3])., sendo ambos considerados como bons (Cicchetti, 1994).

Após este processo, foram analisados os dados resultantes da codificação de cada caso e comparados ambos os casos no sentido de compreender a evolução em termos de sintomatologia e do nível APES. Importa referir que, por questões de tempo, não foi possível codificar todos os *follow-up*, tendo sido selecionados os que respeitavam a uma fase inicial (*follow-up* de 1 mês), intermédia (*follow-up* de 6 meses) e final (*follow-up* de 18 meses) do processo.

3.6. Resultados

O presente estudo teve como objetivo explorar como o processo de assimilação de experiências problemáticas poderá estar associado à manutenção dos ganhos adquiridos ao longo de todo o processo terapêutico, bem como após o término do acompanhamento. Para tal, analisou-se a evolução do processo de assimilação e da sintomatologia clínica em dois casos contrastantes: um caso de sucesso após o término da terapia, que se manteve assintomático um ano e meio após o término da terapia (caso *Elisabete*); e um caso de sucesso após o término do acompanhamento terapêutico, que recaiu no período de um ano e meio após o término da terapia (caso *Helena*).

De seguida serão apresentados os resultados obtidos a partir da análise dos dois casos anteriormente mencionados. Numa primeira fase, iremos prender-nos com a análise da relação entre os níveis APES e a sintomatologia, posteriormente, irá ser apresentada uma análise mais detalhada em termos da evolução da assimilação das experiências problemáticas, em ambos os casos.

3.6.1. Análise da relação entre a assimilação e a sintomatologia nos dois casos clínicos

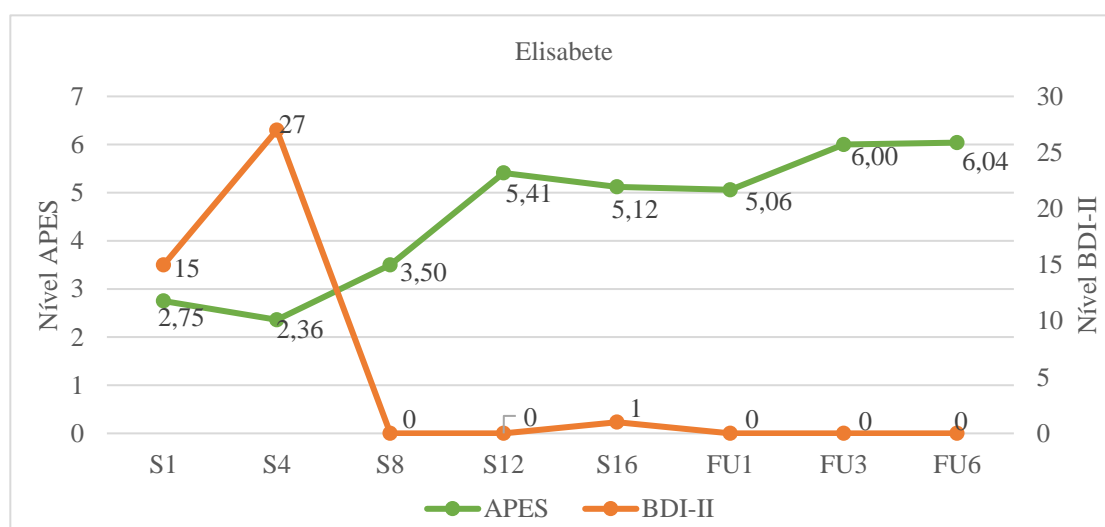


Figura 1. Evolução dos níveis APES e BDI-II no caso *Elisabete*

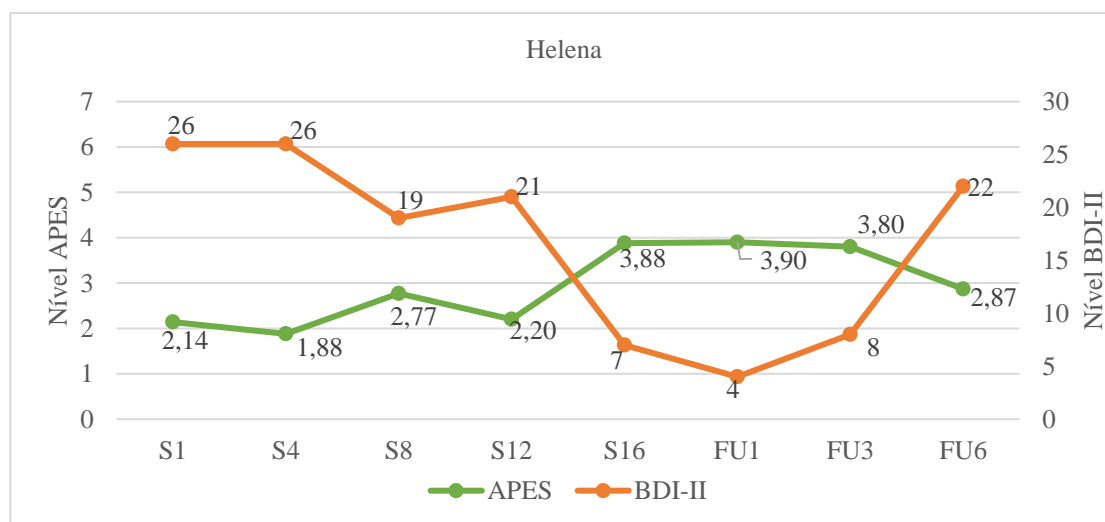


Figura 2. Evolução dos níveis APES e BDI-II no caso *Helena*

Analisou-se a relação entre a evolução dos níveis de assimilação para com a sintomatologia depressiva identificada, para ambos os casos. As Figuras 1 e 2 apresentam os

resultados da relação entre os níveis de assimilação com a intensidade dos sintomas medidos com recurso ao BDI-II.

No caso *Elisabete* (Figura 1), é possível identificar uma relação negativa estatisticamente significativa entre os níveis de assimilação e a sintomatologia depressiva, $Rho = -0.71$, $p = .05$ (SMA; Borckardt, 2006). Entre a fase inicial e a fase de tratamento é possível verificar um aumento gradual em termos de sintomatologia, acompanhado de uma diminuição em termos de assimilação. Posteriormente, a partir da fase de trabalho (mais concretamente depois da sessão 4) verifica-se um aumento em termos de assimilação, acompanhado da diminuição da sintomatologia. A análise das sessões de *follow-up* permite constatar que os níveis de assimilação permanecem elevados (valores médios sempre acima de 5), surgindo um ligeiro aumento ao longo do tempo, enquanto que os níveis de sintomatologia se mantêm muito baixos, chegando mesmo a atingir o *score* de 0. Por outro lado, a existência de níveis de assimilação elevados (APES 6) durante a fase final e, posteriormente, ao longo das sessões de *follow-up* parece ser um indicador de concretização da mudança, bem como de consolidação dos ganhos adquiridos ao longo da terapia. Este resultado é congruente com o esperado, já que o que é previsto pelo modelo de assimilação é que à medida que a experiência vai sendo assimilada na comunidade existente deixe de ter tanto impacto na vida da cliente, levando a que os níveis de sintomatologia depressiva tendam a diminuir. A estabilidade encontrada na fase final aparenta ser indicativo da resolução do problema.

No caso *Helena* (Figura 2) é possível identificar, em semelhança ao caso anterior, uma relação negativa estatisticamente significativa entre a assimilação e a sintomatologia depressiva, $Rho = -0.922$, $p = .002$ (SMA; Borckardt, 2006). De uma forma global, ao longo do tratamento da fase aguda, bem como nas sessões de *follow-up*, o aumento dos níveis de assimilação surge acompanhado de uma diminuição dos níveis de sintomatologia. *Helena* iniciou a fase de acompanhamento com níveis mais baixos de assimilação (em torno de APES

2), demonstrando uma consciência vaga em relação às experiências problemáticas. Ao longo de todo o processo é possível identificar uma evolução em termos de assimilação. Após o término do acompanhamento, é possível observar uma evolução para níveis médios (APES 3 e 4), seguida de um retrocesso no último *follow-up*. De uma forma geral, é possível verificar que à medida que a experiência vai sendo trabalhada e integrada, a sintomatologia depressiva vai diminuindo. Por outro lado, é evidente que a presença de retrocessos na assimilação surge associada ao aumento dos níveis de sintomatologia depressiva. Posteriormente, é possível verificar-se a presença de níveis médios de assimilação (APES 4) na fase final do processo, bem como ao longo dos primeiros *follow-ups*, nos quais a cliente se mantém com sintomatologia depressiva abaixo do ponto de corte. Apesar disto, a análise da última sessão de *follow-up* permite constatar a presença de níveis mais baixos de assimilação, acompanhados de um aumento em termos de sintomatologia, verificando-se um retrocesso terapêutico.

Comparando os dois casos, é possível observar que níveis mais elevados de assimilação estão associados a níveis mais baixos de sintomatologia depressiva. Além disso, é possível verificar o aumento de níveis de sintomatologia depressiva, aquando da diminuição dos níveis de assimilação, verificando-se uma relação negativa entre as variáveis, quer ao longo do tratamento, quer nas sessões de *follow-up*.

É possível afirmar que no caso *Elisabete* estão visíveis níveis médios mais elevados de assimilação durante a fase de trabalho do tratamento (após a sessão 4), bem como nas sessões de *follow-up*, acompanhados de níveis mais baixos em termos de sintomatologia, principalmente na fase final do tratamento e após o término da terapia. Em contrapartida, no caso *Helena* os níveis médios de assimilação são mais baixos, quer durante o tratamento, quer após o término terapêutico, sendo que a intensidade da sintomatologia baixa de forma mais gradual para níveis subclínicos durante a fase final do tratamento (após a sessão 12). Apesar

como uma certa formulação deste, embora esta não seja clara. Neste sentido, é possível identificar a expressão da voz problemática, associada às suas falhas e dificuldades enquanto mãe e mulher, onde a cliente exprime a dor que sente face aos comportamentos do marido, bem como a vulnerabilidade que sente face ao problema. Apesar da tentativa de normalização da falha, como algo passível de acontecer, a voz dominante continua a manifestar-se, revelando a necessidade da cliente de estar à altura do seu papel enquanto mãe. O excerto a seguir apresentado, codificado com APES 2, demonstra o aparecimento da voz problemática na primeira fase do processo terapêutico. Aqui a cliente aparenta sentir-se abandonada e assustada com a responsabilidade que tem perante as filhas.

Terapeuta: *mas magoa*

Elisabete: *é uma sensação de injustiça muito grande e eu digo muitas vezes 'eu desejo o melhor para ele, p'a rapariga que está com ele que ela não tem culpa das (...), isso é revoltante é injusto não é, como é que eu hei de explicar, isto pode soar assim um ciúme, uma inveja, não tem nada haver com isso*

Terapeuta: *eu estou a perceber o que está a dizer*

Elisabete: *é mesmo o espírito de revolta de a pessoa não ter feito nada quando havia três filhos que valia a pena fazer, o mais não fosse por eles*

Terapeuta: *revolta, não ter feito*

(Sessão 1, linhas 485-497)

Na **fase de trabalho (sessões 4, 8 e 12)** as vozes problemáticas atingiram níveis de assimilação mais elevados: APES 3 a 6 (Figura 3). Isto significa que as experiências problemáticas começaram a ser formuladas e compreendidas na comunidade de vozes, utilizando-se esta compreensão para trabalhar o problema e, conseqüentemente, gerar soluções. *Elisabete* sente-se magoada face aos comportamentos do marido, no entanto são visíveis novas compreensões face ao problema. A voz problemática e a voz dominante debatem-se e a culpa

anteriormente expressada pela cliente vai diminuindo. A aceitação da falha vai sendo gradualmente integrada na comunidade através da criação de pontes de significado, fazendo com que a idealização enquanto mulher deixe de ter tanto impacto na vida da cliente. A aceitação da voz problemática é gradual. Nota-se a presença de uma emoção positiva e um reconhecimento do ganho adquirido. A compreensão e clarificação face ao problema, bem como a identificação de uma nova perspetiva, codificado com APES 4, é ilustrado no excerto apresentado a seguir. Aqui a cliente refere-se a novas compreensões que adquiriu relativamente ao contexto familiar.

Terapeuta: *mas há pouco estava a dizer uma coisa interessante que hoje percebeu, agora percebe que agora é que elas têm um lar e que antes não tinham e que se castigou durante tanto tempo por não ter dado um lar às suas filhas porque o pai não estava em casa, quando é agora que o pai não está que elas sentem que têm um lar*

Elisabete: *exatamente, exatamente*

Terapeuta: *como é que se sente por perceber isso?*

Elisabete: *é esquisito, não é? é esquisito*

Terapeuta: *não, não é*

Elisabete: *mas eu ao analisar isso para mim penso assim 'porra como é que uma pessoa'*

Terapeuta: *passa tanto + tempo a /*

Elisabete: *dita inteligente, como é que uma pessoa consegue ver as coisas completamente: ao contrário, não tem nada a ver. Mas sei lá eu acho que é o medo de errar, de fazer as coisas mal, o medo que elas que elas passassem*

algum tipo de necessidade, que a personalidade dela, é isso, o meu medo era que a personalidade delas fosse gravemente afetada pelo falta daquela pessoa

(Sessão 8, linhas 551-565)

Como é possível verificar na Figura 3, durante a **fase final do processo (sessão 16)** o nível mais frequente corresponde a APES 5. Neste sentido, identifica-se uma maior compreensão face ao problema, bem como um trabalho para a resolução deste. A voz problemática expressa-se livremente, sendo notória uma diminuição da culpa e a conquista de uma nova visão face ao problema. A exigência expressada pela voz dominante não está tão evidente e as questões relacionadas com a falha expressas pela voz dominante são mais aceites junto da comunidade. Assim, existe uma nova compreensão face ao erro, onde já não é necessário que a cliente tenha obrigatoriamente de cumprir sempre com as expetativas impostas anteriormente. O excerto seguinte representa a expressão da voz problemática, codificado com APES 5. Aqui a cliente refere-se à sua relação com a filha e à alteração de atitude para com esta.

Elisabete: não eu não falhei. eu sinto que não falhei, eu digo-lhe no bloco, eu disse ‘tu dizes que tu dizes que eu fui exigente contigo, fui demasiado exigente contigo e muito severa. eu disse ‘ok olha eu exigi que tu fosses educada isso pressupõe que tu respeites e sejas respeitada’

Terapeuta: e isso faz de si uma boa mãe

Elisabete: faz, claro que faz

(Sessão 16, linhas 489-494)

Após o término do processo terapêutico, foi possível verificar-se uma manutenção dos ganhos adquiridos ao longo da terapia. Neste sentido, a análise do **follow-up 1 (1 mês após o término da terapia)** permite evidenciar o nível 5 como sendo o mais frequente (Figura 3). Com isto, podemos afirmar que se verifica a manutenção da compreensão face ao problema,

bem como das estratégias utilizadas para a resolução deste. As novas compreensões face ao problema são expressas e a voz problemática ganha poder. Nesta fase, *Elisabete* parece dar continuidade à aceitação da experiência problemática, aceitando que as suas necessidades devem ser expressas livremente. A atitude assertiva evidenciada na cliente resulta de uma integração da sua voz problemática (“As minhas dificuldades enquanto mãe e mulher”), que gerava medo de fazer sofrer ainda mais as suas filhas, resultando anteriormente dificuldades em ser assertiva. Neste momento, tal já não acontece. A cliente já não vê o divórcio como uma falha e, conseqüentemente, adquire a capacidade para ser assertiva e estabelecer limites com a filha. A seguir, apresenta-se um excerto codificado com APES 5. Aqui a cliente refere-se à importância de se colocar em primeiro lugar e, conseqüentemente, de expressar as suas necessidades sem se recriminar.

Terapeuta: porque ali também muito daquilo que tava a acontecer era perceber se com poder sentir-se poderosa sentir-se capaz de dizer as coisas sem desabar, sentir que dizia de uma forma ponderada que era pensada não era impulsivo que aquela que aquilo que foi dito num foi por dizer, foi pensado e foi pensado em si, não foi pelo descontentamento da situação só foi porque decidiu ‘não eu tenho que pensar em mim’ ‘e pensar em nós’

Elisabete: foi pôr as minhas necessidades mas mais ao menos as minhas necessidades as minhas prioridades as minhas vontades acima das outras pessoas porque é assim, embora que nós tenha, que eu tenha que levar em conta e levo muito em conta apesar desta decisão que se tomou eu levo muito em conta continuo na mesma a ser discreta. eu passo por ele, não o conheço a não ser que ele venha ter connosco e cumprimente toda a gente eu continuo a ser a mesma a manter a privacidade dele na mesma só que é assim pá também ia chegar a um ponto

que eu ia, num é ninguém está para isso toda a vida num é, ninguém quer dizer eu num estou

(Follow-up 1, linhas 490-505)

A análise do **follow-up 3 (6 meses após o término da terapia)** permite identificar um aumento de nível: APES 6 (Figura 3), sendo este o nível mais frequente ao longo da sessão. A identificação de soluções para o problema, bem como o reconhecimento dos ganhos adquiridos são evidentes. É notório uma evolução no discurso da cliente, onde o problema aparenta estar quase resolvido. A voz problemática foi inserida junto da comunidade, deixando o divórcio de representar um problema para a cliente. Os ganhos adquiridos em terapia, nomeadamente as novas compreensões face ao seu papel, bem como ao papel da falha, foram consolidados. A voz problemática e a voz dominante coexistem em conformidade. A seguir apresenta-se um excerto codificado com APES 6. Neste momento a cliente refere-se aos ganhos adquiridos ao longo da terapia e demonstra um desejo de continuar a pôr em prática as competências adquiridas, principalmente compreensão e paciência.

Terapeuta: *o ensinamento está aqui, os conhecimentos estão cá dentro e isso já ninguém nos tira*

Elisabete: *exatamente e aplicá-los para nós, até nisso eu tenho poder de decisão*

Terapeuta: *e isso é que é importante, não é? eu ter poder de decisão, eu é que sou responsável, eu*

Elisabete: *pois é, exatamente! então se eu quero pôr isso se eu quero pôr as coisas em prática é uma decisão minha, se eu quero ser boa sou, se eu quero pôr em prática é uma decisão minha; eu quero, claro que quero porque assim prefiro não 'tar pronta p'ra as questões quando elas surgir e é assim que eu vou enfrentando a vida.*

(Follow-up 3, linhas 657-665)

No último *follow-up* (18 meses após o término da terapia), o nível mais frequente corresponde a APES 6 (Figura 3). É possível identificar uma resolução do problema, bem como uma satisfação para com os ganhos adquiridos. Apesar disto, nesta sessão foram identificados excertos codificados com APES 7. Ao atingir este nível, *Elisabete* demonstrou uma resolução total do problema, onde a voz problemática foi assimilada no *self*, havendo uma reorganização da comunidade no sentido de acomodar a nova experiência. Neste sentido, a voz problemática assume-se, agora, como um recurso que pode ser utilizado em experiências futuras. O excerto apresentado a seguir é reflexo dessa realização, onde a cliente se refere ao desaparecimento dos sentimentos de tristeza e recriminação evidenciados na fase inicial do processo.

Elisabete: eu posso tar enganada, mas eu acho que o esforço recompensa sempre, quanto mais não seja pela tentativa, ninguém pode pelo menos dizer assim 'não tentaste', não é? pelo menos nós próprios não podemos dizer 'não tentei'. Tentei, posso não conseguir chegar, mas ao menos eu vou tentar, nunca fica aquela coisa de 'oh e se eu fiz- e se eu tivesse feito', ao menos eu fiz, dá dá, não dá paciência,

(*Follow-up* 6, linhas 471-476)

Caso Helena

Os temas principais identificados em *Helena* prendem-se essencialmente com questões relacionadas com performance ou desempenho, nomeadamente no trabalho e na realização da tese, bem como a questões relacionadas com a família e medo de deixar de ser necessária devido à falta de tempo útil para estar com o filho e com o marido. Em *Helena* é possível identificar uma voz recriminadora e exigente (voz dominante) relacionada com a necessidade de ter um desempenho perfeito (“Tens que fazer tudo perfeito”). Por outro lado, é possível de se identificar, também, uma voz problemática que contacta diretamente com a falha e que a faz sentir vulnerável (“Eu falho”).

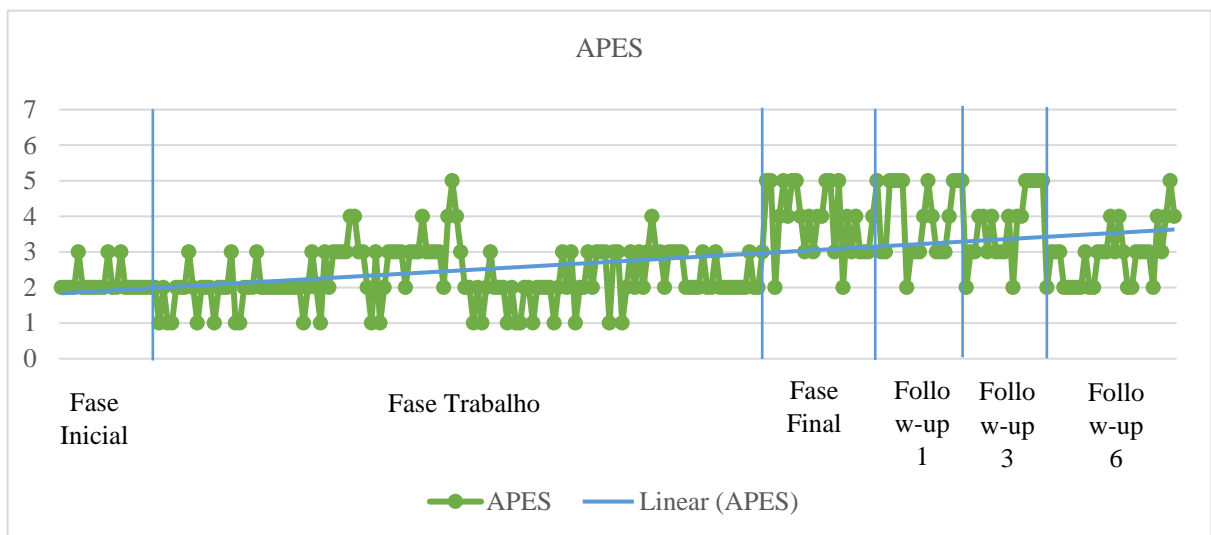


Figura 4. Valores brutos absolutos da assimilação caso *Helena*

A Figura 4 apresenta a assimilação dos temas identificados na cliente, ao longo de todo o processo terapêutico e nas sessões de *follow-up* analisadas, apresentando os valores brutos ao longo dos diferentes momentos. É possível identificar uma evolução em termos de níveis de assimilação, ao longo das diferentes fases do processo, bem como nas sessões de seguimento. Apesar disto, *Helena* apresenta bastantes avanços e recuos em termos de nível APES.

A voz recriminadora de *Helena* emergia principalmente nos contextos relacionados com a sua performance, principalmente na realização da tese e no seu papel enquanto profissional. Esta voz aparece como uma expressão da falha e da incapacidade de cumprir objetivos.

Tal como é possível verificar na Figura 4, **numa fase inicial (sessão 1)**, os níveis de assimilação identificados são maioritariamente mais baixos (APES 2), surgindo associados a uma certa dificuldade em clarificar o problema, embora este seja reconhecido. O excerto a seguir apresentado, codificado com APES 2, demonstra o aparecimento desta voz problemática na primeira fase do processo terapêutico, onde a cliente fala sobre o facto de se sentir sem paciência, desgastada face às exigências sentidas no contexto de trabalho. A voz problemática

surge através da expressão da sobrecarga que sente, no entanto, a voz dominante continua a prevalecer, expressando a exigência e o perfeccionismo sentidos pela cliente.

Helena: (...) *é uma batalha constante é desgastante o esforço de me convencer a não ter este tipo de atitude negativa, não é? eu não quero ser assim mas depois não é? quer dizer o que é que se pode fazer.*

Terapeuta: *o que sente depois a ver que não consegue ultrapassar aquela tal barreira?*

Helena: *um impasse um impasse constante. (...)*

(Sessão 1, linhas 267-272)

Na **fase de trabalho (sessões 4, 8 e 12)** é possível identificar um conjunto de avanços para níveis mais elevados (APES 4 e 5) (Figura 4). Apesar destes avanços, o nível mais frequente corresponde a APES 2. Isto significa que apesar de existirem momentos em que a experiência problemática aparenta estar mais integrada, são vários os momentos em que se verifica um retrocesso em termos de integração da experiência. A voz problemática expressa as suas necessidades, mas acaba por ser a reprimida pela voz dominante. É notória a expressão das necessidades da voz problemática face à falha, no entanto esta é abafada pela recriminação e exigência incutidas pela voz dominante, onde a cliente tem obrigatoriamente de fazer tudo de forma perfeita, sem erros. Neste sentido, o excerto apresentado de seguida corresponde à codificação de APES 2. Aqui, a cliente refere sentir-se sem paciência para os alunos e demonstra sentir-se triste com isso. Está evidente o medo que *Helena* tem em falhar para com os alunos.

Terapeuta: *como é que isso a recrimina a si?*

Helena: *não quero ser assim, eu não quero estar sempre a chamar a atenção a ralar a apontar defeitos, pelo contrário perco muito tempo das aulas ultimamente a chamá-los a atenção e eu tenho consciência que, claro que não lhes posso dizer*

isto, mas eu tenho consciência que se calhar sou eu que despoleta aquele tipo de reação ou de comportamento mais irrequieto

Terapeuta: *então esta voz mais recriminadora diz-lhe que aquilo que fazes não são eles, num tens nenhuma legitimidade*

Helena: (...) *e perco assim a paciência com eles com uma facilidade que é uma coisa impressionante e tenho que estar sempre atenta aquilo que eu digo e aquilo que penso*

Terapeuta: *e é muito cansativo*

Helena: *é muito cansativo (...)*

(Sessão 4, linhas 114-134)

Tal como é possível verificar na Figura 4, na **fase final do processo terapêutico (sessão 16)** é possível de se identificar um avanço em termos de assimilação, sendo o nível mais frequente correspondente a APES 4. Neste sentido, identificou-se uma compreensão do problema e ao início da assimilação da voz problemática na comunidade de vozes. A voz problemática foi sendo gradualmente integrada junto da comunidade existente tendo sido criadas pontes de significado entre as duas vozes (problemática e dominante). A presença destas pontes de significado permite a aplicação prática das compreensões que foram adquiridas no decorrer do processo. Com isto, parece ser possível evidenciar que a voz dominante ganhou poder, afirmando as suas necessidades e fazendo com que a comunidade compreenda que não é obrigatório que tudo seja feito de forma exemplar. A recriminação e a exigência por parte da voz dominante acarretam menos poder junto da comunidade, surgindo espaço para a aceitação do erro. O excerto apresentado é representativo do APES 4 durante esta fase do processo terapêutico, onde a cliente se refere à sua situação profissional, nomeadamente ao facto de não apresentar um emprego estável. Neste momento, a cliente sente-

se mais despreocupada face à situação profissional e com mais motivação para lidar com as adversidades.

Terapeuta: *e sente-se mais segura desta:*

Helena: *acho que sim acho que sim tenho que lidar com a situação que se vive ah não é bom mas também não é bom só para mim não é bom para toda a gente no momento pronto não sou eu uma única pessoa que se tá a dar mal acho que é o país inteiro por isso há que que aprender a lidar com isso e fazer qualquer coisa para tentar superar não é? agora vamos ver*

Terapeuta: *sente-se com mais força para encarar para ir encarando isto? ou*

Helena: *acho que sim*

(Sessão 16, linhas 277-284)

Após o término do processo terapêutico é possível verificar, na sessão de ***follow-up 1*** (**1 mês após o término da terapia**) um conjunto de avanços e recuos (Figura 4). Neste sentido, identificaram-se os níveis 3 e 5 como sendo os mais frequentes. O aparecimento destes níveis demonstra alguma intenção em implementar estratégias de resolução e, ao mesmo tempo, dificuldades em lidar com a voz problemática quando esta surge. O debate entre a voz problemática e a voz dominante é constante. A compreensão e a identificação de esforços específicos para lidar com o problema, codificado com APES 5, é ilustrado no excerto apresentado a seguir. Nesta fase, é possível evidenciar-se o impacto da voz problemática, deixando espaço para a falha e para o erro e não assumindo automaticamente que a cliente vai falhar. A voz dominante perde poder para a voz problemática, passando a existir a aceitação do erro e, conseqüentemente, uma diminuição da necessidade de perfeição.

Terapeuta: *e sente-se mais diferente neste momento? ou seja não sabe claro o feedback, mas sente mais confiança*

Helena: *acho que sim pelo menos acho que não vou não vou cair na asneira até achar que está bom porque já sei que não vou achar, portanto não vale a pena vou é terminar e depois vê-se (...)*

Terapeuta: *não sofrer por antecipação já fico muito contente de ter ouvido falar de si e por principalmente é também novo ouvi-la satisfeita com aquilo que tem feito porque, reconhecendo lacunas ou não, ou situações mais difíceis que fazem parte do próprio processo sente-se satisfeita o que era algo impensável há uns meses atrás*

Helena: *sim acho que sim era mesmo acho que, acho que 'tou bem acho que estou melhor não me estou a convencer que estou melhor*

(Follow-up 1, linhas 491-505)

A análise do **follow-up 3 (6 meses após o término da terapia)** permite identificar, também, alguns avanços e recuos (Figura 4). A voz problemática tornou-se mais assertiva e começou a expressar as suas necessidades, nomeadamente de aceitação da falha e da diminuição da necessidade de perfeição. Consequentemente, a voz dominante deixou de ter tanto poder, começando a diminuir as exigências sentidas pela cliente. Apesar disto, ainda é notória alguma reticência por parte da cliente. O excerto apresentado é reflexo desta mesma incongruência, codificado com APES 3. Aqui a cliente refere-se ao facto de conseguir mediar o conflito entre as vozes, demonstrando uma diminuição do poder da voz dominante face à realização de tarefas.

Terapeuta: *exato! tem sentido que consegue mediar, consegue ter equilíbrio?*

Helena: *acho que sim! quer dizer aquela voz exigente nunca está satisfeita, continua sem estar satisfeita porque às vezes até mesmo com aulas do género acabo uma aula e penso “ah podias ter feito melhor”, 'tá sempre lá diz sempre isso.*

Terapeuta: *se não é porque é como vai estar sempre porque agora que não tem mestrado vai achar qualquer coisa*

Helena: *mas outra voz também está como está mais forte ou não dá importância ou então riposta assim do género não podia nada. acho que sim não tem sido tão difícil e tão desgastante sim*

(*Follow-up 3*, linhas 135-144)

No último ***follow-up*** (**18 meses após o término da terapia**) o nível mais frequente corresponde a APES 3 (Figura 4). É possível identificar um retrocesso acentuado em termos de ganhos adquiridos, embora o problema se encontre reconhecido. Apesar da voz problemática se fazer ouvir, a voz dominante acaba por abafar esta expressão. As necessidades da cliente são expressas, mas os ganhos não são consolidados, existindo ainda a necessidade de trabalhar sobre o problema. Apesar do impacto da exigência ser significativo, existe espaço para a manifestação do erro e da falha. O excerto a seguir representa a identificação e o reconhecimento de alguns ganhos, codificando com APES 3.

Helena: *eu tenho feito um esforço por tentar 'tar mais consciente daquilo que sinto e do meu estado de espírito de forma precisamente a tentar equilibrar-me de uma forma ou de outra estas atividades que vou fazendo são essa tentativa acho que é o reflexo*

Terapeuta: *isso é muito bom porque eu recordo-me que quando terminamos aquilo que falava é que ia acha que conseguiu algum equilíbrio*

Helena: *exato acho que sim acho que sim nem sempre ah nem sempre o sinto porque às vezes há dias em que realmente por exemplo houve aí uma altura em que eu andava mesmo assim em baixo mas também foi porque tive vários familiares doente e isso também foi uma situação que afeta sempre não é e deixava-me ir um bocadinho assim mais abaixo (...) precisei assim ali de uns dias p'ra me*

reorganizar e consciência da realidade e perceber que não podia continuar assim, 'não posso continuar assim'

(*Follow-up* 6, linhas 310-323)

Em termos de assimilação é possível concluir que, em ambos os casos, se evidenciou uma evolução. Apesar disto, o caso *Elisabete* apresenta níveis mais elevados do que o caso *Helena*. Numa fase inicial, é possível identificar o surgimento de níveis mais baixos em ambos os casos (APES 2 e 3). Ao longo da fase de trabalho, é possível de se identificar uma evolução nos dois casos, no entanto, o caso *Elisabete* apresenta níveis mais elevados (APES 3 a 6) do que o caso *Helena* (APES 4 e 5). Numa fase final do processo, é possível de se verificar uma manutenção dos níveis de assimilação na cliente *Elisabete* (APES 5), ao contrário do que acontece com *Helena*, onde o nível mais frequente diminuiu para APES 4. Após o término da terapia, é possível evidenciar uma maior discrepância na comparação dos dois casos: *Elisabete* manteve níveis elevados ao longo das sessões de *follow-up* (APES 5 a 7), enquanto que *Helena* acabou por recair, apresentando níveis mais moderados (APES 3).

3.7. Discussão

A evidência de elevadas taxas de recaída no que respeita ao tratamento da depressão leva ao levantamento da necessidade de explorar o que acontece ao longo do acompanhamento terapêutico e, conseqüentemente, como este pode influenciar esta estatística. Neste sentido, os estudos de processo tornam-se importantes no sentido em que permitem uma exploração do processo de mudança em terapia.

A literatura aponta para uma relação entre o sucesso terapêutico e a evolução em termos de assimilação de experiências problemáticas (Honos-Webb et al., 1998, 1999; Shapiro et al., 1992; Stiles et al., 1991, 1995). Contudo, os estudos direcionados para o processo pós-terapia são escassos.

O modelo de assimilação de experiências problemáticas assenta na ideia de que a mudança ocorre devido à integração das experiências problemáticas no *self* (Brinegar et al., 2006; Gabalda & Stiles, 2016; Stiles et al., 1990). Estudos prévios (Basto et al., 2016; Brinegar et al., 2008; Caro-Gabalda, 2006, 2011; Field, et al., 1994; Honos-Webb et al., 1998, 1999, 2003; Knobloch et al., 2001; Leiman & Stiles 2001; Mosher et al., 2008; Osatuke, et al., 2005, 2007), validam a perspetiva deste modelo sobre o processo de mudança terapêutica. Apesar dos estudos prévios existentes relativamente à mudança em terapia, poucos são os que se direcionam para a compreensão do que acontece após o término desta. Assim, o presente estudo pretendeu analisar o que acontece com dois casos de sucesso durante e após o término do acompanhamento terapêutico. mais concretamente a relação entre evolução da assimilação e o resultado terapêutico.

Num primeiro momento, analisamos a relação entre a assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia, ao longo do processo de acompanhamento terapêutico e durante as sessões de *follow-up* em ambos os casos clínicos. Foi possível verificar a existência de uma relação negativa entre os níveis de sintomatologia e os níveis APES identificados. Ou seja, à medida que se verifica um aumento dos níveis de assimilação, a sintomatologia depressiva vai diminuído e vice-versa.

A associação dos resultados em termos de assimilação das vozes problemáticas no *self* com a diminuição da sintomatologia depressiva confirma os estudos existentes (Basto et al., 2016; Brinegar et al., 2008; Caro-Gabalda, 2006, 2011; Field et al., 1994; Honos-Webb, Stiles, & Greenberg, 2003; Honos-Webb et al., 1998, 1999; Knobloch et al., 2001; Leiman & Stiles 2001; Mosher et al., 2008; Osatuke et al., 2005, 2007). Neste sentido, é possível afirmar que a integração gradual da voz problemática junto da comunidade de vozes aparenta estar diretamente associada com a diminuição da sintomatologia clínica e, conseqüentemente, com o retorno do bem-estar psicológico.

Num segundo momento, pretendeu-se explorar de forma mais aprofundada a evolução da assimilação ao longo da fase de tratamento e durante o período de um ano e meio após o término da terapia nos dois casos clínicos.

Em relação ao caso da *Elisabete*, esta apresentou uma evolução positiva gradual ao longo de todo o acompanhamento, bem como nas sessões de *follow-up*. Verificou-se uma evolução mais linear, atingindo níveis mais elevados (APES 5 e 6). Apesar de, inicialmente, se notar alguma reticência por parte da cliente em confrontar a voz dominante, esta conseguiu fazê-lo com sucesso, tendo sido evidente um trabalho constante para atingir e, posteriormente manter, uma solução para o problema que trouxe para a terapia. Após o término do acompanhamento terapêutico foi visível a manutenção dos ganhos adquiridos ao longo de todo o processo. Assim, *Elisabete* apresenta níveis elevados ao longo dos 18 meses após o término da terapia, chegando a atingir uma resolução total do problema (APES 7). Quer isto dizer que a voz problemática foi integrada na comunidade.

No caso *Helena* foi possível verificar uma evolução em termos de assimilação e melhoria sintomatológica resultante do trabalho face ao problema e da consciencialização perante este. Apesar de se verificarem níveis elevados, estes não ultrapassam o nível 5 de assimilação, quer ao longo da fase aguda do tratamento quer após o término do acompanhamento. No caso *Helena* é evidenciado um conjunto de retrocessos ao longo de todo o processo de evolução da assimilação. Tal poderá indicar a existência de novas compreensões e alguma aplicação destas no dia-a-dia, mas não uma mudança estruturada e sustentada que seria evidente na presença de níveis mais elevados (APES 6 e 7) de assimilação.

Os resultados identificados no presente estudo permitem constatar que ambos os casos apresentam avanços e recuos. Os avanços e recuos identificados parecem fazer parte do processo de assimilação, bem como de mudança. Neste sentido, em *Elisabete* os recuos são menos frequentes na fase de *follow-up*, comparativamente ao caso *Helena*. Isto poderá indicar

que, no caso de *Helena*, o processo de mudança ainda se encontra numa fase ativa do processo de assimilação, ou seja, ainda não está alcançada a assimilação completa da voz problemática junto da comunidade existente.

Estes resultados vão de encontro aos de estudos prévios (Caro-Gabalda 2006a, 2006b; Caro-Gabalda & Stiles, 2009; Osatuke et al., 2005), comprovando as irregularidades identificadas ao longo de qualquer processo terapêutico. Apesar disto, estas não implicam insucesso terapêutico (Caro-Gabalda & Stiles, 2009), tal como pode ser verificado no estudo aqui descrito, onde apesar de se identificarem avanços e recuos, ambos os casos são considerados como sucesso terapêutico. Os retrocessos identificados aparentam corroborar esta ideia: a cliente aparenta estar numa fase de mudança, onde o processo de assimilação da voz problemática e consequente reorganização da comunidade de vozes ainda não se encontra finalizada. Os retrocessos surgem como resultado da confrontação das vozes e, tal como indicado noutros estudos, não resulta como um problema para o processo, indicando que a cliente se encontra na fase ativa do processo de assimilação (Basto et al., 2018; Caro-Gabalda & Stiles, 2013; Mendes et al., 2016).

O estudo aqui apresentado vai de encontro ao que a literatura diz relativamente ao sucesso terapêutico. São vários os estudos que referem o nível 4 da APES como estando associado ao sucesso em terapia (Caro-Gabalda, 2003, 2006b; Detert et al., 2006). O presente estudo é concordante com esta noção, uma vez que ambos os casos atingiram níveis iguais ou superiores a APES 4, sendo possível relacionar a progressão em termos de assimilação com a mudança em terapia. Assim, níveis iguais ou superiores a APES 4 parecem relacionar-se com o sucesso terapêutico e, também, com uma diminuição em termos de sintomatologia (Goodridge & Hardy, 2009). O presente estudo parece validar a perspetiva de que atingir níveis iguais a APES 4 surge associado ao sucesso em terapia. Ambos os casos descritos são considerados como casos de sucesso no final da terapia e ambos atingem APES 4 ao longo do processo. Apesar

disto, apenas o caso *Elisabete* conseguiu atingir níveis superiores a APES 5 durante a fase aguda do tratamento, ao contrário de *Helena*, cujos níveis máximos identificados correspondem a APES 5. *Elisabete* corresponde caso identificado como sucesso durante e após o término da terapia, tendo sido identificados níveis APES 6 quer na fase aguda de tratamento, quer durante as sessões de *follow-up*. Assim, isto poderá indicar que o nível 6 poderá surgir associado a uma mudança mais estrutural e sustentada, como é refletido pela manutenção dos ganhos após o término do acompanhamento terapêutico (Basto et al., 2017; 2018; Gonçalves, Gabalda, Ribeiro, Pinheiro, Borges, Sousa & Stiles, 2014). Por outro lado, em *Helena* não se verificam estes níveis, sendo o nível mais alto APES 5, o que significa alguma integração e aplicação no dia-a-dia dos ganhos adquiridos, mas não se verifica nenhuma mudança mais global. Uma hipótese explicativa para os presentes resultados poderá estar relacionada com o facto de atingir o nível 6 em termos de assimilação poder funcionar como um marco importante no sentido de prevenir a recaída e de permitir a manutenção dos ganhos. Tal parece mais evidente quando, após o término da terapia, se atingem níveis de assimilação 7, sinónimo da uma integração completa da experiência problemática, tal como acontece com *Elisabete*.

Em *Elisabete*, verificou-se uma total resolução do problema, resultante da implementação de estratégias concretas de resolução. Assim, o nível 7 parece associar-se ao sucesso terapêutico, em casos em que o cliente consegue totalmente assimilar o problema e utilizá-lo como um recurso. Paralelamente, isto significa que a voz problemática é totalmente integrada junto da comunidade de vozes, sendo aceite no *self*, deixando de ser considerada como problemática. Neste sentido, o nível 7 da APES parece associar-se a uma total aplicação das competências adquiridas, bem como a uma concretização da mudança. Assim, a voz problemática foi totalmente integrada junto da comunidade, passando a funcionar como recurso para situações futuras.

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

O estudo aqui descrito prendeu-se com a exploração de diferentes fases do processo no sentido de compreender como ocorre o processo de assimilação e, conseqüentemente, qual a sua relação com a evolução da sintomatologia depressiva. Para tal, foram considerados dois casos de sucesso, um com recaída após o término terapêutico e outro sem recaída, cujos ganhos foram mantidos após o tratamento.

As principais conclusões prendem-se essencialmente com: 1) qualquer processo terapêutico apresenta avanços e recuos, em termos de APES e de sintomatologia; 2) níveis APES mais elevados surgem associados a níveis mais baixos de sintomatologia; 3) a assimilação caracteriza-se como um processo gradual; e 3) níveis iguais ou superiores a APES 4 surgem associados a um bom prognóstico no que se refere ao resultado no final da terapia . Por outro lado, é possível afirmar que níveis iguais ou superiores a APES 6 poderão estar relacionados com um bom prognóstico em termos de manutenção dos ganhos adquiridos ao longo da terapia e, conseqüentemente, prevenção da recaída. Com isto, a obtenção destes níveis poderá funcionar como um macro a ser atingido em terapia, no sentido de prevenir a recaída.

Importa salientar que o estudo aqui descrito apresenta como principal limitação a impossibilidade de analisar todas as sessões de ambos os casos apresentados. O facto de existirem sessões que não foram sujeitas a análise poderá implicar a impossibilidade de análise de conteúdos importantes quer para a interpretação dos casos, quer em termos de evolução e avaliação da mudança. Apesar disto, o presente estudo contribui para o enriquecimento das análises realizadas em torno do modelo de assimilação. Tratando-se de um estudo comparativo, permite evidenciar como, embora sujeitos à mesma técnica terapêutica e ao mesmo terapeuta, cada indivíduo apresenta evoluções diferenciadas. A mudança em terapia depende de um conjunto de fatores e as características pessoais de cada indivíduo aparentam ter um papel

bastante significativo em termos de progressão e evolução ao longo do acompanhamento e após o término deste (Sprenkle & Blow, 2004).

Para além disto, importa salientar que os resultados obtidos no estudo aqui apresentado vão de encontro aos resultados obtidos em estudos prévios, relativamente ao processo de mudança (Basto et al., 2016; Brinegar et a., 2008; Caro-Gabalda, 2006, 2011; Field, et al., 1994; Honos-Webb et al., 1998, 1999, 2003; Knobloch et al., 2001; Leiman & Stiles 2001; Mosher et al., 2008; Osatuke, et al., 2005, 2007). Neste sentido, a investigação direcionada para uma vertente de análise mais qualitativa poderá funcionar como contributo para a investigação do processo terapêutico. A realização de mais estudos semelhantes e, conseqüentemente, a análise de mais casos clínicos demonstra-se como essencial, no sentido de verificar se os resultados aqui apresentados são transversais.

De uma forma global, o estudo aqui apresentado constitui um ponto de partida para futuras análises, nomeadamente ligadas à exploração dos resultados após o término do acompanhamento. A exploração deste contexto poderá funcionar como um acréscimo ao modelo de assimilação, permitindo analisar em que medida certos níveis podem estar associados à manutenção dos ganhos, enquanto outros podem estar associados à recaída. Assim, considera-se que estudos futuros possam basear-se em explorações a outra escala, aglomerando mais casos clínicos e, talvez, realizar uma comparação entre sucesso e insucesso terapêutico. Por outro lado, poderá, ainda, ser interessante compreender quais as características pessoais de cada sujeito que podem funcionar como facilitadores do processo e, conseqüentemente, do sucesso terapêutico.

No que respeita à prática clínica, os resultados aqui evidenciados poderão ser considerados úteis no sentido em que a identificação de níveis específicos associados ao sucesso terapêutico poderá funcionar como facilitador em termos de prevenção de recaída. A identificação de níveis específicos APES poderá funcionar como facilitador para o processo,

bem como para o terapeuta, no sentido de mover as suas intervenções no sentido de possibilitar a obtenção destes mesmo níveis. Por outro lado, importa salientar que a realização do presente estudo, com foco em Terapia Focada nas Emoções permite um acréscimo de conhecimento aos estudos previamente realizados dentro do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas.

Referências Bibliográficas

- APA (2002). *DSM-IV-TR. Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais*, Texto Revisto, 4ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- APA (2014). *DSM 5. Manual de Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais*, 5ª Edição. Lisboa: Climepsi Editores.
- Backs-Dermott, B., Dobson, K. & Jones, S. (2010). An evaluation of an integrated model of relapse in depression. *Journal of Affective Disorders*, 124, 60-67. doi: 10.1016/j.jad.2009.11.015
- Barth, J., Munder, T., Gernger, H., Nuesch, E., Trelle, S., Znoj H., Juni, P. & Cuijipers P. (2013). Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLOS Medicine*, 10(5), 1-17. doi: 10.1371/journal.pmed.1001454
- Basto, I., Pinheiro, P., Stiles, W., Rijo, D. & Salgado, J. (2016). Changes in symptom intensity and emotion valence during the process of assimilation of a problematic experience: A quantitative study of a good outcome case of cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy Research*, 27(4), 437-449. doi: 10.1080/10503307.2015.1119325
- Basto, I., Salgado, J., Stiles, W. B. & Rijo, D. (2017). Does assimilation of problematic experiences predict a decrease in symptom intensity? A study of clinically depressed sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 25(1), 76-84. doi: 10.1002/cpp.2130
- Basto, I., William, S., Bento, T., Pinheiro, P., Mendes, I., Rijo, D. & Salgado. J. (2018). Fluctuation in the Assimilation of Problematic Experiences: A Case Study of Dynamic Systems Analysis. *Frontiers in Psychology*, 9, 1-10. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01119
- Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

- Borckardt, J. (2006). *Simulation modeling analysis: Time series analysis program for short time series data streams* [Computer software].
- Bostwick, J. (2010). A generalist's guide to treating patients with depression with an emphasis on using side effects to tailor antidepressant therapy. *Mayo Clinic Proceedings*, 85(6), 538-550. doi: 10.4065/mcp.2009.0565
- Brinegar, M., Salvi, L. & Stiles, W. (2008). The Case of Lisa and The Assimilation Model: The Interrelatedness of Problematic Voices'. *Psychotherapy Research*, 18 (6), 657- 666. doi: 10.1080/10503300802183694
- Brinegar, M., Salvi, L., Stiles, W. & Greenberg, L. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counseling Psychology*, 53(2), 165–180. doi: 10.1037/0022-0167.53.2.165
- Caro-Gabalda, I. (2003). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación. *Boletín de Psicología*, 79, 59-84.
- Caro-Gabalda, I. (2006a). The assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: How did María assimilate the experience of dizziness?. *Psychotherapy Research*, 16(4), 422-435. doi: 10.1080/10503300600756436
- Caro-Gabalda, I. (2006b). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 16(4), 436–452. doi: 10.1080/10503300600743897
- Caro-Gabalda, I. (2011). El cambio terapeutico a traves del modelo de asimilacion: su aplicacion en la terapia linguistica de evaluacion. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(3), 169-188. doi: 10.5944/rppc.vol.16.num.3.2011.10360
- Caro-Gabalda, I., & Stiles, W. (2009) Retrocessos no contexto da terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, 2(27), 199–212. doi: 10.14417/ap.205

- Caro-Gabalda, I. & Stiles, W. (2016) Elaborating the assimilation model: Introduction to a special section on case studies of setbacks within sessions and therapeutic collaboration, *Psychotherapy Research*, 26 (6), 633-637. doi: 10.1080/10503307.2016.1223386
- Carvalho, A. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. Direção Geral de Saúde.
- Cicchetti, D. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284–290. doi: 10.1037/1040-3590.6.4.284
- Clarke, K., Mayo-Wilson, E., Kenny, J. & Pilling, S. (2015). Can non-pharmacological interventions prevent relapse in adults who have recovered from depression? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review*. 39, 58-70. doi: 10.1016/j.cpr.2015.04.002
- Coelho, R., Martins, A. & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists*, 17(4), 222-226. doi: 10.1016/S0924-9338(02)00663-6
- Costa, C., Bastos, A. & Eizirik, C. (2017). Estudos clínicos em psicoterapia dinâmica: uma revisão do follow-up das intervenções. *Contextos Clínicos*. 10(1), 48-59. doi: 10.4013/ctc.2017.101.04
- Cuijpers, P., Andersson, G., Donker, T. & Straten, A. (2011). Psychological treatment of depression: results of a series of meta-analyses. *Nordic journal of psychiatry*. 65(5), 354-364. doi: 10.3109/08039488.2011.596570

- Detert, N., Llewelyn, S., Hardy, G., Barkham, M. & Stiles, W. (2006). Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research*, *16*(4), 393-407. doi: 10.1080/10503300500294728
- Dinger, U., Ehrenthal, U., Nikendei, C. & Schauenburg, H. (2017). Change in self-esteem predicts depressive symptoms at follow-up after intensive multimodal psychotherapy for major depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *24*(5), 1040-1046. doi: 10.1002/cpp.2067
- Ebert, D., Hopfinger, L., Bockting, C. & Berking, M. (2017). Emotion Regulation Protects Against Recurrence of Depressive Symptoms Following Inpatient Care for Major Depressive Disorder. *Behavior Therapy*. *48*(6), 739-749. doi: 10.1016/j.beth.2017.03.003
- Elliott, R., Watson, J., Goldman, R. & Greenberg, L. (2004). *Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change*. Washington: APA.
- Fava, G., Rafanelli, C., Grandi, S., Canestrari, R. & Morphy, M. (1998). Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in Major Depression. *The American Journal of Psychiatry*, *155*(10), 1443-1445. doi: 10.1176/ajp.155.10.1443
- Field, S., Barkham, M., Shapiro, D. & Stiles, W. (1994). Assessment of assimilation in psychotherapy: A quantitative case study of problematic experiences with a significant other. *Journal of Counseling Psychology*, *41*(3), 397-406. doi: 10.1037/0022-0167.41.3.397
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. & Williams, J. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM – IV Axis I Disorders – SCID I, Clinician Version (SCID – CV)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, Department of Psychiatry Columbia University.

- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M. & Williams, J. (2002) *Structured clinical interview for DSM-IV-TR Axis I disorders, research version*. Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, New York.
- Gonçalves, M., Caro-Gabalda, I., Ribeiro, A., Pinheiro, P., Borges, R., Sousa, I. & Stiles, W. (2014). The Innovative Moments Coding System and the Assimilation of Problematic Experiences Scale: A case study comparing two methods to track change in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 24(4), 442-455. doi: 10.1080/10503307.2013.835080
- Goodridge, D., & Hardy, G. (2009). Patterns of change in psychotherapy: An investigation of sudden gains in cognitive therapy using the assimilation model. *Psychotherapy Research*, 19(1), 114-123. doi: 10.1080/10503300802545611
- Greenberg, L., & Watson, J. (2006). *Emotion - focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35(1), 23–33. doi: 10.1037/h0087682
- Honos-Webb, L., Lani, J., & Stiles, W. (1999). Discovering Markers of Assimilation Stages: The Fear-of-Losing-Control Marker. *Journal of Clinical Psychology*, 55(12), 1441-1452. doi: 10.1002/(SICI)1097-4679(199912)55:123.0.CO;2-K
- Honos-Webb, L., Stiles, W. & Greenberg, L. (2003). A method of rating in psychotherapy based on markers of change. *Journal of Counseling Psychology*, 50(2), 189–198. doi: 10.1037/0022-0167.50.2.189
- Honos-Webb, L., Stiles, W., Greenberg, L. & Goldman, R. (1998). Assimilation Analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 8(3), 264-286. doi: 10.1093/ptr/8.3.264

- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. & Greenberg, L. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology*, 46(4), 448-460. doi: 10.1037/0022-0167.46.4.448
- Hung, C., Liu, C. & Yang, C. (2017). Untreated duration predictor the severity of depression at the two-year follow-up point. *Journal Plos One*. 12(9). doi: 10.1371/journal.pone.0185119
- Knobloch, L., Endres, L. Stiles, W. & Silberschatz, G. (2001). Convergence and divergence of themes in successful psychotherapy: as assimilation analysis. *Psychotherapy*, 28(1), 31-39. doi: 10.1037/0033-3204.38.1.31
- Leiman, M. & Stiles, W. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: the case of Jan revisited. *Psychotherapy Reserach*. 11(3), 311-330. doi: 10.1080/713663986
- Mendes, I., Rosa, C., Stiles, W., Caro-Gabalda, I., Gomes, P. & Basto, I. (2016). Setbacks in the process of assimilation of problematic experiences in two cases of emotion-focused therapy for depression. *Psychotherapy. Research*. 26(6), 638–652. doi: 10.1080/10503307.2015.1136443
- Mergenthaler, E. & Stinson, C. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2(2), 125-142. doi: 10.1080/10503309212331332904
- Mosher, J., Goldsmith, J. Stiles, W. & Greenber, L. (2008). Assimilation of Two Critic Voices in a Person-Centered Therapy for Depression. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies* 7(1), 1-19. doi: 10.1080/14779757.2008.9688449
- Norcross, J. & Hill, C. (2004). Empirically Supported Therapy Relationships. *The Clinical Psychologist*, 57(3), 19-24.
- Norcross, J., Krebs, P. & Prochaska, J. (2011). Stages of Change. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 143-154. doi: 10.1002/jclp.20758

- O’Leary, D., Hickey, T., LAgendjik, M. & Webb, M. (2010). Onset of remission and relapse in depression: Testing operational criteria through course description in a second Dublin cohort of first-admission participants. *Journal of Affective Disorders*, *125*, 221-226. doi: 10.1016/j.jad.2010.02.107
- Osatuke, K., Glick, M., Stiles, W., Greensberg, L., Shapiro, D. & Barkham, M. (2005). Temporal patterns of improvement in cliente-centred therapy and cognitive-behaviour therapy. *Conselling Psychology Quarterly*, *18*(2), 95-108. doi: 10.1080/09515070500136900
- Osatuke, K., Mosher, J., Goldsmith, J., Stiles, W., Shapiro, D., Hardy, G. & Barkham, M. (2007). Submissive voices dominate in depression: Assimilation analysis of a helpful session. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(2), 153–164. doi: 10.1002/jclp.20338
- Osatuke, K., Stiles, W., Barkham, M., Hardy, G. & Shapiro, D. (2011). Relationship between mental states in depression: The assimilation model perspective. *Psychiatry Research*, *190*(1), 52-59. doi: 10.1016/j.psychres.2010.11.001
- Paykel, E., Scott, J., Teasdale, J., Garland, A., Moore, R., Jenaway, A., Cornwall, P., Hayhurst, H., Abbott, R. & Pope, M. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, *56*(9), 829–835. doi:10.1001/archpsyc.56.9.829
- Pos, A. & Greenberg, L. (2007). Emotion-focused Therapy: The Transforming Power of Affect. *Springer Science Business Media*, *37*(1), 25-31. doi: 10.1007/s10879-006-9031-z.
- Powell, V., Abreu, N., Oliveira, I. & Sudak, D. (2008). Terapia Cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *30*(2), 73-80. doi: 0.1590/S1516-44462008000600004
- Prochaska, J. & Norcross, J. (2001). Stages of Change. *Psychotherapy*, *38*(4), 443-448. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.443

- Qaseem, A., Barry, M. & Kansagara, D. (2016). Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatments of Adult Patients with Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Clinical Guideline, 164*(5), 350-359. doi: 10.7326/M15-2570
- Salgado, J. (2019). ISMAI Depression Project: Final results of a comparative randomized clinical trial of psychotherapy treatments (EFT vs CBT) for major depression. Paper presented at the 35th Annual Meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Lisbon, Portugal.
- Shapiro, D., Barkham, M., Reynolds, S., Hardy, G. & Stiles, W. (1992). Prescriptive and exploratory psychotherapies: Toward an integration based on the assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration, 2*(4), 253-272. doi: 10.1037/h0101269
- Shinohara, K., Honyashiki, M., Imai, H., Hunot, V., Caldwell, D., Davies, P., Moore, T., Furukawa T. & Churchill, R. (2010). Behavioural therapies versus other psychological therapies for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 10*. doi: 10.1002/14651858.CD008696.pub2
- Sprenkle, D. & Blow A. (2004). Common factors and our sacred models. *Journal of Marital and Family Therapy, 30*(2), 113–129. Doi: 10.1111/j.1752-0606.2004.tb01228.x
- Stiles, W. (1999a). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*(1), 1-21. doi: 10.1080/10503309912331332561
- Stiles, W. (1999b). Suppression of continuity-benevolence assumptions (CBS) voices: A theoretical note on the psychology and psychotherapy of depression: comment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 36*(3), 268–273. doi: 10.1037/h0087847
- Stiles, W. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 462–465. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.462

- Stiles, W. (2002). Assimilation of problematic experiences. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that Work* (pp. 357-365). Cary, NC: Oxford University Press.
- Stiles, W. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research*, 21(4), 367-384. doi: 10.1080/10503307.2011.582186
- Stiles, W., Elliott, R., Llewelyn, S., Firth-Cozens, J., Margison, F., Shapiro, D. & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27(3), 411-420. doi:10.1037/0033-3204.27.3.411
- Stiles, W., Meshot, C., Anderson, T. & Sloan, W. (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2(2), 81-101. doi: 10.1080/10503309212331332874
- Stiles, W., Morrison, L., Haw, S., Harper, H., Shapiro, D. & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 28(2), 195-206. doi: 10.1037/0033-3204.28.2.195
- Stiles, W., Osatuke, K., Glick, M. & Mackay, H. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. In H. H. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). New York, NY: Brunner-Routledge.
- Stiles, W., Shapiro, D., Harper, H. & Morrison, L. (1995). Therapist contributions to psychotherapeutic assimilation: An alternative to the drug metaphor. *British Journal of Medical Psychology*, 68(1), 1-13. doi:10.1111/j.2044-8341.1995.tb01809.x
- Watson, J., Goldman, R. & Greensber, L. (2011). Contrasting two clients in emotion-focused therapy for depression 1: The case of "Tom", "Trapped in the tunnel". *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7(2), 268-304. doi: 10.14713/pcsp.v7i2.1091