O Modelo de Assimilação de

Experiências Problemáticas em Vítimas de Violência na Intimidade

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Forense – Intervenção com Vítimas e Agressores

Orientanda: Leila Coelho Pais

Orientadora: Professora Doutora Isabel Maria Morais Basto

Co-orientadora: Professora Doutora Maria Anita Carvalho dos Santos

Castêlo da Maia,

Fevereiro, 2021

Agradecimentos

O resultado deste trabalho é fruto de muitas cooperações, sem as quais a sua realização tornar-se-ia praticamente impossível. Assim, contei com a ajuda incondicional de algumas pessoas, e a elas expresso o meu sincero e grande agradecimento.

Em primeiro lugar, gostaria de agradecer à Professora Isabel Basto pela incrível disponibilidade que teve ao longo de todo este processo e a compreensão que teve comigo. Mesmo nos momentos mais difíceis, as suas palavras foram sempre motivadoras. Agradeço pela orientação, partilha, disponibilidade e por acreditar sempre no meu potencial.

Ao corpo docente que me acompanhou ao longo de toda a minha formação.

Às minhas colegas de faculdade que estiveram sempre do meu lado neste percurso, apoiando-nos mutuamente em todas as situações e motivando-nos a ser melhores.

A todos os meus amigos, por me ajudarem e acreditarem em mim nestes últimos anos. Obrigada por tudo o que me ensinarem e por todo o incentivo que sempre me souberam dar nos momentos certos.

Aos meus pais, por nunca duvidarem de mim e sempre me incentivarem a crescer e a lutar pelos meus sonhos. Muito obrigada pelas oportunidades que me deram e por terem sempre acreditado em mim, mesmo quando eu duvidei. Sei o quanto me apoiaram e ajudaram nesta longa caminhada. Todos os vossos ensinamentos, confiança, amor e carinho funcionaram como uma alavanca para o término desta jornada.

À minha irmã, o meu maior agradecimento por sempre me motivar e dar forças para continuar nesta jornada e nunca me deixar desistir da minha formação. O teu incentivo e amor são muito importantes para mim. Sem ti, nada disto seria possível.

A todos,

O meu mais sincero agradecimento!

Resumo

A violência doméstica e a violência nas relações de intimidade (VRI) são fenómenos atuais e cada vez mais discutidos globalmente, devido ao número elevado de vítimas registadas todos os anos.

A intervenção psicológica neste âmbito é fundamental na promoção da saúde e na prevenção de revitimação. A intervenção junto da vítima torna-se primordial, sendo necessário selecionar e adaptar cada método em função da sintomatologia presente e das particularidades do caso.

O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas (Stiles, 2001; Stiles et al., 1990) atua na redução da sintomatologia, na mudança e no progresso terapêutico através da assimilação de experiências problemáticas no *self.* O resultado da psicoterapia é compreendido como uma alteração em relação a experiências problemáticas identificadas. Existem inúmeras investigações sobre o tema, mas a informação é escassa sobre este modelo nas vítimas de VRI.

A presente investigação descreve o processo de assimilação das experiências problemáticas de uma paciente, "Isabel", vítima de VRI. Foi submetida a intervenção com Terapia Cognitivo-Comportamental. O objetivo desta investigação prende-se na análise do processo de assimilação de experiências problemáticas neste caso.

Com a escala de assimilação de experiências problemáticas (APES), foi possível medir esta assimilação. Foi usado o *Outcome Questionnaire 45* (OQ-45) para medir a intensidade da sintomatologia.

Da análise das sessões resultou a identificação consensual dos temas centrais e codificação de excertos das sessões. Os resultados revelaram que "Isabel" é um caso de insucesso. Apesar da participante atingir valores elevados na escala de APES, a sintomatologia não apresentou uma diminuição significativa.

Palavras chaves: Vítimas; Violência na relação de intimidade; Modelo de Assimilação; Sintomatologia

Abstract

Domestic violence and violence in intimate relationships (VIR) are current phenomena and are increasingly discussed globally, due to the high number of victims registered each year.

Psychological intervention is essential for those victims in a way to promote health and prevent re-victimization. The intervention with the victim becomes essential. It is necessary to select and adapt each method according to the present symptoms and the particularities of each case.

The Assimilation of Problematic Experiences Model (Stiles, 2001; Stiles et al., 1990) works to reduce symptomatology, change and therapeutic progress through the assimilation of problematic experiences in the *self*. The result of this psychotherapy is understood as a change from the identified problematic experiences. There are numerous investigations on the subject, but information is scarce about this model in victims of VIR.

The present investigation describes the process of assimilation of problematic experiences of a patient, "Isabel", VIR's victim. She take part in a Cognitive-Behavioral Therapy intervention. The objective of this investigation is to analyze the process of problematic experiences' assimilation.

With the Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES), it was possible to measure this assimilation. The Outcome Questionnaire 45 (OQ-45) was used to measure the intensity of the symptomatology.

The sessions' analysis resulted in the consensual identification of the central themes and in the codification of excerpts from the sessions. The results revealed that "Isabel" is a case of failure. Although the participant achieved high values on the APES scale, the symptomatology did not show a significant decrease.

Keywords: Victims; Violence in the intimate relationship; Assimilation Model; Symptomatology

Índice

Resumo 3

Abstract 5

Índice de Figuras 8

Índice de Tabelas 8

Introdução 9

1. Enquadramento teórico 10

1.1. Violência doméstica e consequências para a vítima 10

1.2. Vítimas na relação de intimidade (VRI) 13

1.3. Intervenção psicológica em vítimas de violência doméstica 14

1.4. Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas 17

2. Método 25

2.1. Participantes 25

2.2. Terapeuta 27

2.3. Terapia 27

2.4. Instrumentos 29

2.4.1. Medidas de Processo 29

2.4.2. Medidas de Resultado 31

2.5. Procedimentos 32

2.5.1. Medidas de Resultado 32

2.5.2. Medidas de Processo 32

3. Resultados 35

3.1. Análise da relação entre a assimilação e a sintomatologia 35

3.2. Análise do processo de assimilação 36

3.2.1. Fase Inicial da Terapia 40

3.2.2. Fase de Trabalho da Terapia 40

3.2.3. Fase Final da Terapia 43

4. Discussão 44

5. Conclusão 48

6. Referência 51

Índice de Figuras

Figura 1 "Evolução dos Níveis da APES e OQ-45" 35

Figura 2 "Valores Brutos de Assimilação"..... 39

Índice de Tabelas

Tabela 1 " Resumo da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES; in Caro-Gabalda & Stiles 2009)" 19

Tabela 2 "Resultados OQ-45 ao Longo das Sessões"..... 27

Tabela 3 "Resumo da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES; in Caro-Gabalda & Stiles 2009)..... 29

Introdução

Na sociedade atual, embora haja cada vez mais informação e enfoque sobre a violência contra as mulheres em relacionamentos íntimos, elas ainda são as principais vítimas do sexo oposto. As notícias sobre os homicídios cometidos pelos cônjuges sobre as mulheres e o elevado número de crimes em que a mulher é a vítima (APAV, 2019) confirmam a necessidade de investigar esta problemática. Apesar de extensas investigações realizadas sobre este assunto, ainda existem lacunas na literatura no que diz respeito ao processo de mudança psicológica das mulheres vítimas de violência na intimidade, nomeadamente em casos acompanhados em psicoterapia.

Devido a esta lacuna, surgiu a necessidade da presente investigação, realizada no âmbito da Dissertação do Mestrado de Psicologia Clínica e Forense, do Instituto Universitário da Maia. O objetivo principal deste estudo é compreender a mudança psicológica em mulheres vítimas de violência por meio de um processo de integração e assimilação de experiências problemáticas. Com base no Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas de Stiles (2001), analisaremos o caso de uma mulher vítima de violência na relação de intimidade em Terapia Cognitivo-Comportamental, com finalidade de compreender o processo de mudança terapêutica nestas vítimas.

Esta dissertação está organizada em duas partes. A primeira parte refere-se à revisão da literatura, enquanto a segunda parte refere-se ao estudo empírico realizado: descreve o participante, o método, os resultados, a sua discussão e respetiva conclusão.

1. Enquadramento teórico

1.1. Violência doméstica e consequências para a vítima

Em 2019, a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) registou 54.403 ocorrências, 79% das quais casos de violência doméstica (Relatório Anual da APAV, 2019). Segundo o Relatório Anual desta associação, 80,5% das ocorrências são casos do sexo feminino; 36,6% dos quais com idades compreendidas entre os 25 e os 54 anos.

Ser vítima de qualquer tipo de violência traz prejuízo graves à saúde da vítima (Silva, Bovolini, Sardinha & Aquino, 2019), traduzindo-se numa experiência difícil e traumática. Cada indivíduo reage à vitimação de variadas formas, dependendo do tipo de crime e do seu contexto. Uns reagem de forma passiva e seguem o normal rumo da sua vida, sem que a vitimação os afete; outros sofrem imenso, causando um impacto negativo significativo nos respetivos destinos (APAV, 2018). Para estes últimos, os traumas não se refletem apenas em termos físicos, mas também em termos psíquicos, afetando assim a saúde geral e bem-estar das vítimas (Silva et al., 2019).

A violência caracteriza-se por comportamentos sistemáticos que seguem um padrão específico. Começa, na maioria dos casos, por tensões nos relacionamentos provocados por motivos externos ao casal (empregos) ou inerentes à vida a dois (preocupações financeiras, diferenças de opiniões (Miller, 1999). Ao contrário de um relacionamento não violento, em que as pessoas falam sobre determinadas problemáticas ou até as ignoram, num relacionamento violento, com o aumentar das tensões, surgem as agressões (Miller, 1999).

Resultado de um longo historial de diferenças na sociedade e no casamento entre homens e mulheres, ainda enraizado nos dias correntes, continuam a prevalecer aspetos e atitudes inerentes ao homem (espaço público, domínio, agressividade) e à mulher (“sexo frágil, afeto, sensibilidade”). Estes traços relacionados com o sexo feminino acabam por serem subvalorizados na sociedade (Azevedo,

1985). Este contexto histórico-social resulta, várias vezes, em situações de violência contra a mulher nos mais diversos espaços, tanto profissional, social e doméstico.

A violência doméstica, pelo número galopante de vítimas, tornou-se um grave problema de saúde pública em vários países. Uma em cada três mulheres já foi espancada, violada ou sofreu de algum abuso por um agressor, que geralmente é membro da sua própria família (Redondo, 2011).

A violência doméstica é estudada como um sistema circular denominado de Ciclo de Violência Doméstica e apresenta geralmente três fases: i) aumento da tensão; ii) ataque violento; e iii) lua-de-mel. A primeira fase diz respeito a uma sensação de perigo eminente, com tensões constantes, injúrias e ameaças proferidas pelo agressor (APAV, 2012). Na segunda fase, já se está perante situações de maltratos físicos e psicológicos, com um aumento gradual de frequência e intensidade. A terceira fase é identificada pelo arrependimento do agressor, desculpas, carinho, atenção e promessas de mudança de comportamento (APAV, 2012; Miller, 1999). Este ciclo é, geralmente, vicioso pela sua continuidade no tempo e repetições sucessivas. A fase apelidada de lua-de-mel tem tendências a ficar mais curta, ao contrário da fase do ataque violento, cada vez mais intenso, podendo culminar no homicídio (APAV, 2012). As consequências de tais atos, quando não terminam em homicídio, perseguem a vítima até bem depois do episódio de violência em si, com o possível desenvolvimento de perturbações mentais a curto e longo prazo: perturbações depressivas, abuso de substâncias, stress pós-traumático, perturbações do sono e alimentares (Mozzambani, Ribeiro, Fuso, Fiks, & Mello, 2011).

Estes problemas, do foro físico e psicológico, afetam a forma como a vítima encara a própria vida em termos de crenças e projetos, agredindo não só a sua capacidade de fazer, mas também a capacidade de ser (Machorrinho, Veiga, Santos & Marmeleira, 2019). Atividades tão simples como as rotinas quotidianas tornam-se um desafio. A vítima fica desorientada e isola-se da sociedade onde está inserida, até perder gradualmente a sua rede de apoio (Ribeiro & Coutinho, 2011). A sintomatologia

associada a esta disfunção é variada, indo de quadros de depressão, ansiedade generalizada, falhas de memória e atenção, disfunção sexual, perturbação alimentar, perturbação do sono, pesadelos, medos, doenças sexualmente transmissíveis, até uma gravidez indesejada, aborto espontâneo e uso e abuso de drogas e álcool (Machorrinho et al., 2019; Neves, 2012). Independentemente da origem, causa e efeito, as consequências da exposição direta à violência têm graves consequências no funcionamento global das vítimas, tornando-se uma barreira no seu dia-a-dia (Dutton & Painter, 1993; Dutton, 1999).

Existem várias consequências enumeradas por alguns autores que incidem: a) no funcionamento global, profissional e parental; b) na saúde física e mental, ao nível da sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa e abuso de substâncias, entre outros; c) na memória (atenção e hipervigilância, sendo uma das respostas associadas ao trauma); d) no isolamento social, consequência direta da proibição do contacto da vítima com a sua rede de amigos e familiares; e e) no abuso económico, na restrição e/ ou controlo do acesso a dinheiro ou outros recursos (Santos & Cruz, 2013; Walker, 2009).

Também existem consequências a nível social. Percebe-se que as consequências da exposição direta à violência doméstica são: a) a restrição do convívio social; b) má aceitação social; c) preconceito; e d) descriminação (Fonseca, Ribeiro & Leal, 2012). As vítimas tornam-se assim vulneráveis, com poucas estratégias de luta e combate, sendo cada vez mais difícil quebrar este ciclo (Fonseca et al., 2012)

Segundo Bennett (2000), a violência doméstica pode afetar o desenvolvimento da capacidade de autorrealização, inerente ao ser humano, conforme o tipo de violência sofrido, o impacto, o suporte disponível e as capacidades pessoais – psicológicas e sociais. De forma a difundir o ajustamento psicológico e diminuir o risco de vitimação secundária, o autor apresenta um conjunto de instruções gerais para lidar com vítimas, tais como: validar a experiência; restabelecer o controlo da vítima; explicar o crime em si e a sua prevalência; evitar e prevenir a culpabilização, o evitamento, o

isolamento e o acontecimento de novos crimes; promover o processamento emocional e cognitivo da experiência (Bennett, 2000).

Porém, a violência doméstica acaba por ser um tema pouco abordado na perspetiva do processo de agressão e de acompanhamento pós-violência. Por contar com múltiplos intervenientes e perspetivas teóricas divergentes na sua compreensão, torna-se numa problemática de particular complexidade (Machorrinho et al., 2019).

1.2. Vítimas na relação de intimidade (VRI)

A violência doméstica, na maioria dos casos, alastra também para a intimidade. As vítimas na relação de intimidade (VRI) sofrem de um dos tipos de violência mais comum, que ocorre no contexto da intimidade exercida pelo marido ou pelo companheiro, geralmente do sexo masculino (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002). Cerca de uma em cada dez mulheres, ao longo da sua vida, é vítima de violação, perseguição ou de violência física pelo próprio marido ou companheiro (Patrício, 2014), tornando esta temática num grave problema social e de saúde pública e afetando mulheres de todas as idades e classes sociais (Redondo, 2011; Souza et al., 2014).

As formas de VRI mais comuns são: a) violência física (uso da força física com o objetivo de ferir, causar dano ou empurrões); b) violência emocional e psicológica (criticar, insultar, humilhar a vítima em público ou em privado); c) violência sexual (imposição de práticas sexuais contra a vontade da vítima); d) intimidação, coação e ameaça (manter a vítima com medo daquilo que o agressor/a possa fazer contra si e/ou contra terceiros próximos ou bens); e e) violência patrimonial, que resulta em danos, perdas, subtração ou retenção de objetos, documentos pessoais, bens e valores da mulher. (Fonseca & Lucas, 2006; Gordon, 2000).

Geralmente, as vítimas têm dificuldade em perceber que se encontram num relacionamento com violência, até mesmo pelo facto de já terem aceitado a violência sofrida como algo natural, sendo isto mais comum nos casos de violência psicológica, por ser mais subtil, dificultando a identificação

da própria violência (Manita, 2008). Alguns fatores, tais como o abuso de álcool e drogas, coabitação, idade jovem, ter sido vítima primária ou secundária na infância e ter experimentado outras formas de violência na fase adulta, foram associados à violência contra a mulher pelo parceiro íntimo (Souza, et al., 2014).

Segundo Castanho (2013), a violência nas relações de intimidade é uma das principais causas de morte e de ferimentos das mulheres em todo o mundo. 13,5% dos homicídios são executados por parceiros íntimos; as mulheres têm seis vezes mais probabilidades de serem mortas pelo parceiro (Stögkl et al., 2013).

Os efeitos da violência podem permanecer na vítima por longos períodos depois do episódio de maus-tratos ter terminado. Quanto maior é o grau de violência e o seu contexto, maior é o impacto na saúde física e mental (Krug et al., 2002). Num contexto de violência na intimidade, o impacto e efeitos na vítima podem atingir um alto sofrimento, com perturbações severas no funcionamento familiar, isolamento social, menor produtividade e desemprego, estigma social reduzida e, consequentemente, custos acrescidos com a saúde (Redondo, 2011).

1.3. Intervenção psicológica em vítimas de violência doméstica

A intervenção psicológica é uma solução para que a vítima de violência doméstica possa voltar a viver como o fazia anteriormente ao processo de vitimação, com uma capacidade de autorrealização e de reintegração da sua personalidade, liberdade e na própria sociedade. A recriação de mecanismos de defesa é essencial para a vítima superar as sequelas deixadas pela submissão e maus-tratos sucessivos (Leal, Pimenta & Marques, 2012). É um processo fundamental na promoção da saúde das vítimas e na prevenção de revitimação (Matos, 2011), já que incide na seleção e adoção de métodos em função da sintomatologia presente e das particularidades das vítimas (Walker, Logan, Jordan & Campbell, 2004) e ainda promove uma maior consciencialização social sobre a violência na intimidade (Matos, 2011).

Os últimos anos foram profícuos no desenvolvimento de protocolos de avaliação e de intervenção (individuais e em grupo), com diferentes orientações teóricas e metodologias (Neves, 2012). Não existe assim apenas um modelo único de intervenção aplicável a esta problemática, mas sim várias intervenções teóricas e práticas psicoterapêuticas direcionadas a vítimas de violência nas relações de intimidade (Walker et al., 2004).

Neste sentido, a intervenção em crise (Hoff, 1995; Walker, 2009), as abordagens feministas, a psicoterapia cognitivo-comportamental (Webb, 1992), a psicoterapia narrativa (Machado & Matos, 2001; White, & Epston, 1990), a intervenção em grupo (Cox & Stoltenberg, 1991; Tutty, Bidgood, & Rothery, 1993) e a intervenção no casal (Brown, O'Leary & Feldbau, 1997; Goldner, 1999; Hamby, 1998) são alguns exemplos de modelos de intervenção a aplicar em vítimas nas relações de intimidade.

Porém, cada uma destas abordagens tem as suas potencialidades, mas também lacunas e alguns inconvenientes. A perspetiva feminista é criticada por ser redutora nas suas conclusões e por rotular a mulher como sobrevivente, pondo em causa um presente e futuro afastado da violência (Oliveira, Viegas, Santos, Silveira, & Elias, 2015).

Quanto à psicoterapia cognitivo-comportamental, Matos (2006) considera que é orientada para a patologia e para o défice individual, com o objetivo de controlar e eliminar sintomas de mal-estar decorrentes dos maus tratos, centrando-se em demasia na (re)educação da mulher. Este último aspeto, defende o autor, nem sempre é positivo para reestruturar a autonomia da vítima e para reconsiderar as suas opções de vida (Matos, 2006).

A terapia de casal é uma modalidade aconselhada a casais em que os episódios de violência são recentes ou que assumem um registo de menor gravidade (Matos, 2006). Outros autores tecem duras críticas à terapia de casal (Hansen, 1993; Shamai, 1996; Trute, 1998), já que esta intervenção analisa a violência como um problema relacional, com a culpa diluída pelos dois membros do casal

(Hansen, 1993). Consequentemente, a abordagem da intervenção poderá colocar a mulher em risco face ao parceiro.

A psicoterapia narrativa enfrenta igualmente algumas dificuldades, apesar das inúmeras potencialidades. Aqui, o ponto de discórdia diz respeito ao número reduzido de audiências tidas pelas vítimas de violência doméstica (Matos, 2006). A intervenção em grupo também não fica imune a críticas. Embora alguns autores refiram a sua eficácia como forma de tratamento, não está ainda suficientemente comprovada (Machado & Matos, 2007).

Como comprova a literatura existente, não existe uma intervenção ideal, única, eficaz e dirigida a todas as vítimas de violência doméstica (Walker et al., 2004). É benéfico utilizar vários modelos integrados de psicoterapia para atender à complexidade de problemas associados à violência doméstica (Matos, 2006). Ao longo dos últimos anos, foram desenvolvidos vários estudos na área da psicologia para servir de base a intervenções com objetivo de diminuir o impacto desta temática nas mulheres (Manita, 2005; McBride, 2001; Tutty et al., 1993), com grande foco na avaliação do processo de mudança terapêutica.

Apesar de recentes pesquisas sustentarem a eficácia de variadas formas de psicoterapia, pouco se sabe sobre como e o que promove este processo de mudança na psicoterapia (Kazdin, 2009; Pos, Greenberg, Goldman & Korman, 2003). Para reverter esta situação, a investigação em psicoterapia tem seguido o caminho de apurar os procedimentos mais eficazes no tratamento e terapia para diferentes perturbações psicológicas. Um desses procedimentos é a investigação de processo-resultado em psicoterapia. Foi estudado e criado exatamente para corrigir a fragilidade e desconhecimento do processo de mudança terapêutica, sendo que o objetivo principal é a compreensão e interação da relação entre cliente e terapeuta (Basto, 2018; Llewelyn, Macdonald, & Aafjes-van Doorn, 2016). Com esta investigação de processo-resultado em psicoterapia, é possível perceber o procedimento de

mudança no cliente e o papel da terapia (e do terapeuta) em termos de resultados (Hardy & Llewelyn, 2015).

Este processo de mudança é parte fundamental no tratamento de vítimas de VRI, sendo necessário compreender como um trauma deixa de ser um problema e passa a ser uma experiência integrada na vida da vítima. A intervenção parece minimizar as consequências negativas que a VRI tem na vítima, porém evidencia-se uma escassez de conhecimento e de literatura sobre este processo (Manita, 2005; McBride, 2001; Tutty et al., 1993).

1.4. Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas

Este estudo incide sobre o Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas (Stiles et al., 1990) com vítimas de VRI. Este modelo perspetiva a redução da sintomatologia e, consequentemente a mudança e progresso terapêutico através da assimilação de experiências problemáticas no *self* (Stiles et al., 1990), sendo um processo transversal a diferentes modelos psicoterapêuticos e a diferentes condições psicopatológicas (Stiles et al., 1990).

O Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas pretende dar conta da mudança ocorrida ao longo da psicoterapia (Stiles et al., 1990) e possibilita uma interpretação das suas ocorrências. O resultado da terapia surge como uma compreensão de uma alteração de determinadas experiências problemáticas, tais como memórias dolorosas e/ ou sentimentos aterrorizadores, entre outros (Stiles, 2001).

Para o modelo de assimilação de experiências problemáticas, o *self*, ou identidade pessoal, é construído pelas diferentes experiências de cada indivíduo. Cada experiência deixa marcas e traços que voltam ao ativo sempre que algo do presente se assemelha a um episódio passado (Brinegar, Salvi, Stiles & Greenberg, 2008). Com esta premissa em mente, o Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas utiliza o conhecimento passado como uma ferramenta para lidar com as experiências do dia-a-dia (Basto, 2018; Stiles, 2001). Estes autores assumem que as vivências indesejadas,

problemáticas ou dolorosas do passado deixam marcas na memória, nas capacidades e ações de cada um para o futuro. Estas marcas/ traços são denominadas de "vozes" (Brinegar et al., 2006). O modelo de assimilação de Stiles define três conceitos no seu modelo teórico sobre a mudança psicológica: a) comunidade de vozes, b) voz dominante, e c) voz problemática ou não dominante (Basto, 2018; Caro-Gabalda & Stiles, 2009).

a) A comunidade de vozes define-se como as experiências aceites e que se organizam numa estrutura hierarquizada e organizada que compõe o nosso *self*.

b) A voz dominante retrata as experiências integradas pelo *self*, que, por sua vez, têm maior relevo numa determinada situação/ experiência.

c) A voz problemática ou voz não dominante reflete-se em experiências de difícil integração pelo *self*. Estas experiências podem ter origem em episódios difíceis ou desafiantes, ao longo da vida. Por vezes, estas vozes não são compatíveis com a comunidade de vozes, gerando assim um conflito e, por vezes, o que pode explicar o desenvolvimento de problemas psicológicos.

Novas experiências significam novas vozes a assimilar e integrar na comunidade de vozes (Osatuke et al., 2011). Estas vozes podem desencadear situações e sentimentos reativos relacionados com a experiência original. Partindo desta base, este modelo tem como principal objetivo eliminar e/ou evitar a reativação destas vozes: assume-se que, em psicoterapia, experiências dolorosas podem ser assimiladas no *self*, ou seja, podem ser integradas na pessoa (Gabalda & Stiles, 2009). A assimilação da voz problemática ocorre quando existe um diálogo entre as vozes (problemática e dominante). O diálogo entre estas vozes tem por base pontes de significado. Estas pontes de significado formam ligações entre as vozes (problemática e dominante) por meio de gestos, histórias, imagens, ou até mesmo por uma expressão que tem significado idêntico, que podem identificarem-se e conectarem entre elas (Brinegar et al., 2006). Este mecanismo possibilita a integração gradual da voz problemática na comunidade de vozes (Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003). O início da assimilação da voz

problemática ocorrer na transição do estádio 3 para o estádio 4 da APES. É nesta transição que se verifica a formulação dos problemas, como também a sua consecutiva compreensão e definição de objetivos e soluções. Nos estádios 3 e 4 da APES, a voz problemática ganha mais força e acaba por se expressar com firmeza e determinação. Em consequência desta conquista por parte da voz problemática, a comunidade de vozes torna-se compreensiva e consciente, proporcionando assim o diálogo e consecutiva assimilação (Brinegar et al., 2006).

Considera-se que o processo terapêutico foi bem-sucedido quando uma ou mais experiências desconfortáveis foram integradas e aceites na comunidade de vozes (Stiles et al., 1990; Stiles, 2001).

Este processo ocorre de forma gradual, ao longo de vários níveis, descritos na escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES) (Tabela 1). Esta escala é constituída por oito estádios, sendo o estádio 0 referente ao evitamento; o estádio 1 referente aos pensamentos indesejáveis; o estádio 2 diz respeito à consciência vaga/ emergência; o terceiro estádio é referente à colocação do problema/clarificação; o estádio 4 menciona a compreensão/ *insight*; o estádio 5 expõe a aplicação/ elaboração; o estádio 6 diz respeito à solução do problema; e, por último, o estádio 7 é referente ao domínio (Caro-Gabalda & Stiles, 2009).

Tabela 1

" Resumo da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES; in Caro-Gabalda & Stiles 2009)"

Estádio 0	Neste estádio, a informação não está formada, o sujeito não está consciente do problema. Nesta fase, o desconforto pode ser mínimo. Existe um evitamento bem-sucedido;
Estádio 1	Na fase do primeiro estádio, existem pensamentos desconfortáveis e o sujeito

	prefere não pensar neles. Nesta fase, é o terapeuta que sugere os tópicos a desenvolver e a emoção é frequente. Existem fortes emoções negativas associadas, tais como ansiedade, medo, raiva e tristeza;
Estádio 2	No segundo estádio, o sujeito toma consciência da experiência problemática e refere pensamentos desconfortáveis. Mas ainda não consegue formular o problema claramente.
Estádio 3	O terceiro estádio refere que a informação inclui a colocação clara de um problema que pode ser trabalhado. Neste nível, a emoção é negativa, mas não há pânico.
Estádio 4	No quarto estádio, a experiência problemática é colocada em forma de esquema, formulada, compreendida. Nesta fase a emoção é mista.
Estádio 5	No quinto estádio, a compreensão é utilizada para se trabalhar um problema e existem esforços para a resolução do mesmo. Ao nível emocional, é positivo e otimista.

Estádio 6	O sexto estádio é a fase em que o sujeito atinge a solução para um problema específico. A emoção é positiva e o sujeito está satisfeito, orgulhoso do seu progresso.
Estádio 7	No sétimo estádio, o sujeito usa novas soluções e são bem-sucedidas em novas situações. A este nível, a emoção é neutra, ou seja, já não se trata de algo que cause desconforto. A experiência indesejada já está assimilada no *self*.

Assim sendo, nos níveis iniciais da APES (APES 0 e 1), a emoção é negativa, o que envolve uma menor atenção à voz problemática. Quanto maior for a atenção a esta voz problemática, mais ciente ela se torna (APES 2). Quando o sujeito foca a sua atenção na voz problemática de forma propositada, esta começa a obter forças e consegue dialogar com maior clareza com a comunidade de vozes (APES 3). Neste nível, torna-se mais simples para o sujeito governar as suas emoções. Quando a voz problemática começa o processo de assimilação na comunidade de vozes (APES 4), as suas emoções começam a modificar-se de negativo para positivo. Neste nível, coexistem várias emoções: episódios de afeto positivo e de afeto negativo, associados a *insights,* ou novas compreensões do problema. A gradual assimilação da voz problemática na comunidade de vozes proporciona ao indivíduo introduzir mudanças na sua vida (APES 5 e 6), o que significa que as emoções positivas prevalecem e intensificam-se. Por último, quando a voz não dominante ficar absolutamente assimilada na comunidade de vozes (APES 7), a vítima apresenta uma menor atenção à experiência negativa, pois

esta já faz parte do funcionamento habitual do seu quotidiano. Isto é visível com traços de emoções neutras, ou seja, pouco prevalentes e pouco intensas (Basto, 2018; Stiles, 2001).

O progresso nesta escala nem sempre é linear, contínuo e regular. Pelo contrário, é caracterizado por avanços e recuos (Osatuke et al, 2005).

Os retrocessos significam crises, impasses e recidivas, com um regresso de um estádio superior a um estádio inferior da APES. Por exemplo, um sujeito pode atingir o estádio 5 (aplicação/ elaboração) após uma intervenção terapêutica. Porém, se o terapeuta abordar demasiado uma temática, ou se o sujeito não estiver preparado para a mudança, este pode regredir para o estádio 2 (emergência) (Brinegar et al., 2006).

Existem vários estudos sobre o modelo de assimilação (Caro-Gabalda, 2006; Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998; Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999; Osatuke et al., 2007). Contam-se, entre eles, vários casos de sucesso, mas também casos de insucesso. Esta classificação (sucesso ou insucesso terapêutico) dos casos é calculada através da observação de mudanças clínicas significativas ao longo da terapia, traduzindo-se na diminuição da intensidade dos níveis sintomatológicos inicialmente apresentados (Pereira, 2015). Os casos de insucesso, apesar de também evoluírem em termos de assimilação, não obtêm os níveis de assimilação tão altos, pelo menos de uma forma regular (Caro-Gabalda, 2014; Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2006).

Um caso de sucesso com o modelo de Stiles é o caso de "Joan", estudado por Osatuke et al. (2007). "Joan" é uma mulher acompanhada num ensaio clínico para o tratamento da depressão, com 16 sessões em Terapia Cognitivo Comportamental. De acordo com o Modelo de Assimilação, o problema de "Joan" prendia-se com um conflito entre a voz problemática e a voz dominante, resultando numa depressão. A terapia incidiu na construção de pontes de significado para permitir a integração da experiência problemática. Ficaram visíveis, na primeira fase do processo terapêutico, os níveis mais baixos da escala de APES. Ao longo das sessões, verificou-se um progresso no *continuum* da escala para níveis mais elevados de assimilação, coexistindo com a diminuição da sintomatologia depressiva.

Outro caso de sucesso com este modelo é o caso de "Jan", estudado por Honos-Webb et al. (1999). "Jan" foi escolhida de forma aleatória para um protocolo de 16 sessões de Terapia Focada nas Emoções e apresentava uma sintomatologia depressiva. Nas primeiras sessões, a cliente não conseguia identificar as suas necessidades (pensamentos indesejados - nível 1). Porém, ao longo das 16 sessões, os níveis da escala de APES foram aumentando para cada tema identificado pelos investigadores. No final da terapia, registaram-se níveis mais elevados na escala, já que "Jan" conseguiu demonstrar domínio na capacidade de pedir ajuda sem que isso significasse um problema. "Jan" era assim capaz de aceitar e entender as suas fragilidades, sendo esta investigação considerada como um caso de sucesso.

Quanto a casos de insucesso do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas, Honos-Webb e et al. (1998) apresentaram o caso de "George". "George" foi diagnosticado com Depressão Major, derivada da sua insegurança financeira e a sua fragilidade mental em relação à sua situação profissional. Também escolhido de forma aleatória, integrou um protocolo de 19 sessões de Terapia Focada nas Emoções. No início da intervenção foram identificados três temas de nível 1 na escala de APES. "George*"* apenas conseguiu formular a afirmação do problema, sem adquirir um novo entendimento do mesmo. "George", através da psicoterapia, vivenciou de forma mais profunda a sua experiência, mas não conseguiu chegar a um entendimento ou controlo da mesma.

Outro caso de insucesso com o mesmo modelo é "Ana", estudado por Caro-Gabalda (2006). Neste caso, "Ana" era acompanhada em Terapia Linguística de Avaliação. Ao longo da terapia, apenas se registavam os níveis mais baixos da escala de APES, sem evolução, constituindo um caso de insucesso terapêutico.

Detert et al. (2006) compararam quatro casos de sucesso e quatro casos de insucesso. Confirmaram que os casos de insucesso atingiam níveis mais baixo de compreensão e atribuição de significâncias às experiências, comparados com os casos de sucesso. Em síntese, o estude de Detert et al. veio afirmar que quanto maior for o nível de assimilação (APES) menor a sintomatologia associada.

Neste sentido, o nível 4 da APES está associado a um sucesso. Este nível pode ser considerado um ponto de corte entre o sucesso e insucesso.

O estudo de Basto (2018) teve como objetivo verificar se o aumento da assimilação indica a diminuição da sintomatologia clínica. Este estudo veio comprovar que existe uma relação entre a assimilação de experiências problemáticas e a mudança sintomatológica que ocorre ao longo do processo terapêutico.

Após analisar os casos referido acima (Basto, 2018; Caro-Gabalda, 2006; Detert et al., 2006; Honos-Webb et al., 1999; Honos-Webb et al., 1998; Osatuke et al., 2007) é possível concluir que: a) níveis altos de assimilação, ou seja, níveis altos na APES, estão associados a um sucesso terapêutico; b) níveis mais baixos de assimilação, ou seja, níveis baixos na APES, estão associados a um insucesso terapêutico; c) o nível 4 da APES pode ser considerado um ponto de corte para considerar se o caso é de sucesso ou insucesso; e d) a diminuição da sintomatologia está associada ao aumento da assimilação de experiências problemáticas.

Geralmente, os clientes que começam a terapia com problemas que se encaixam em níveis mais baixos de assimilação tendem a precisar de uma terapia mais duradoura antes dos seus problemas começarem a diminuir e subirem gradualmente para níveis mais altos da escala de APES, ao contrário de clientes com níveis mais altos de assimilação (Honos-Webb et al, 1998).

Em resumo, este estudo surgiu da necessidade de refletir sobre a experiência psicoterapêutica nas mulheres vítimas de VRI pelo parceiro, usando o modelo de assimilação em sessões de terapia cognitivo-comportamental. Há uma escassez de estudos sobre o processo de mudança psicológica em vítimas de violência na intimidade. O modelo de assimilação de experiências problemáticas descreve a mudança psicológica e como ocorre através de um processo gradual de integração e assimilação de experiências problemáticas pelo *self*. Nesse sentido parece relevante explorar como este processo de assimilação evolui em casos de vítimas de violência na intimidade.

Assim sendo, o objetivo deste estudo é compreender e explorar a mudança psicológica em vítimas de VRI, através de um processo de integração e de assimilação de experiências problemáticas previamente ignoradas ou evitadas. Especificamente, pretende-se perceber o que ocorre num caso de insucesso terapêutico, ou seja, quando não existe uma diminuição significativa dos sintomas clínicos. Tal permitirá perceber o que poderá ter contribuído para a menor eficácia da terapia em casos de vítimas de violência na intimidade.

2. Método

O presente estudo caracteriza-se como um estudo de caso, pois a sua metodologia permite a descoberta de inúmeras observações sobre apenas um indivíduo. Isto ajudou a melhorar os pressupostos teóricos (Gelo & Manzo, 2015; Hill & Lambert, 2004).

2.1. Participantes

O objetivo deste estudo foi analisar o processo de assimilação de experiências problemáticas num caso de uma vítima de violência na intimidade. Neste sentido, foi selecionada uma participante cujo testemunho foi recolhido no âmbito do projeto "*Narrative Therapy vs Cognitive-Behavioral Therapy for Moderate Depression: Empirical Evidence from a Controlled Clinical Trial*" (Lopes et al., 2014) financiado pela FCT (PTDC/PSI/72846/2006). Este estudo pretendia testar a eficácia da Terapia Narrativa num ensaio comparativo controlado com Terapia Cognitivo-Comportamental como grupo de comparação e um foco principal na redução dos sintomas depressivos. Outro objetivo deste estudo era avaliar a redução do sofrimento psicológico geral.

Os critérios de inclusão deste estudo foram: a) ter mais de 18 anos; b) concordar em assinar um consentimento informado para o tratamento; c) concordar com a filmagem das sessões e o preenchimento dos questionários de pesquisa; d) mulheres em relações heterossexuais violentas, independentemente da natureza e do status de relacionamento; e) a violência por parte do parceiro foi perpetrada durante o último ano; e f) terem sido vítimas de qualquer tipo de violência no

relacionamento (violência psicológica, física, sexual e/ou económica). Os critérios de exclusão foram: a) ter uma pontuação inferior a 50 na Escala de Global Funcionamento do DSM-IV-TR; b) ter qualquer um dos seguintes diagnósticos Axis-I de DSM-IV-TR: i) Perturbação de Pânico, ii) Abuso de Substâncias, iii) Distúrbios Alimentares; iv) Perturbações de Humor Bipolar, v) Distúrbios Psicóticos, vi) Distúrbios Somatoformes, vii) Distúrbios Dissociativos; c) ter qualquer um dos seguintes diagnósticos Axis-II de DSM-IV-TR: Perturbação de Personalidade Borderline, Antissocial, Esquizotípica, Narcísica, Esquizoide ou Paranoide; e d) grave ideação suicida (Lopes, et al., 2014; Vidinha, 2017).

Em relação ao presente estudo, foi selecionada uma participante do sexo feminino. A sua idade estava compreendida na faixa etária dos 40-45 anos. A participante submeteu-se de forma individual a Terapia Cognitivo-Comportamental.

"Isabel" foi o nome fictício atribuído à nossa participante. "Isabel" tinha o 9º ano de escolaridade e era divorciada. No decorrer do seu casamento, a participante foi vítima de violência tanto psicológica como física. Posteriormente ao divórcio, "Isabel" passou a viver em casa da sua irmã, e dela dependia financeiramente. Esta dependência impediu-a de viver com os seus filhos, como também contribuiu para aumentar o seu sofrimento. Desde a fase inicial do processo terapêutico, "Isabel" apresentava sintomatologia depressiva, referindo que os seus maiores objetivos eram: a) alcançar a sua independência financeira e b) reorganizar a sua vida ao lado dos seus filhos. É importante referir que quando "Isabel" iniciou as sessões de psicoterapia, ainda sofria de violência, sendo que, no final do processo, isso já não se comprovava.

Neste caso clínico, o processo terapêutico teve a duração de 12 sessões semanais de psicoterapia cognitivo-comportamental.

O caso de "Isabel" foi um caso de insucesso terapêutico, ao nível da sintomatologia, visto que não apresentou diminuição da mesma no final da intervenção. O OQ-45 conclui que o caso é de sucesso

quando: a) não existe relevância clínica, ou seja, quando os resultados obtidos se encontram entre 0 e 61 pontos; ou b) quando o cliente atinge uma diferença de 15 pontos entre o momento do preenchimento do questionário e o momento da replicação do mesmo (Lopes, et al., 2014; Machado & Fassnacht, 2015). Por outras palavras, um caso é considerado de sucesso quando o cliente atinge pontuações inferiores a 62 pontos e/ ou quando existe uma diferença de 15 pontos entre os resultados da primeira aplicação do teste e o resultado da última aplicação. Por outro lado, é considerado um caso de insucesso quando os resultados da última aplicação do teste referem que existe relevância clínica: os resultados ainda se mantêm entre os 62 e 180 pontos (Lopes, et al., 2014; Machado & Fassnacht, 2015). "Isabel" não preencheu os critérios para ser um caso de sucesso.

A Tabela 2 mostra os dados obtidos do *Outcome Questionnaire 45* (OQ-45).

Tabela 2

"Resultados OQ-45 ao Longo das Sessões"

	Fase Inicial	Fase Intermédia	Fase Final
OQ-45	S1=110	S4=95 e S8= 108	S12= 105

A Tabela 2 mostrou que, desde o início até ao final da terapia, a participante evidenciou que não existiu diminuição, de forma clinicamente significativa, da sintomatologia.

2.2. Terapeuta

O terapeuta responsável pela psicoterapia de "Isabel" era do sexo masculino. Possuía quatro anos de experiência em Terapia Cognitivo-Comportamental, tendo tido supervisão clínica semanal durante o tempo que durou o acompanhamento psicológico.

2.3. Terapia

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem como base o modelo cognitivo. Atualmente esta terapia é usada em tratamentos de diversos problemas psíquicos, tais como: transtornos de

ansiedade, depressão, disfunções sexuais, distúrbios obsessivos-compulsivos e alimentares (Biggs & Rush, 1999; Hawton, Salkovskis, Kirk & Clarck,1997). Esta terapia assenta no modo como o indivíduo interpreta as diferentes situações da sua vida, fazendo com que altere a forma como o indivíduo se comporta e como se sente (Beck, 2011). Desta forma, a TCC dá destaque aos pensamentos do paciente e à forma como este interpreta o mundo (Bahis & Navolar, 2004). A Terapia Cognitivo-Comportamental procura definir claramente objetivos, especificando-os de acordo com os problemas e questões trazidas pelo paciente (Bahis & Navolar, 2004). Um dos objetivos da TCC é corrigir as distorções cognitivas que estão a criar problemas ao indivíduo e fazer com que este desenvolva meios eficazes para enfrentá-los (Beck, 2011). Para tal, são utilizadas técnicas cognitivas que procuram identificar os pensamentos automáticos, testar estes pensamentos e substituir as distorções cognitivas. É possível que estas distorções cognitivas estejam na origem de sentimentos, pensamentos e comportamentos desadequados, que poderão provocar alguma psicopatologia (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997).

Os profissionais intercedem de modo a atingir os níveis mais profundos das cognições, ou seja, as crenças de base do paciente sobre o próprio, o mundo e os outros (Beck, 2011). Quando as pessoas são capazes de avaliar o seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, verificam um progresso e/ ou melhoria no seu estado emocional e no seu comportamento (Beck et al., 1997).

Como já referido, o caso de "Isabel" foi tratado com recurso à Terapia Cognitivo-Comportamental, caracterizada por valorizar o papel das crenças disfuncionais que foram surgindo ao longo da relação de violência em que a mulher apresenta dificuldades psicológicas derivadas de uma vida amorosa baseada no sofrimento (Hill, Kubany & Owens, 2003).

2.4. Instrumentos

2.4.1. Medidas de Processo

A Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES) é constituída por 8 estádios que variam do nível 0 até ao nível 7 (Tabela 3). O nível 0 diz respeito ao "*evitamento*", a informação não está de todo formada nem o cliente está ciente da presença do problema. Geralmente, neste nível, o incómodo é baixo e, consequentemente, reflete o evitamento bem-sucedido. O nível 7 é referente ao "*domínio*", o cliente utiliza de forma bem-sucedida os recursos adquiridos em novas situações. No último nível, as emoções são neutras, ou seja, as experiências problemáticas já não tratam de algo que exprime excitação.

Tabela 3

"Resumo da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES; in Caro-Gabalda & Stiles 2009)

Estádio	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 um pensamento desconfortável. O cliente prefere não pensar nele; os tópicos são sugeridos pelo terapeuta ou por circunstâncias externas. A emoção é frequentemente mais saliente do que o conteúdo e envolve fortes pensamentos negativos – ansiedade, medo, raiva, tristeza.
2. Consciência vaga/ emergência	O cliente reconhece a experiência problemática e descreve pensamentos desconfortáveis associados, mas não consegue formular o problema claramente.

	A emoção inclui dor psicológica aguda ou pânico associado a pensamentos e experiências.
3. Colocação do problema/ clarificação	O conteúdo inclui a colocação clara de um problema – algo que pode ser trabalhado. A emoção é negativa, mas pode ser gerida, não há pânico.
4. Compreensão/ *insight*	A experiência problemática é colocada em forma de esquema, formulada, compreendida com estabelecimento de ligações claras. A emoção pode ser mista, com reconhecimentos desagradáveis, mas também com curiosidade e por vezes com agradável surpresa.
5. Aplicação/ elaboração	A compreensão é utilizada para se trabalhar um problema; existem esforços específicos para a resolução do problema. O cliente pode descrever a consideração de alternativas ou a seleção sistemática de percursos de ação. O tom emocional é positivo, trabalhador e otimista.
6. Solução do problema	O cliente atinge a solução para um problema específico. A emoção é positiva, o cliente está satisfeito, orgulhoso da sua realização. À medida que o problema diminui, a emoção torna-se mais neutral.
7. Domínio	O cliente usa de forma bem-sucedida as soluções em novas situações; esta generalização é, em grande

	medida, automática e não saliente. A emoção é neutra (já não se trata de algo acerca do qual sentir excitação).

2.4.2. Medidas de Resultado

O *Outcome Questionnaire 45* (OQ-45) é um questionário relacionado com o progresso clínico da cliente ao longo do processo terapêutico (Lambert et al., 2004). Avalia a sintomatologia geral do cliente. Este instrumento representa uma escala de autorrelato, preenchido pelo próprio cliente. É composto por 45 itens que permitem avaliar três dimensões fundamentais: a) o desconforto subjetivo, essencialmente focado na sintomatologia depressiva e ansiosa (25 itens); b) as relações interpessoais e défices nos relacionamentos com outros significativos (11 itens); e c) o desempenho do papel social, referentes a contextos como escola, trabalho, família ou mesmo lazer (9 itens). Destes 45 itens, quatro avaliam comportamentos de risco que devem ser foco de atenção clínica: suicídio (item 8), abuso de substâncias (itens 11 e 32) e comportamento agressivo (item 44). Os itens são cotados numa escala de Likert de 5 pontos (0-4) sendo que 0 equivale a "*nunca*" e 4 a "*quase sempre*", resultando assim, uma pontuação total que pode variar entre 0 e 180 pontos. As respostas são referentes à semana anterior ao seu preenchimento (Lambert, 2012).

Ao nível da confiabilidade, Lambert et al. (2004) afirmam que o OQ-45 é uma medida consistente e estável. Os valores de consistência interna para a escala total (a = .93) e para subescala desconforto subjetivo (a = .91 - .92) foram considerados bons, enquanto os valores da subescala relações interpessoais (a = .74) e subescala desempenho do papel social (a = .70 - .71) foram adequados.

A versão portuguesa do *Outcome Questionnaire* (OQ-45) foi elaborada por Machado e Fassnacht (2015). É um instrumento confiável com normas portuguesas e pontos de corte comparáveis ao da versão original.

De acordo com a pontuação total obtida, a sintomatologia pode possuir relevância clínica (com resultados entre 62 e 180) ou ser decretada sem relevância clínica (com resultados entre 0 e 61). É considerada existência de uma mudança clinicamente significativa quando o cliente atinge uma diferença de 15 valores entre o momento de preenchimento do questionário e o momento da replicação do mesmo (Machado & Fassnacht, 2015).

O estudo de Machado e Fassnacht (2015) mostra que a consistência interna da versão portuguesa tem índices adequados para a subescala de desconforto subjetivo, para a subescala de relações interpessoais e para a escala total.

2.5. Procedimentos

2.5.1. Medidas de Resultado

Outcome Questionnaire 45 (OQ-45)

O OQ-45 foi aplicado nas sessões 1, 4, 8 e 12.

2.5.2. Medidas de Processo

Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas

Todas as sessões deste caso foram transcritas de acordo com o modelo proposto por Mergenthaler e Stinson (1992).

Para se proceder à análise de assimilação, foi realizado o treino de codificação, tendo esta fase durado aproximadamente cinco meses, com reuniões semanais. As codificadoras dos casos foram duas alunas de mestrado em Psicologia Clínica Forense com supervisão da Dra. Isabel Basto, terapeuta em psicologia clínica e com experiência prévia na APES.

Numa primeira fase de treino, foram analisados artigos e manuais referentes ao modelo de assimilação. Após esta fase, as codificadoras receberam sessões de casos para avaliar e codificar, de forma independente até atingirem um acordo considerado bom (ICC>0.65) (Cicchetti, 1994). Para resolver as discordâncias em termos de codificação, realizaram-se reuniões entre as codificadoras e a supervisora.

Após terminar o período de treino, procedeu-se à codificação do caso apresentado no presente estudo. A APES foi aplicada nas sessões 1, 4, 8 e 12.

A análise de assimilação cumpriu as quatro fases descritas por Stiles e Angus (2001): a) familiarização; b) identificação de temas e vozes; c) seleção de excertos; e d) descrição do processo de assimilação (classificação e interpretação de APES). Numa fase inicial, todas as sessões foram lidas por ambas as codificadoras e os problemas principais foram identificados. A seguir, em concordância, foram identificados os temas mais relevantes com base na sua significância clínica, ou seja, pela alta proporção de tempo gasto em cada sessão. Sucessivamente, procedeu-se à identificação das vozes problemáticas e das vozes dominantes. Com isto, foram selecionados os excertos para serem codificados, correspondendo àqueles em que os temas selecionados seriam notórios. Após este procedimento, os excertos foram codificados de acordo com a APES, reconhecendo passagens com níveis diferentes de assimilação e os respetivos marcadores. A unidade de análise corresponde às diferentes passagens nomeadas e, nesta perspetiva, uma nova passagem é identificada cada vez que se demonstra uma mudança de tema ou nível de assimilação (Honos-Webb et al., 2003; Honos-Webb et al., 1999). As discordâncias foram resolvidas em discussão até se atingir o consenso. O nível de acordo intercodificador foi calculado com recurso ao Intraclass Correlation Test (Cicchetti, 1994). No caso de "Isabel", o Intraclass Correlation Test foi de 0.916 (ICC [2, 2]), sendo considerado como bom (Cicchetti, 1994).

No caso de "Isabel", os temas selecionados foram "depressão", "projeto de vida" e "violência doméstica". O tema "depressão" foi selecionado porque "Isabel" era uma pessoa que atravessava uma

depressão e sofria de inseguranças. Estas inseguranças desencadearam a crença "os outros não gostam de mim" e, consequentemente, uma maior tendência para uma postura de desconfiança e suspeição. Revelou distanciamento face aos outros e, ao mesmo tempo, uma procura desesperada de aceitação.

Outro tema, "projeto de vida", descreve a perspetiva de mudar de vida, mudar de trabalho e de casa, ficar com as filhas e atingir os seus objetivos.

E, por fim, o tema "violência doméstica": "Isabel" sofreu de violência doméstica no casamento e estava a passar por um divórcio complicado. Sentia culpa por ter descarregado certas frustrações do seu casamento nos filhos.

A voz dominante, neste caso, foi rotulada como uma voz depressiva: "Não tenho força, não sou capaz de superar os desafios, não tenho valor", "Preciso que gostem de mim". Esta manifesta-se no seguinte excerto:

"C: *muito, preocupa-me muito porque eu sei que já é a minha depressão a trabalhar outra vez (T: mm-hm) porque eu, quando estou melhor da minha depressão, eu sinto-me, sinto-me, sinto-me outra pessoa e quando eu me sinto assim eu não gosto de mim própria (T: mm-hm) não gosto de mim própria, eu acho que as pessoas até olham para mim de outra maneira, acho que as pessoas não se sentem bem ao meu lado, acho que faço problemas ou complico as coisas quando estou ao lado seja diante de quem for (T: Mm-hm) não me sinto bem. sinto-me mal nesse aspeto*."

(Sessão 1, linhas 74-80)

A voz não dominante/ problemática foi designada como uma voz assertiva, que confia nas suas próprias capacidades, que é forte e que se sente capaz, como pode ser analisado no seguinte excerto:

"C: *o que eu ganho é que me sinto mais confortável, mais forte, mais (T: mm-hm), é o que eu ganho, é sentir-me mulher. que realmente ainda valho qualquer coisa, que quando as pessoas olham para mim, porque é assim que eu tive nestes dias, porque realmente o que me deixou bastante fortalecida foi isso, porque neste dia em que tive em sitio_formação, em que estive com pessoas, que tem mais*

formação do que eu, realmente não valorizaram a minha maneira de ser, pronto como mulher, como, como pessoa, que me elogiaram e me fortaleceu bastante"

(Sessão 12, linhas 433-439)

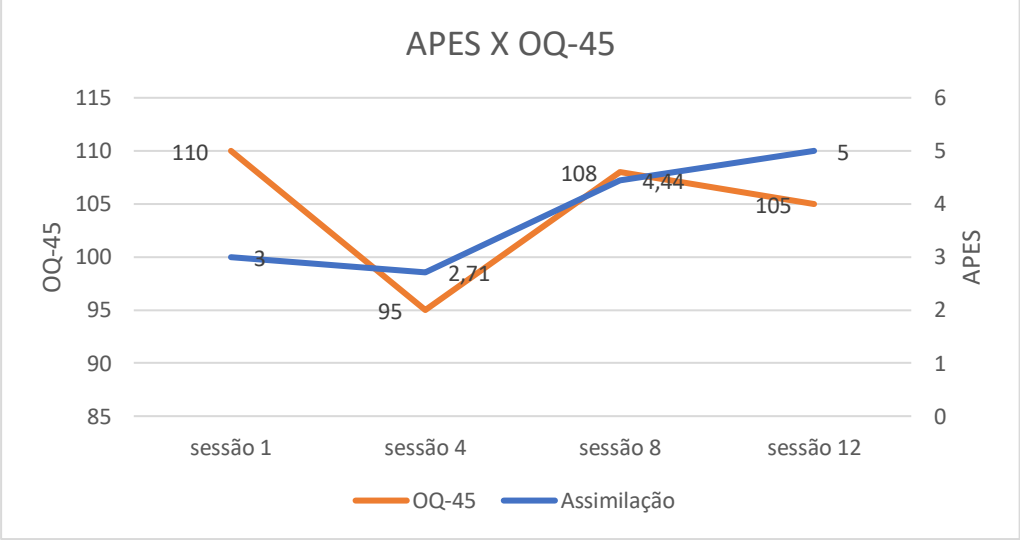
Estas duas vozes (dominante e problemática) foram as mesmas para os três temas.

3. Resultados

3.1. Análise da relação entre a assimilação e a sintomatologia

Figura 1

"Evolução dos Níveis da APES e OQ-45"



A Figura 1 exibe os resultados da relação entre os níveis da APES com os níveis obtidos com recurso ao OQ-45.

No caso de "Isabel", foi possível identificar uma ligeira diminuição da sintomatologia, desde a fase inicial até a fase final da terapia; porém, esta diminuição não foi linear. Entre a fase inicial e a fase de tratamento, foi possível verificar uma diminuição gradual em termos de sintomatologia, acompanhada igualmente por uma diminuição em termos de assimilação. A partir da fase de trabalho (sessão 4 e sessão 8), notou-se um aumento em termos de assimilação, assim como um aumento da sintomatologia.

Na fase final da intervenção (sessão 12), observou-se um nível de assimilação alto (APES 5), demonstrando que "Isabel" teve consciência do problema e que existiram esforços específicos para a resolução do mesmo.

Este resultado revelou-se incongruente com o esperado: o modelo de assimilação prevê que, à medida que a experiência é assimilada na comunidade existente, deixa de ter tanto impacto na vida da cliente. Assim, os níveis de sintomatologia tendem a diminuir consideravelmente.

Para se considerar um caso de sucesso terapêutico, seria necessário cumprir duas condições no final do processo: a) a diminuição da sintomatologia apresentada na fase inicial, e b) a diminuição ou a extinção da violência sofrida (Lopes et al., 2014). Estes resultados mostraram que "Isabel" foi um caso de insucesso, pois não preencheu o primeiro critério. A participante terminou as sessões com uma pontuação no OQ-45 de 105 pontos. Esta pontuação mostrou uma relevância clínica: para ser um caso de sucesso, a sintomatologia avaliada pelo OQ-45 tinha de: a) ter uma pontuação abaixo de 61 pontos; e/ ou b) diminuir 15 pontos no *score* total (Lopes et al., 2014; Machado & Fassnacht, 2015).

3.2. Análise do processo de assimilação

Foi possível identificar na participante uma voz dominante, que se apresenta como uma voz depressiva ("não tenho força, não sou capaz de superar os desafios, não tenho valor"), e uma voz problemática assertiva, que acredita nela e nas suas capacidades ("mas eu tenho fé, e acho que vou dar a volta por cima. Pronto", "fui uma pessoa que lutei e tentei sempre erguer a cabeça").

Os temas identificados em "Isabel" prenderam-se, essencialmente, com a depressão, a violência doméstica e o projeto de vida.

A depressão foi uma consequência direta do fracasso do seu casamento e da violência sentida no mesmo. Este tema prende-se, nomeadamente, com sentimentos de insegurança que lhe desencadearam a crença "os outros não gostam de mim". À violência doméstica que sofreu ao longo do seu casamento, soma-se o sentimento de culpa por ter descarregado certas frustrações nos seus

filhos. O tema "projeto de vida" é identificado pela vontade de "Isabel" querer mudar de casa e de trabalho para atingir a sua independência.

Os três temas (violência doméstica, projeto de vida e depressão) demonstraram níveis diferentes, na fase inicial da Terapia. A depressão atingiu níveis mais baixos do que os outros temas. Isto significa que "Isabel" reconhece a experiência problemática, mas não consegue formular o problema claramente. Já existia consciência dos outros dois temas e as experiências problemáticas já estavam formuladas e compreendidas. "Isabel" sabia que a violência doméstica era uma experiência problemática e que esta podia ser trabalhada. É possível verificar esta consciencialização no excerto referente ao tema da violência doméstica (codificado com APES 4).

"C: *(...) eu fui sempre muito agressiva para o meu filho, hoje reconheço isso, e se o meu filho esta a reagir da maneira que reage comigo é devido a isso. porque eu sempre fui muito agressiva com os meus filhos principalmente com o mais velho derivado ao pai, porque eu não podia vingar no pai e às vezes o miúdo é que aparecia e pagava e eu hoje reconheço isso, e é por isso que eu me sinto mal.*

T: *a senhora no natal foi agredida? mas a senhora foi.*

C: *foi, foi, ele, ele, mas a minha filha há uns dias atrás teve uma conversa com a minha filha e ele gosta de mim demais, ele tem muitos ciúmes meus, então ele está a sofrer bastante, derivado a isto que se esta a passar, mas também é bem feito, porque é para o castigar, porque ele foi um bocado bruto comigo e ele mesmo diz 'a mãe para vós deu-vos o mimo todo, mas para mim foi ao contrário' e eu compreendo perfeitamente.*"

(Sessão 1, linhas 409-419 APES 4)

Na fase seguinte e na fase final da terapia, os três temas evoluíram da mesma forma, atingindo APES elevada. Mostrou-se assim que a terapia teve sucesso, que "Isabel" compreendeu o problema. Esta compreensão foi utilizada para trabalhar a problemática. Na fase de trabalho, foram descritos possíveis soluções e alternativas para o percurso da ação. "Isabel" acabou por perceber que conseguia

ultrapassar estas problemáticas. Neste momento da terapia, a voz problemática ("confia nas suas capacidades e é forte e capaz") manifestou-se e ganhou força para prosseguir para a sua assimilação. De modo e de forma consciente, a participante criou soluções e alternativas para as mesmas. No excerto referente à depressão, codificado com APES 5, "Isabel" referiu qual a solução para mudar a sua situação: mencionou que não se podia isolar e estava a lutar contra isso. O facto de "Isabel" criar soluções para a sua mudança provocou em si um tom emocional positivo, alegre, trabalhador e otimista.

"C: *sim, de certa forma sim, embora tenha ficado um pouco mais frustrada, achei que iria ser uma semana em que eu me iria isolar, não é? mas não, eu pensei não, eu não posso falhar, eu tenho de seguir, e pronto e fiz assim. na segunda-feira fui dar umas voltas que eu queria ir dar, já não me lembro muito bem o que fui fazer, mas certamente se eu pensar saberei. na segunda-feira fui ver um amigo que por acaso já não via há muito tempo. foi bom, porque esse amigo que eu achava, que me desprezou, pronto, porque não gostava de mim, pronto foi por outras razões. na segunda-feira também fui procurar emprego, um amigo meu que trabalha na câmara e pronto ficou muito contente por me ver, porque da outra vez eu era para aparecer e não apareci, ficou preocupado."*

(Sessão 8, linhas 55-64, APES 5)

Na fase final, a participante atingiu a solução para os problemas. No caso em concreto do tema projeto de vida, "Isabel" procurou mudar de trabalho e solucionar a sua independência financeira. Ao nível da assimilação da voz problemática, a vítima estava na fase final de integração na comunidade de vozes. A emoção foi positiva, foi notório que "Isabel" encontrava-se satisfeita e orgulhosa da sua realização. No seguinte excerto, referente o projeto de vida (codificado com APES 6), foi possível verificar a solução para a problemática.

"T*: ok. o que você tem feito para resolver por exemplo, por exemplo o emprego?*

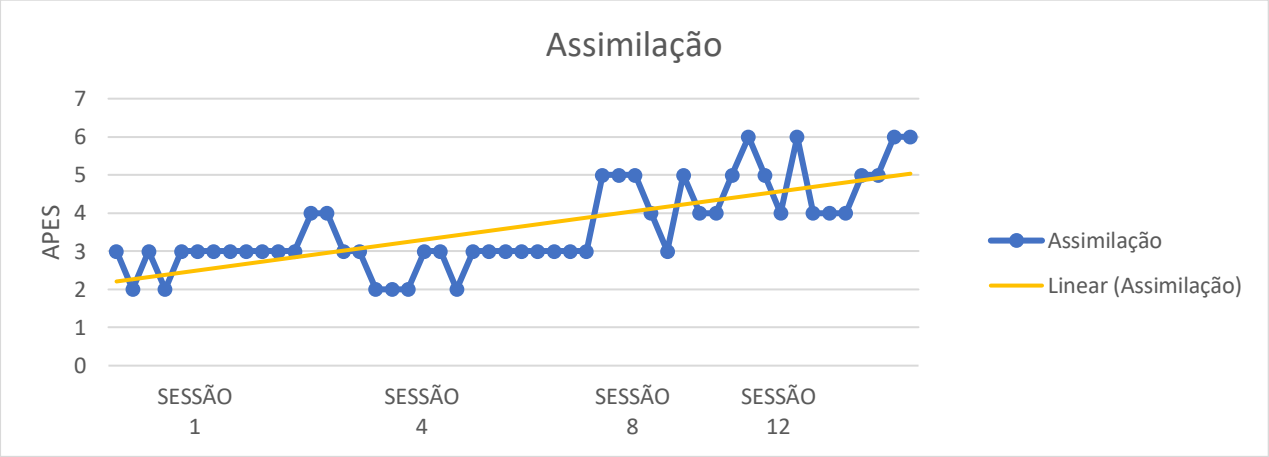
C: *tenho andado à procura, tenho andado à procura. ah, tenho ido ao desemprego, tenho falado com amigas minhas que estão nessas empresas, por acaso ficaram amigas agora, entretanto andei a falar, porque é assim, hoje em dia o emprego é mais fácil a quem é mais novo do que eu, que é um erro, não é? quem é mais novo não trabalha mais do que de certeza, nem trabalha melhor do que eu e dão facilidade a quem ao primeiro emprego não é, pronto até eu concordo. só que, ah, depois também exigem os tais estudos, o nono, o décimo primeiro, essas coisas."*

(Sessão 12, 133-145, APES 6)

Em suma, apesar de vários retrocessos, "Isabel" obteve bons resultados ao nível da assimilação da voz problemática. A voz problemática foi integrada gradualmente na comunidade de vozes.

Figura 2

"Valores Brutos de Assimilação"



A Figura 2 mostra a assimilação dos temas identificados em "Isabel" ao longo de todo o processo terapêutico, apresentando os valores brutos ao longo das diferentes sessões. Foi possível identificar a evolução em termos de níveis de assimilação, ao longo das diferentes fases do processo. Apesar disto, "Isabel" apresentou bastantes avanços e recuos em termos de nível APES.

3.2.1. Fase Inicial da Terapia

Elaborando uma análise mais detalhada, é possível verificar níveis mais baixos de assimilação (APES 2 e 3) na fase inicial (Sessão 1) (Figura 2). Nesta fase a voz problemática ("Confio nas minhas capacidades", "sou uma mulher forte e capaz de ultrapassar os desafios") encontrava-se em confronto com a voz dominante ("Não tenho força, não sou capaz de superar os problemas", "Preciso que os outros gostam de mim"). Os níveis APES 2 e 3 representam um reconhecimento da participante face ao problema, bem como uma certa formulação deste, ainda que não seja nítido. Como foi visível no tema da depressão, no seguinte excerto (codificado com APES 2), "Isabel" reconheceu a existência de um problema, mas não soube formulá-lo.

"C: *(…) E eu estou numa fase da minha vida que sinto que nem paciência tenho para ouvir o choro do bebé.*

T: *Talvez porque a senhora agora esteja num momento de organizar mais as suas coisas (+:00:05:00) (C: Exato) um momento mais egoísta.*

C: *É, mesmo a minha irmã já me diz ´não sei o que se passa, às vezes estás mesmo apagada, tu até és uma pessoa muito comunicativa`. Eu até fujo do berçário, onde ela está às vezes, quando ela quer conversar, porque até me irrita a conversa*."

(Sessão 1, linhas 64-70, APES 2)

3.2.2. Fase de Trabalho da Terapia

Na fase de trabalho (sessões 4 e 8), foi possível identificar um conjunto de avanços para níveis mais elevados (APES 4 e 5) (Figura 2). Quando a participante atinge níveis desta dimensão é suposto que haja uma compreensão/ *insight* do problema, isto é, a experiência problemática é formulada e compreendida. Esta compreensão é utilizada para se trabalhar o problema, descrevendo soluções para o mesmo. Assim, a voz problemática começa a ser assimilada na comunidade existente. No seguinte excerto referente ao tema da depressão (codificado com APES 5), notou-se que "Isabel" descreveu

algumas soluções para a resolução do problema. “Isabel” referiu que, apesar de se sentir frustrada, evita isolar-se. “Isabel” mencionou ainda que as idas à discoteca estavam a ajudar imenso nesta fase. A participante percebeu que o isolamento só a prejudicava. Este avanço e a força da voz problemática foi consequência do trabalho e ajuda do terapeuta.

“C: *fiz aquilo que eu queria e que o doutor *Paulo já me tinha dado força para fazer, e que foi tipo um empurrão.*

T: *o que foi que eu fiz?*

C: *quando o doutor *Paulo disse que eu em vez de estar à espera que as pessoas venham ter comigo, eu devia ir ter com as pessoas e falar, e foi isso que eu fiz.*

T: *e teve bons resultados pelos vistos.*

C: *sim, de certa forma sim. Fui à praia (+:00:05:00), no domingo saí sozinha e fui à praia, que eu adoro ver o mar (T: sim, sim) pronto, não me isolei. tentei fugir, do isolamento.*

T: *sábado foi à discoteca?*

C: *exatamente. foi muito bom.*

T: *mas domingo você fez algo diferente.*

C: *exato.*

T: *se você fica em casa, começa a sentir-se mais em baixo.*

C: *sim, de certa forma sim, embora tenha ficado um pouco mais frustrada, achei que iria ser uma semana em que eu me iria isolar, não é? mas não, eu pensei não, eu não posso falhar, eu tenho de seguir, e pronto e fiz assim.”*

(Sessão 8, linhas 62-78, APES 5)

Apesar destes avanços, o nível mais frequente correspondeu a APES 3. Isto significa que, apesar da existência de momentos em que a experiência problemática aparentava estar mais integrada, foram várias as situações em que se verificou um retrocesso em termos de integração da experiência. Tal situação aconteceu na sessão 8. "Isabel" anteriormente atingiu níveis elevados (APES 5) e retrocedeu para um nível mais baixo (APES 3). Isto significa que a voz problemática perdeu a força e a sua assimilação recuou. Como sinalizado no excerto abaixo (referente ao tema depressão), codificado com APES 3, verificou-se um retrocesso: "Isabel" referiu que não tinha apetite para falar e acabou por se isolar. Estes retrocessos ocorreram porque "Isabel" não estava preparada para a mudança. O passado estava vincado na participante. "Isabel" acabava por duvidar das suas forças para ultrapassar os problemas. A voz problemática perdeu força e o seu processo de assimilação tornou-se mais lento.

"C: *Outra é não me apetece falar, quando eu estou assim, fico sem apetite para falar.*

T: *Eu sei, isso é uma realidade. isso não é uma ideia, isso é uma realidade. Mas tem uma ideia por baixo disso, que é, não me apetece falar, como eu estou em baixo eu vou ficar em casa. Tem alguma ideia aí, entendeu? Tem uma ideia aí que sustenta esse comportamento. eu não sei qual é o seu.*

C: *Eu quando me sinto assim.*

T: *Muitas vezes, quando as pessoas se sentem assim, eu sinto, não estou em baixo, por isso eu tenho de me obrigar a sair daqui, eu tenho de obrigar, enfim, às vezes as pessoas envolvem.*

C: *Eu quando estou assim, como é que eu hei de explicar (+:00:25:00). As ideias que me vêm à cabeça são só do passado, nunca me vêm assim ideias de tenho que dar a volta por cima, ou seguir em frente. Às vezes as forças acabam e eu isolo-me, e só me vem à cabeça o passado, o passado, e não sai, e não sai. E isso derruba-me cada vez mais*."

(Sessão 8, linhas 231-244, APES 3)

Após este retrocesso, “Isabel” voltou a atingir a APES 5. O excerto apresentado de seguida corresponde ao tema depressão (codificado com APES 5). Aqui, “Isabel” referiu que encontrar-se com outras pessoas fazia-lhe bem e que servia como um empurrão para conseguir ultrapassar os seus problemas. Estar com outras pessoas foi uma solução para esta problemática. “Isabel” necessitava da opinião e da aprovação dos outros, pois a voz dominante da participante afirmava que os outros não gostavam dela. A aproximação a outras pessoas fez com que esta voz dominante perdesse força e deixasse a voz problemática se assimilar. Nesta fase, a voz problemática ganhou força e começou novamente a integrar-se gradualmente na comunidade de vozes.

“C: *Sim, na segunda-feira fiz-lhe uma visita e pronto, falamos um bocadinho sobre mim, e então ela perguntou pelo meu casamento, ela nem sabia que me estava a separar. E eu falei-lhe porque já não a via há bastante tempo, já não a via precisamente desde o mês de agosto, mais ou menos. E tivemos assim a conversar um bocado, e isso ajudou-me também, e foi o que ela disse, ´eu de facto sou uma pessoa de dar a volta por cima e que conseguia mudar e pronto, que tinha. Eu sou assim uma pessoa um bocado acomodada, quando, como é que eu hei de explicar, quando entro nas depressões, eu deixo-me ficar um bocado de depressão, e às vezes preciso de um empurrão para seguir em frente*.”

(Sessão 8, linhas 203-211, APES 5)

3.2.3. Fase Final da Terapia

Tal como é possível verificar na Figura 2, a fase final do processo terapêutico (sessão 12) apresentou um avanço em termos de assimilação; o nível mais frequente correspondeu a APES 6. Neste sentido, “Isabel” compreendeu o problema e atingiu a solução para o mesmo. Criou, assim, o início da assimilação da voz problemática na comunidade de vozes. A voz problemática foi, aos poucos, integrada junto da comunidade existente, foram criadas pontes de significado entre as duas vozes (problemática e dominante). A presença destas pontes de significado permitiu a aplicação prática das

compreensões que foram adquiridas no decorrer da terapia. O excerto apresentado é representativo do APES 6 (tema projeto de vida) durante esta fase do processo terapêutico, em que "Isabel" referiu que se sentia muito melhor, pois resolveu um dos seus problemas. No seguinte excerto, "Isabel" estava satisfeita e orgulhosa da sua realização. A sua emoção era positiva.

"C: A*h doutor, tenho-me sentindo muito melhor doutor. pronto, é assim também saí do trabalho onde estava, porque eu não conseguia, pronto o ambiente em si, pronto, as pessoas, não era aquilo que eu queria tanto (T: mm-hm). Voltei para as vendas outra vez, que, pronto aí tive alguém que me ajudou bastante, a nível de trabalho e de, pronto conversar um bocado, a pessoa estava na mesma situação que eu estava, então a gente partilhou as nossas situações um com o outro*."

(Sessão 12, linhas 13-18, APES 6)

Em suma, relativamente à assimilação, numa fase inicial, identificou-se o surgimento de níveis mais baixos (APES 2 e 3). Ao longo da fase de trabalho, notou-se uma evolução (APES 4 e 5). E na fase final do processo verificou-se um aumento dos níveis de assimilação (APES 6).

Foi notória a evolução no discurso da participante. A voz problemática foi integrada junto da comunidade de vozes. A voz problemática e a voz dominante coexistiram em harmonia. O problema pareceu estar iminentemente resolvido.

4. Discussão

A presente investigação teve por base o Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas de Stiles (2001), cujo intuito centra-se na análise do processo de assimilação de experiências problemáticas num caso de uma vítima de violência na intimidade. Assim sendo, o Modelo de Assimilação auxilia na explicação de como as experiências problemáticas podem evoluir de uma situação de sofrimento para uma situação de bem-estar, através da integração de experiências problemáticas anteriormente rejeitadas pelo *self*. A integração gradual da voz problemática na comunidade de vozes parece ocorrer a partir do diálogo que é estabelecido entre as duas vozes

(problemática e dominante) (Caro-Gabalada, 2006). Esta evolução acontece na transição do estádio 3 para o estádio 4 da APES. É nesta evolução que se verifica a formulação dos problemas, como também a sua consecutiva compreensão e definição de objetivos e soluções. Nestes dois estádios, a voz problemática adquire mais força e acaba por se expressar com firmeza e determinação. Em consequência desta conquista por parte da voz problemática, a comunidade de vozes torna-se compreensiva e consciente, proporcionando espaço para o diálogo e para a consecutiva assimilação (Brinegar et al., 2006).

Posto isto, compreende-se que o mesmo não ocorre nos casos em que a terapia não obteve sucesso. Caro-Gabalda e Stiles (2009) apontam para que o motivo para o fracasso terapêutico esteja na incapacidade de assimilar a experiência problemática que se compreende como a incapacidade de o cliente obter o *insight,* ou seja, a impossibilidade de passar do nível 3 para o nível 4 da APES (Caro-Gabalda, Serrano, Faus & Sabater, 2011).

O caso de "Isabel" é descrito como um caso de insucesso. É possível observar que a participante começou as sessões com uma pontuação de 110 pontos no OQ-45 e terminou as sessões com uma pontuação no OQ-45 de 105 pontos. Esta pontuação representa uma relevância clínica. Apesar desta conclusão, "Isabel" apresenta uma evolução significativa em termos de assimilação, ao longo das sessões. Inicialmente apresentou um nível mais baixo (APES 2), mas "Isabel" conseguiu atingir níveis mais elevados na última sessão (APES 6), o que significa alguma integração e aplicação no dia-a-dia dos ganhos adquiridos, mesmo com a existência de vários avanços e retrocessos ao longo do processo. Estes retrocessos podem estar marcados pelo medo da mudança. Embora seja um caso de insucesso devido à sintomatologia, a vítima conseguiu evoluir ao longo dos estádios, não estagnando no decorrer do processo terapêutico. Isto significa que a voz problemática está a ser aprovada gradualmente pelo *self,* junto da comunidade de vozes, deixando de ser considerada como problemática e passando a funcionar como recurso para situações futuras.

Os resultados desta investigação não foram ao encontro de alguns estudos já existentes (Caro-Gabalda, 2014; Detert, et al., 2006; Pereira 2015). Estes autores defendem que existem dois critérios para classificar um caso de sucesso: a) tem de ocorrer uma diminuição da sintomatologia, ao longo do processo de mudança; e b) tem de haver um alcance de níveis altos na APES. No caso de não se cumprirem estes dois critérios, o caso é considerado de insucesso. Em concreto, no caso de "Isabel", estes dois critérios não se verificaram. "Isabel" alcançou níveis elevados de APES (nomeadamente, APES 6), mas não obteve uma diminuição significativa da sintomatologia, apesar da voz problemática estar a ser integrada.

"Isabel" referiu que a sintomatologia despoletou devido ao seu casamento basear-se em episódios de violência doméstica (Sessão 1, linhas 362-363). Contudo, apesar de ser considerado um caso de insucesso, "Isabel" evoluiu surpreendentemente ao longo dos estádios. Estes resultados podem encontrar explicação no facto da vítima já se encontrar num processo de mudança comportamental avançado, tendo em conta as particularidades do caso.

A participante atingiu o *insight*/compreensão (APES - nível 4) do problema muito rapidamente. Esta voz problemática foi formulada e compreendida na sessão 4 do processo terapêutico. Esta rapidez na formulação sugeriu que "Isabel" tinha noção que não estava bem e que só faltava um empurrão/ ajuda de uma pessoa externa para clarificar e encontrar soluções para os seus problemas. "Isabel" foi muito recetiva à psicoterapia. A participante sempre concordou e pôs em prática as recomendações do terapeuta, de tal forma que conseguiu lutar contra o facto de se isolar e pedir ajuda.

Como referido no enquadramento teórico, a violência doméstica deixa marcas profundas e a longo prazo nas vítimas. A vítima de violência doméstica não consegue concretizar as rotinas diárias, fica desorientada e acaba por se isolar do mundo (Machorrinho et al., 2019; Neves, 2012). Estes factos foram visíveis em "Isabel", sendo por isso considerado uma justificação para a sintomatologia não

diminuir. Talvez se o processo terapêutico fosse mais longo, com mais sessões, os resultados poderiam melhorar no que diz respeito à sintomatologia.

Segundo Krug et al. (2002) os efeitos da violência doméstica permanecem imenso tempo depois desta ter cessado. Esta conclusão aplica-se à nossa participante. Mesmo depois de se ter divorciado, os fantasmas da violência continuam a atormentar a sua vida. "Isabel" passou por episódios violentos de agressões e Krug et al. (2002) defendem que quanto maior é o grau de violência e o seu contexto, maior é o impacto na saúde física e mental da vítima. Isto é mais uma justificação para a sintomatologia associada a violência domesticar não diminuir ao longo da psicoterapia.

Segundo Redondo (2011), a violência entre parceiros íntimos está associada a um alto sofrimento, a consequências negativas para a saúde, a perturbação do funcionamento familiar, a isolamento social, a menor produtividade, a desemprego, a estigma social e a custos acrescidos com a saúde. Tais situações aconteceram com "Isabel", pois esta ficou em sofrimento, despoletou a depressão devido à violência, ficou desempregada, isolou-se do mundo, e teve custos acrescido com a saúde com a aquisição necessária de medicação para a depressão.

Em suma, a não diminuição significativa da sintomatologia pode estar associada à violência que "Isabel" sofreu. Os episódios de violência, e as consequências da mesma, ainda estão bem vincados na nossa participante. Apesar de "Isabel" ter atingido níveis elevados na APES e a voz problemática estar gradualmente integrada na comunidade de vozes, "Isabel" ainda não ultrapassou o facto do seu casamento ter fracassado.

Este estudo contribui para percebermos como ocorre o processo de mudança terapêutica em vítimas de violência na intimidade, no sentido de perceber o demoroso processo de mudança neste público-alvo, já que existem imensos retrocessos ao nível da mudança. Isto acontece porque a vinculação com a violência é tao forte que não é fácil, mas não impossível, quebrar essa vinculação.

5. Conclusão

Este capítulo destaca as principais conclusões desta investigação, analisa algumas limitações e dificuldades que surgiram na realização da mesma e aponta sugestões para futuras investigações.

O presente estudo teve como foco a análise do processo de integração da experiência em caso de uma vítima de violência na intimidade.

Por meio desta investigação, é possível concluir que, até ao momento, ainda existe um longo caminho a atravessar no campo da violência nas relações de intimidade, particularmente nas intervenções mais adequada para a superação de uma relação abusiva. Desta forma, embora haja uma literatura vasta no que diz respeito à VRI, constata-se que são poucas as investigações no que toca à compreensão do processo de mudança em mulheres vítimas de VRI em psicoterapia.

Tendo por base a escala APES, o caso de "Isabel" foi codificado e analisado, com a finalidade de aprofundar os conhecimentos relativos ao modelo em questão, segundo um método Cognitivo-Comportamental numa vítima de violência na relação de intimidade. A maioria dos estudos realizados não aprofunda o processo de mudança nem a evolução neste tipo de amostra. Assim sendo, o interesse desta investigação advém desta falha na literatura no que diz respeito ao processo de assimilação de experiências problemáticas em vítimas de VRI. Desta forma, é importante que sejam realizadas novas investigações e que sejam aprofundados os estudos já existentes com este tipo de amostra, para obter, de forma mais complexa e detalhada, o processo de tratamento e os resultados obtidos em psicoterapia.

As principais conclusões deste estudo relacionam-se com seguintes aspetos: a) a assimilação é um processo gradual; a voz problemática vai progressivamente integrar-se na comunidade de vozes; b) qualquer processo terapêutico apresenta progressos e retrocessos, em termos de APES e da sintomatologia, ou seja, o processo não é linear; e c) nem todos os casos vão ao encontro da literatura, nem todos os casos que atingem a APES 4 são considerados bem-sucedidos.

É crucial mencionar que este é um estudo pioneiro na análise da mudança terapêutica que recorre ao Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas de Stiles (2001) em mulheres vítimas de VRI. Deve-se destacar que a realização desta investigação, com foco em Terapia Cognitivo-Comportamental numa vítima de violência na relação de intimidade, é uma mais-valia para os estudos previamente realizados dentro do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas.

Também é importante frisar que, neste caso, existe a assimilação de experiências problemáticas sem ocorrer mudança sintomática clinicamente significativa. Este facto mostra a necessidade de reflexão sobre a utilização de critérios de mudança mais amplos e que não se foquem apenas na presença ou ausência de sintomatologia. Este caso, em concreto, seria um caso bem-sucedido se não se focasse na sintomatologia.

Apesar de exaustivo, o presente estudo apresenta algumas limitações. Uma das limitações está relacionada com a natureza e o tamanho da amostra utilizada. A utilização de amostras reduzidas ou de estudos de caso limitam as conclusões e dificultam a possibilidade de generalizar os resultados obtidos. Desta forma, não se conseguiu perceber se este é um caso isolado de insucesso ou se realmente o Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas não deve ser usado neste tipo de amostra. Fica aqui sugerido que, em futuros estudos, será importante analisar um maior número de casos, de forma a que os resultados ganhem robustez e um caráter generalista.

Outra limitação é a impossibilidade de analisar todas as sessões do caso apresentado, devido a falta de tempo.

O facto de existirem algumas sessões que não foram sujeitas a investigação implicou a impossibilidade de analisar informações relevantes para a perspetiva da explicação do caso, quer em termos de evolução, e quer para a avaliação da mudança. A análise de todas as sessões poderia proporcionar mais informações sobre o caso e tornar os resultados mais claros e objetivos.

Em forma de conclusão, as futuras investigações deverão incidir sobre: a) estudar um número significativo de processos terapêuticos com vítimas de violência na relação de intimidade, a fim de generalizar resultados e produzir um conhecimento válido e representativo, b) analisar todas as sessões realizadas, permitindo a compreensão integral da evolução do processo de assimilação de experiências problemáticas dos participantes; e c) analisar sessões de *follow-up* para perceber se realmente a voz problemática foi integrada na sua totalidade na comunidade de voz.

Do ponto de vista da prática clínica, os resultados aqui apresentados podem ser considerados úteis, porque a identificação de um nível específico relacionado ao sucesso do tratamento pode ter um papel na prevenção da recaída. No processo de mudança em psicoterapia, as recaídas são comuns principalmente se o público-alvo for vítima de violência na relação de intimidade. Há sempre a hipótese de a vítima perdoar o agressor e voltar para a relação abusiva. A determinação de níveis específicos de APES pode atuar como facilitadores do processo e do terapeuta no sentido de alterar a abordagem das intervenções para que seja possível atingir níveis elevados.

Neste sentido, é importante frisar novamente que é fundamental continuar a realizar estudos que continuem a investigar e aprofundar os conhecimentos relacionados a estes construtos, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre a dinâmica e o desenvolvimento dos processos terapêuticos.

6. Referência

APAV: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2012). Ciclo da Violência Doméstica. Disponível em: https://apav.pt/vd/index.php/vd/o-ciclo-da-violencia-domestica

APAV: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2018). Estatísticas APAV Relatório Anual 2018. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2018.pdf

APAV: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2019). Estatísticas APAV Relatório Anual 2019. Disponível em: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV-Relatorio_Anual_2019.pdf

Azevedo, A. (1985). Violência física contra a mulher: dimensão possível da condição feminina, braço forte do machismo, face oculta da família patriarcal ou efeito perverso da educação diferenciada. *Mulheres espancadas: a violência denunciada*. São Paulo: Cortez, 45-75.

Bahis, C., & Navolar, B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: conceitos e pressupostos teóricos. *Rev Eletrônica Psicol*, 4.

Basto, I. (2018). *Processo de Mudança em Psicoterapia: Validação Empírica do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas* (Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra).

Beck, J. (2011). *Cognitive behavior therapy*. New York: Basics and beyond. Guilford Publication.

Beck, T., Rush, J., Shaw, F., & Emery, G. (1997). Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artmed.

Bennett, P. (2000). Introdução clínica à Psicologia da Saúde. *Lisboa: Climepsi Editores, Manuais Universitários.*

Biggs, M. & Rush, J. (1999). Cognitive and Behavioral Therapies alone and combined with antidepressant medication in the treatment of depression. In D. S. Janowsky (Ed.)

Psychotherapy, indications and outcomes (p. 121-171). Washington: American Psychiatric Press.

Brinegar, G., Salvi, M., Stiles, B., & Greenberg, S. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counseling Psychology, 53*(2), 165.

Brown, D., O'Leary, D., & Feldbau, R. (1997). Dropout in a treatment program for self-referring wife abusing men. *Journal of Family Violence*, *12*(4), 365-387.

Caro-Gabalda, I. (2006). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, *16*(4), 436-452.

Caro-Gabalda, I., & Stiles, B. (2009). Retrocessos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica*, *27*(2), 199-212.

Caro-Gabalda, I. (2014). Linguistic Therapy of Evaluation and the Assimilation Model. *Journal of constructivist psychology*, *27(*4), 303–316.

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

Castanho, A. (2013). Homicídio em violência doméstica: *Análise retrospetiva de homicídios ocorridos em relações de intimidade*. Direção Geral de Administração Interna. Lisboa.

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

Cox, W. & Stoltenberg, D. (1991). Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence*, 6(*4*), 395 – 413.

Detert, N. B., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research, 16*(4), 393-407.

Dutton, D., & Painter, S. (1993). The baterred woman syndrome: Effects of serrity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(*4*),614-622.

Dutton, G. (1999). Traumatic origins of intimate rage. *Aggression and Violent Behavior, 4*(4), 431-447.

Fonseca, M., & Lucas, S. (2006). *Violência doméstica contra a mulher e suas consequências psicológicas.*

Fonseca, D., Ribeiro, G., & Leal, B. (2012). Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 24(2), 307-314.

Gelo, G., & Manzo, S. (2015). Quantitative approaches to treatment process, change process, and process-outcome research. In *Psychotherapy research* (pp. 247-277). Springer, Vienna.

Goldner, V. (1999). Morality and multiplicity: Perspectives on the treatment of violence in intimate life. *Journal of marital and family therapy*, *25*(3), 325.

Gordon, M. (2000). Definitional issues in violence against women: Surveillance and research from a violence research perspective. *Violence Against Women*, *6*(7), 747-783.

Hamby, S. L. (1998). *Partner violence: Prevention and intervention*. Sage Publications, Inc.

Hansen, M. (1993). *Feminism and family therapy: A review of feminist critiques of approaches to family violence.*

Hawton, K., Salkovskis, M., Kirk, J. & Clarck, M., (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático*. São Paulo: Martins Fontes.

Hill, E., & Lambert, J. (2004). Methodological Issues in Studying Psychotherapy Processes and Outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 87-135). New York: John Wiley & Sons.

Hill, E., Kubany, S., & Owens, A. (2003). Cognitive trauma therapy for battere women with PTSD: preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 81-91.

Hoff, A. (1995). People in crisis: Understanding and helping. San Francisco, CA: Jossey-Bass Publishers.

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. B., Greenberg, L. S., & Goldman, R. (1998). Assimilation Analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, *8*(3), 264-286.

Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. B., & Greenberg, L S. (1999). Assimilation of Voices in Psychotherapy: The Case of Jan. *Journal of Counseling Psychology*, *46*(4), 448-460.

Kazdin, E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy research*, *19*(4-5), 418-428.

Krug, G., Mercy, A., Dahlberg, L., & Zwi, B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, *360*(9339), 1083-1088.

Lambert, M., Morton, J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R., … Burlingame, G. (2004). Manual de administração e pontuação para o questionário de resultados (OQ-45.2) (3ª ed). Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services LLC.

Lambert, M. (2012). The Outcome Questionnaire-45. *Integrating Science and Practice*, 2 (2), 24-27.

Leal, I., Pimenta, F., & Marques, M. (2012). Intervenção em psicologia clínica e da saúde: modelos e práticas. *Placebo Editora: Lisboa*.

Llewelyn, S., Macdonald, J., & Aafjes-van Doorn, K. (2016). Process–outcome studies.

Lopes, T., Gonçalves, M., Machado, P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research*, *24*(6), 662-674.

Machado, P., & Fassnacht, B. (2015). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *88*(4), 427-437.

Machado, C., & Matos, M. (2001). A intervenção narrativa com um grupo de mulheres maltratadas: Da desconstrução da posição de vítima à reconstrução de identidades preferenciais. *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança*, 207-234.

Machado, C. & Matos, M. (2007). Intervenção narrativa com grupo de mulheres maltratadas: Da desconstrução da posição de vítima à reconstrução de identidades preferenciais. In M. Gonçalves & Ó. Gonçalves (Coords.), *Psicoterapia, Discurso e Narrativa* (209-233). 2ª Edição. Coimbra: Quarteto.

Machorrinho, J. P., Veiga, G., Santos, G., & Marmeleira, J. (2019). O corpo na mulher vítima de violência doméstica= The body of female victims of domestic violence. *Cuestiones de género: de la igualdad y la diferencia*, (14), 207-219.

Manita, C. (2005). *A intervenção em agressores no contexto da violência doméstica em Portugal: estudo preliminar de caracterização*.

Manita, C., (2008). Programas de intervenção em agressores de violência conjugal: intervenção psicológica e prevenção da violência doméstica. *Ousar integrar - revista de reinserção social e prova*, 21-32.

Matos, M. (2006). *Violência nas relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher.*

Matos, M (2011). Avaliação psicológica de vítimas de violência doméstica. In M. Matos, R.A. Gonçalves & C. Machado (Coord.) *Manual de Psicologia Forense: Contextos, práticas e desafios* (175-202). Braga: Psiquilíbrios

McBride, L. (2001). *Groups for abused women: Treatment outcome* (Unpublished doctoral thesis). University of Calgary, Calgary, AB.

Mergenthaler, E., & Stinson, C. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy research*, *2*(2), 125-142.

Miller, S. (1999). *Feridas Invisíveis: Abuso Não-Físico Contra Mulheres*. Grupo Editorial Summus.

Mozzambani, F., Ribeiro, L., Fuso, F., Fiks, P., & Mello, D. (2011). Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, *33*(1), 43-47.

Neves, S. (2012). Intervenção Psicológica e social com vítimas (Vol. 1). *Coimbra: Editora Almedina*.

Oliveira, D., Viegas, F., Santos, D., Silveira, D., & Elias, C. (2015). Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *24*(1), 196-203.

Osatuke, K., Glick, M. J., Stiles, W. B., Greenberg, L. S., Shapiro, D. A., & Barkham, M. (2005). Temporal patterns of improvement in client-centred therapy and cognitive-behaviour therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, *18*(2), 95-108.

Osatuke, K., Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Barkham, M. (2007). Submissive voices dominate in depression: Assimilation analysis of a helpful session. *Journal of clinical psychology*, *63*(2), 153-164.

Osatuke, K., Reid, M., Stiles, W. B., Kasckow, J. W., Zisook, S., & Mohamed, S. (2011). Narrative evolution and assimilation of problematic experiences in a case of pharmacotherapy for schizophrenia. Psychotherapy Research, 21, 41-53. doi:10.1080/10503307.2010.508760

Patrício, A. (2014). Violência contra as mulheres: processos e contextos de vitimização. In *Forum Sociológico. Série II* (No. 25, pp. 33-43). CESNOVA.

Pereira, R. (2015). O processo de mudança em casos de psicoterapia: Validação de uma medida de análise do processo de assimilação em casos de sucesso e insucesso.

Pos, E., Greenberg, S., Goldman, N., & Korman, M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, *71*(6), 1007-1016.

Redondo, J. (2011). *Violência familiar/entre parceiros íntimos: da leitura e compreensão à intervenção em rede.*

Ribeiro, G., & Coutinho, P. (2011). Representações sociais de mulheres vítimas de violência doméstica na cidade de João Pessoa-PB. *Revista Psicologia e Saúde*, 52-58.

Santos, A., & Cruz, O. (2013). Vítimas de violência conjugal: Uma proposta de intervenção cognitivo-comportamental. In S. Caridade & A. I. Sani. Violência, agressão e vitimação: práticas para a intervenção. Coimbra: Almedina.

Shamai, M. (1996). Couple therapy with battered women and abusive men: Does it have a future? In J. L. Edleson & Z. C. Eisikovits (Eds.) Future interVentions withbattered women and their families (101- 215). Thousand Oaks: Sage.

Silva, M., Bovolini,T., Sardinha, S., & Aquino, V. (2019). Um Olhar da Psicologia Sobre a Autoestima de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica. *Diálogos Interdisciplinares, 8*(1), 34-44.

Souza, L., Figueiredo, S., Dias, V., Vieira, A., Souza, P., & Mendes, C. (2014). Ocorrência de violência contra a mulher nos diferentes ciclos de vida. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 22(1), 85-92.

Stiles, W. B. (2001). Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*(4), 462.

Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 7*(2), 122-127.Stiles, W. B. (2011). Coming to Terms. *Psychotherapy Research, 21*, 367-384.

Stiles, W. B., & Angus, L. (2001). Qualitative research on clients' assimilation of problematic experiences in psychotherapy. Psychologische Beiträge, *43*, 570–585. doi:10.1037/0033-3204.38.4.462.

Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *27*(3), 411.

Tutty, M., Bidgood, A., & Rothery, A. (1993). Support groups for battered women: Research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, *8*(4), 325-343.

Trute, B. (1998). Going beyond gender-specific treatments in wife battering: Pro-feminist couple and family therapy. *Aggression and violent behavior*, *3*(1), 1-15.

Vidinha, A. (2017). *Estudo exploratório sobre os estádios de preparação para a mudança em psicoterapia com mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade* (Doctoral dissertation).

Walker, E. (2009). *Abused Women and Survivor Therapy Practical Guide for the Psychotherapist*. American Psychological Association.

Walker, R., Logan, K., Jordan, E., & Campbell, C. (2004). An integrative review of separation in the context of victimization: Consequences and implications for women. *Trauma, Violence, & Abuse, 5*(2), 143-193.

Webb, W. (1992). Treatment issues and cognitive behavior techniques with battered women. *Journal of Family Violence, 7*(3), 205-217.

White, M., & Epston, D., (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. WW Norton & Company.