

Universidade da Maia

Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento



Tarefa de Duas Cadeiras dirigida ao tratamento negativo de si próprio: Estudo-piloto de uma intervenção em grupo à distância

Bárbara Catarina Pereira Santos, 38585

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Orientação: Professor Doutor João Salgado

Outubro de 2022 

“ Acredito muito na sorte. E tenho percebido que quanto mais duro eu trabalho, mais a sorte me sorri ”

(Thomas Jefferson)

Agradecimentos

Quero começar por agradecer aos meus pais, por todo o apoio que me prestaram ao longo dos anos e por me ajudarem a concretizar um dos meus sonhos mais antigos: ser psicóloga. Por nunca me terem deixado desistir dos meus objetivos, por muito difícil que fosse o caminho para os alcançar e por nunca terem deixado de acreditar em mim, principalmente quando nem eu mesma acreditava.

Ao meu irmão, o meu porto-seguro, a pessoa que me dá confiança e que relativiza todos os momentos onde me sinto insegura e incapaz elevando-me o ego e a autoestima dizendo *“conseguiste alcançar todos os teus objetivos até aqui, este obstáculo só te vai tornar mais forte e tu vais ultrapassá-lo”*.

À minha prima e melhor amiga, a Marta. A Marta é a irmã que nunca tive, a pessoa que está sempre lá para mim e que sempre acompanhou de perto as minhas conquistas, mas também os momentos mais difíceis da minha vida sem nunca me largar a mão em nenhum deles.

Ao meu grupo de amigas mais próximo, que me ajudou a crescer enquanto pessoa, que me incentivou sempre a correr atrás dos meus sonhos e nunca me deixou desistir dos meus objetivos, por muito difícil que fosse de os alcançar.

Um agradecimento especial ao Professor Doutor João Salgado, por me dar a oportunidade de concluir esta etapa da minha vida académica orientada por uma pessoa e profissional que eu admiro.

A todos vocês o meu obrigado, esta conquista também é um bocadinho vossa.

Resumo

A autocrítica está relacionada com uma tendência a ser perfeccionista e a ter atitudes de autojulgamento, havendo um realce exagerado dos erros cometidos e sentimentos de vergonha e inferioridade (Bailey et al., 2020; Halamová et al., 2018; Kannan & Levitt, 2013). A Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras é uma das possíveis formas de suavizar a autocrítica, esta tarefa foi desenvolvida pela Terapia Focada nas Emoções. Na TFE, a identificação dos marcadores face a dificuldades de processamento emocional é a primeira fase da intervenção, a autocrítica diz respeito ao marcador Partes de si em Conflito (Elliott et al., 2004).

A presente investigação tem como objetivo global verificar a exequibilidade de uma intervenção em grupo baseada na Tarefa Diálogo de Duas Cadeiras. Esta intervenção é inspirada no Manual de Autoajuda de Kwatra et al. (2022). Para avaliar a eficácia e o tamanho do efeito da aplicação da intervenção foram utilizadas diversas medidas de avaliação, nomeadamente a medida FSCRS para avaliar as subdimensões da autocrítica; PHQ-9, GAD-7 e CORE-OM para avaliação do estado mental; Escala de Autoestima e de Bem-estar Psicológico de Rosenberg.

A amostra é composta por oito participantes com idades compreendidas entre os 24 e os 57 anos. De um modo geral os resultados obtidos revelam que a intervenção é eficaz para a diminuição dos níveis de autocrítica e sintomatologia clínica.

Palavras-chave: Autocrítica; TFE; Diálogo de Duas Cadeiras; FSCRS.

Abstract

Self-criticism is related to a tendency to be perfectionistic and to have self-judgmental attitudes, and there is an exaggerated highlighting of mistakes made and feelings of shame and inferiority (Bailey et al., 2020; Halamová et al., 2018; Kannan & Levitt, 2013). The Two Chair Dialogue Task is one of the possible ways to soften self-criticism, this task was developed by Emotion Focused Therapy. In EFT, identifying markers in the face of emotional processing difficulties is the first phase of the intervention, self-criticism concerns the marker Parts of Self in Conflict (Elliott et al., 2004).

The present research has the overall objective of verifying the feasibility of a group intervention based on the Two Chairs Dialogue Task. This intervention is inspired by the Self-Help Manual by Kwatra et al. (2022). To assess the effectiveness and effect size of the intervention application, several assessment measures were used, namely the FSCRS measure to assess the subdimensions of self-criticism; PHQ-9, GAD-7 and CORE-OM to assess mental state; Self-Esteem Scale and Psychological Well-Being Scale of Roosenberg.

The sample is composed of eight participants aged between 24 and 57. In general, the results obtained show that the intervention is effective in reducing the levels of self-criticism and clinical symptomatology.

Keywords: Self-Criticism; EFT; Two Chairs Dialogue; FSCRS.

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract	v
Autocrítica	1
Formas de intervenção dirigidas à autocrítica	3
Investigação sobre Tarefa Diálogo de Duas Cadeiras	7
Estudo Empírico	10
Objetivos de Estudo.....	10
Método	11
<i>Participantes</i>	<i>11</i>
<i>Critérios de amostragem</i>	<i>12</i>
<i>Grupo de Monitoras.....</i>	<i>12</i>
<i>Intervenção</i>	<i>13</i>
<i>Medidas de Avaliação.....</i>	<i>13</i>
<i>Procedimentos de Treino dos Investigadores</i>	<i>18</i>
<i>Procedimentos</i>	<i>19</i>
<i>Procedimentos de Análise de Dados</i>	<i>23</i>
Resultados	23
Adesão dos Participantes.....	23
Análise Quantitativa	24
<i>Caraterização dos Resultados Iniciais.....</i>	<i>24</i>

<i>Caracterização dos Efeitos Intrasessão para a Escala FSCRS</i>	26
<i>Resultados da Escala FSCRS por participante de T1 a T5</i>	27
<i>Descrição dos resultados da medida FSCRS entre T1 e T5</i>	30
<i>Descrição dos Resultados entre T1 e T5 nas medidas de avaliação secundárias</i>	31
Análise Qualitativa	33
<i>Utilidade</i>	34
<i>Satisfação</i>	35
<i>Experiência</i>	35
Discussão	36
Conclusão	39
Referências Bibliográficas	41

Introdução

Durante a nossa vida, em variados contextos, sejam eles profissionais, académicos ou num outro contexto, já tivemos um momento onde fomos críticos com nós mesmos. Por vezes nem nos apercebemos das críticas que fazemos ou da sua intensidade, no entanto elas tem impacto na nossa saúde mental.

Ao longo dos anos, os estudos sobre a autocrítica têm ganho mais relevância uma vez que tem havido uma acentuação dos processos autocríticos, estes estudos ajudam a observar o impacto destes processos ao nível do bem-estar psicológico, autoestima e saúde mental (Kannan & Levitt, 2013). Apesar de que a autocrítica pode ser utilizada de modo benéfico, muitas vezes o ser humano utiliza a autocrítica para se autoanalisar de um modo depreciativo, esta autoanálise pejorativa contribui para que o bem estar psicológico seja afetado (Kannan & Levitt, 2013).

A literatura existente sugere que a expressão emocional é um processo terapêutico favorável na diminuição da autocrítica. A Terapia Focada nas Emoções utiliza o Diálogo de Duas Cadeiras como método terapêutico para lidar com os processos autocríticos (Greenberg, 2010). O presente estudo surge com o objetivo de verificar a exequibilidade desta Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras como forma interventiva para lidar com a autocrítica. O projeto é baseado no Manual de Autoajuda “*Transforming Emotional Pain: An Emotion-Focused Workbook*” (Kwatra, et al., 2022).

Através da aplicação de diferentes medidas de avaliação, a presente investigação permitirá obter resultados relativos aos níveis de autocrítica, autotranquilização, sintomatologia ansiógena e depressiva bem como níveis de bem-estar e autoestima.

Uma vez que a intervenção é realizada em grupo, será possível obter dados quanto à eficácia da tarefa para trabalhar a autocrítica neste domínio.

Autocrítica

A investigação referente à autocrítica tem-se destacado nas últimas décadas, em áreas como a psicopatologia e a psicoterapia. O conceito de autocrítica remete usualmente para uma autoanálise depreciativa, surgindo associado a uma conotação negativa (Shahar et al., 2012). Todavia o comportamento autocrítico pode ser benéfico se a autoavaliação for feita de um modo consciente e ponderado. Quando disfuncional, este processo está relacionado com a tendência a ser perfeccionista e a ter atitudes de autojulgamento, havendo um realce exagerado dos erros cometidos e sentimentos de vergonha e inferioridade (Bailey et al., 2020; Halamová et al., 2018; Kannan & Levitt, 2013). A autocrítica patológica relaciona-se ainda com uma incapacidade ou dificuldade de autotranquilização bem como dificuldades de autocompaixão (Neff, 2003).

Diferentes abordagens têm colocado a autocrítica como um processo importante para a compreensão da disfuncionalidade. Freud considerava que a autocrítica era idêntica a um ataque do nosso superego ao ego. As terapias psicanalíticas modernas interpretam a autocrítica como uma forma de internalizar sentimentos de raiva relativos ao *self* que podem estar associados a pensamentos conscientes e/ou inconscientes (Scharff & Tsigounis, 2003; Kannan & Levitt, 2013). Já a terapia comportamental entende a autocrítica como um modo do ser humano se sancionar (Gilbert & Irons, 2004). Com uma visão diferente, os cognitivistas centram-se na forma negativa de como o ser humano se autoavalia. Na terapia da Gestalt a autocrítica surge associada a processos de “dominância-submissão”, ideia recuperada depois pela terapia cognitivo-comportamental, onde a autocrítica tem sido relacionada a um panorama de “hostilidade-dominância” que conseqüentemente acaba por ativar o sistema de defesa-ameaça (Gilbert & Irons, 2004).

A autocrítica é ainda considerada um fenómeno que abrange culturas distintas, bem como a raça, o género e a classe social. Os pensamentos autocríticos surgem em diversos contextos e a sua duração varia de indivíduo para indivíduo. Ainda que possa ser experimentada de um nível universal, o modo como é experienciada, a seriedade e o efeito que produz nas pessoas são distintos (Kannan & Levitt, 2013).

A autocrítica é encontrada com regularidade em indivíduos que possuem algum tipo de psicopatologia, nomeadamente na depressão, perturbações de personalidade, distúrbios alimentares, perturbações de ansiedade, esquizofrenia e perturbação bipolar (Choi et al., 2015; Kannan & Levitt, 2013; Shahar et al., 2012; Werner et al., 2019). Gilbert e Irons (2004) efetuaram um estudo em que indivíduos com depressão descreveram que os pensamentos autocríticos eram automáticos e surgiam maioritariamente relacionados com desilusão e ira.

Estudo qualitativos recentes revelaram que, os pensamentos autocríticos são factuais, automáticos e perturbadores. Porém, os resultados face à frequência com que surgem os pensamentos autocríticos, obtidos através de indivíduos com baixa autocrítica não divergem dos resultados obtidos por indivíduos com altos níveis de autocrítica; a diferença mais visível estava no modo como combatiam esses pensamentos (Halamová et al., 2021).

Foram desenvolvidos alguns modelos que exploram a origem da autocrítica, destacando-se a este nível o Modelo de Duas Polaridades de Desenvolvimento da Personalidade e Psicopatologia, o Modelo do Eixo da Crítica (ACRIM) e o Modelo de Autocrítica de Gilbert (Werner et al., 2019).

O Modelo de Duas Polaridades de Desenvolvimento da Personalidade e Psicopatologia aborda a autocrítica como um subfator da autodefinição da personalidade. De acordo com a literatura, a vulnerabilidade para perturbações mentais aumenta na

presença de autocrítica desmedida e disfuncional. No entanto, a falta ou escassez de autocrítica pode ser um indicador de uma personalidade narcísica (Blatt & Zuroff, 1992; Blatt and Luyten, 2009).

O Modelo do Eixo da Crítica (ACRIM) é baseado nas terapias psicanalítica e psicodinâmica e aborda duas possíveis origens da autocrítica. De acordo com este modelo, a autocrítica pode ter origem: (1) na interação da criança com os pais e os seus discursos críticos; ou (2) nas “tentativas falhadas” em criança de desenvolver um *self* autêntico, que se prolongam para a adolescência e para a vida adulta. Estudos realizados exibem resultados de que crianças que sofrem maus-tratos têm maior predisposição a serem autocríticas, afetando conseqüentemente a relação com os pares devido à adoção de uma postura de insegurança (Lassri & Shahar, 2012; Shahar 2015; Shahar et al., 2006).

O Modelo de Autocrítica de Gilbert descreve como a autocrítica surge e o seu processamento apoiando-se na vertente cognitivo-evolutiva. Nesta perspetiva, a autocrítica remete para a competição e a categorização social, aspetos pertencentes ao sistema motivacional. Dentro deste sistema, as experiências interpessoais parecem estar na origem não só da autocrítica, mas também do desenvolvimento de autoconfiança. À luz deste modelo, pessoas com níveis de autocrítica altos detêm uma postura de dominância-submissão não só na relação com os outros, mas consigo mesmas (Gilbert, 2010, 2014).

Formas de intervenção dirigidas à autocrítica

Dada a importância da autocrítica, foram desenvolvidas intervenções para lidar com a mesma. Em relação à terapia cognitiva, existem duas abordagens que são comumente utilizadas para intervir na autocrítica: (1) a reestruturação e (2) a reatribuição cognitiva. Na reestruturação cognitiva identificam-se os esquemas

desadaptativos através do questionamento socrático, depois de identificados esses pensamentos os clientes devem assumir uma postura mais objetiva face aos mesmos. Já na reatribuição, os clientes são orientados a responsabilizarem-se apenas por parte desses pensamentos, devendo a outra parte ser atribuída a elementos exteriores. A investigação mostra resultados positivos para o tratamento da autocritica com base nestas abordagens (Kannan & Levitt, 2013).

Uma forma de intervenção cognitiva que coloca a autocritica como peça chave a ser trabalhada é a Terapia Focada na Compaixão (Gilbert, 2010), que orienta os indivíduos a adotarem uma postura mais compassiva, consigo e com os outros. Resultados de investigações recentes mostram que níveis baixos de compaixão e de autocritica elevada estão relacionados com a presença de patologia, enquanto níveis altos de compaixão e baixos de autocritica estão associados ao bem-estar e estabilidade emocional. Nesse sentido, foi desenvolvida a Formação da Mente Compassiva, com o objetivo de treinar competências de compaixão e intervir na autocritica (Halamová et al., 2018; Murphy et al., 2017).

A Terapia Focada nas Emoções também elege a autocritica como um problema central, dedicando-lhe uma tarefa específica. Concretamente, a Tarefa de Duas Cadeiras, técnica psicodramática com origem na Terapia Gestalt, é usada para apoiar as pessoas a suavizarem os processos internos de tratamento negativo de si mesmo. Tem sido uma tarefa reconhecida como útil e eficaz, mesmo por outras formas de terapia, incluindo as cognitivo-comportamentais (Beck et al., 1979; Pugh, 2017), desde as mais clássicas às mais recentes (e.g. Terapia da Compaixão; Murphy et al., 2017). Como tal, será a ferramenta central a ser usada neste estudo.

Terapia Focada nas Emoções e o trabalho com a autocrítica: A tarefa de duas cadeiras

A Terapia Focada nas Emoções (Greenberg, 2010) foi desenvolvida por Greenberg, Rice, Elliott e Watson e é uma terapia existencial com base teórica humanista, fenomenológica e construtivista (Greenberg, 2010). As emoções são o enfoque principal desta psicoterapia, sendo necessário (1) despertar essas emoções, (2) gerir a ativação emocional. Nesse sentido, existem cinco princípios base para atingir a mudança emocional, nomeadamente a consciência, a expressão, a regulação, a reflexão e a transformação (Bailey et al., 2020; Stiegler et al., 2018). Uma das premissas da TFE é de que as emoções são fulcrais para o desenvolvimento e construção do *self*, uma vez que constituem uma fonte de informação em que orientam as pessoas para o seu bem-estar, comunicam aos outros o nosso estado e preparam-nos para a ação (Greenberg, 2004).

A TFE destaca-se pelo facto de a intervenção ser guiada por marcadores que correspondem a sinais verbais ou não-verbais das dificuldades de processamento emocional. Estas têm por base experiências problemáticas que são originadas através de aprendizagens passadas (Elliott et al., 2004). Os marcadores são oportunidades que visam reconhecer e trabalhar os problemas do cliente.

A autocrítica é um dos marcadores centrais desta terapia (também designada como Divisões de Partes de Si em Conflito). Quando a pessoa se critica a si mesma, esta terapia convida a pessoa a apreciar a cisão interna que ocorre nesse momento entre a parte de si que faz a crítica e a parte de si que se sente criticada. A parte do *self* autocrítica, quando disfuncional, acaba por fazer com que necessidades básicas não sejam atendidas ou valorizadas, e associados a este acontecimento surgem frequentemente sentimentos de raiva, vergonha e incapacidade (Elliott et al., 2004). Quando é detetada a sua presença

em sessão e quando estão garantidas condições na relação terapêutica, a pessoa é convidada a realizar a tarefa de duas cadeiras.

Na Terapia Focada nas Emoções, o diálogo de duas cadeiras é um modo de intervenção muito comum. Nesta técnica, são utilizadas duas cadeiras, sendo que uma delas diz respeito à parte do *self* que é criticada (a que experiencia o problema) e a outra a parte que constrói a crítica. A tarefa passa por um diálogo imaginário entre estas partes do *self* e o objetivo é de que o cliente consiga resolver o problema que lhe está a provocar mal-estar (Stiegler et al., 2017). Através deste diálogo, é possível transformar o problema em algo adaptativo e aceder a partes do *self* saudáveis (Elliott & Macdonald, 2021).

A parte do *self* que é crítica é denominada de “parte interior crítica”, enquanto a parte submissa é denominada de “autoexperiência”. Na fase inicial, o cliente começa o diálogo imaginário na cadeira que constrói a crítica, passando posteriormente para a cadeira do *self* criticado, expondo o que sente quando recebe a crítica. Ao longo do diálogo o cliente tem de ir alternando os papéis e o terapeuta deve explorar as emoções empaticamente (Shahar et al., 2012).

Elliot et al. (2004) descrevem seis etapas necessárias para que a transformação emocional face ao problema seja alcançada:

(1) a Confirmação do Marcador – aqui o terapeuta confirma junto do cliente a sua percepção da existência de dois lados de si em conflito ;

(2) Iniciar o Diálogo de Duas Cadeiras – nesta etapa é apresentada a tarefa ao cliente, de modo a que este expresse as suas avaliações negativas (críticas) e ganhe consciência do impacto dessas avaliações;

(3) Aprofundar a Divisão – na terceira etapa o terapeuta ajuda o cliente a adotar uma postura aberta à experiência para que consiga aceder mais profundamente aos sentimentos gerados pelo “eu” crítico no lado do “eu” experiencial;

(4) Resolução Parcial – nesta fase o lado experiencial é capaz de iniciar uma expressão e defesa mais assertivas das necessidades básicas e emoções que não foram atendidas e que estão a afetar o bem-estar do cliente;

(5) Suavização do Crítico – nesta etapa a parte crítica do *self* tende a suavizar as suas críticas, ao mesmo tempo que pode expor alguns dos seus medos e preocupações;

(6) Resolução Total – na última etapa as necessidades dos dois *selves* assim como os seus sentimentos, são expostos e compreendidos mutuamente, e é expectável que se consiga alcançar-se a compaixão, sendo que o objetivo será que os dois lados consigam trabalhar em conjunto de modo a atingir um equilíbrio (Elliott et al., 2004, Greenberg, 2010).

Investigação sobre Tarefa Diálogo de Duas Cadeiras

Os estudos realizados ao longo dos anos têm contribuído para o aumento da utilização da Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras como um método de intervenção. Apesar desta tarefa raramente ter sido estudada de forma isolada e estar sempre associada ao tratamento de quadros de psicopatologia, os resultados são considerados como favoráveis à sua utilização (Stiegler et al., 2017).

Greenberg e Higgins (1980) realizaram uma investigação sobre o efeito da Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras e da Tarefa de Focalização. 42 participantes foram divididos em três distintos grupos: um grupo para cada tarefa e um grupo de controlo. Ao comparar os resultados com o grupo de controlo, verificaram-se resultados positivos para a mudança de consciência e para a redução de desconforto em ambas as tarefas. Não foram encontradas diferenças significativas entre as duas tarefas (Greenberg e Higgins, 1980).

Ainda na década de 1980, Greenberg e Webster (1982) realizaram um estudo com pessoas que apresentavam dificuldades na tomada de decisão. Este estudo tinha como

objetivo verificar de que forma os conflitos interpessoais influenciam os conflitos de tomada de decisão e qual o impacto da Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras neste processo. Os resultados obtidos mostram que a tarefa contribuiu para uma diminuição da sintomatologia ansiógena, na indecisão e na mudança de comportamento.

Estudos recentes de Shahar et al. (2012) avaliaram a intervenção para a autocrítica, tendo por base a Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras, usando para o efeito cinco a oito sessões dedicadas à mesma. O enfoque da investigação foi verificar se houve alterações em relação à autocrítica e à sintomatologia ansiosa e depressiva. De um modo geral, os resultados mostram uma diminuição na subdimensão do Eu Detestado para a escala FSCRS (Escala das Formas do Auto-criticismo e Autotranquilização). Porém, estes resultados apenas foram visíveis durante a intervenção, tendo aumentado após a mesma terminar.

Stiegler et al. (2017) após avaliarem a intervenção da Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras (com duração entre cinco e nove sessões) em indivíduos com sintomatologia ansiosa, depressiva e psicopatológica clinicamente significativa, verificaram que para a sintomatologia psicopatológica, numa fase inicial da tarefa, houve uma diminuição favorável, já na fase intermédia e na fase final, os resultados tiveram menor impacto sob os níveis de autocrítica.

Em 2018, Stiegler et al. efetuaram um outro estudo que avaliava de que forma a Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras se associa ao aumento da experiência e ativação emocional. O estudo teve 20 participantes com sintomatologia ansiosa ou depressiva. Na primeira fase do estudo foram realizadas cinco a nove sessões com um procedimento base; já na segunda fase do estudo, foram realizadas cinco sessões e a Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras foi o procedimento utilizado. De acordo com os resultados obtidos, a expressão e a ativação emocionais são aumentadas com o uso desta técnica.

Foi realizado um estudo recente onde a Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras foi aplicada em estudantes universitários que apresentavam sintomatologia ansiógena e depressiva associadas a processos de autocrítica. A intervenção foi feita em grupo e os resultados revelam que houve uma diminuição dos níveis depressivos e ansiógenos bem como um aumento da capacidade de regulação emocional (Thompson & Girz, 2020)

Um outro estudo pertinente sobre a Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras foi realizado por Brennan et al. (2014), onde se avaliou ao longo de 12 semanas a eficácia desta tarefa para intervir em mulheres com distúrbios alimentares. O foco principal foi a vergonha sentida pelas participantes e a autocrítica. O estudo revelou que pessoas com distúrbios alimentares são altamente autocríticas. Com a Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras, as participantes conseguiram progressivamente desenvolver uma capacidade de se separarem do “eu” crítico e agir de acordo com as suas necessidades. Este estudo corroborou a literatura prévia de que a autocrítica é bastante comum em indivíduos com perturbações alimentares uma vez que é frequente surgirem sentimentos de vergonha. Esta vergonha quando é altamente internalizada leva a que os processos autocríticos sejam mais severos.

Em síntese, a tarefa de autocrítica, quando estudada isoladamente tende a mostrar-se eficaz. Porém, a maior parte das vezes tem sido estudada apenas em contexto de psicoterapia, desconhecendo-se em larga medida o seu potencial quando usado noutro contexto (e.g., como treino de uma competência específica). Além disso, o seu uso tem sido maioritariamente individual, existindo apenas algumas tentativas raras de utilização grupal. Neste sentido, fará sentido testar também o seu uso em formatos online, que se tornaram bastante mais populares após a pandemia.

Neste sentido, foi realizado um estudo por Massa (2021) com objetivo de testar o efeito da utilização da Tarefa de Duas Cadeiras em processos de autocrítica, aplicada no

contexto de uma intervenção em grupo. Os resultados desse estudo revelaram que a aplicação da Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras levou de um modo geral a uma diminuição da sintomatologia clínica e dos níveis de autocrítica bem como um aumento dos níveis de autotranquilização e dos índices de autoestima e bem-estar.

O presente estudo tem como objetivo complementar o estudo realizado anteriormente por Massa (2021).

Estudo Empírico

Objetivos de Estudo

A presente investigação visa complementar o estudo iniciado anteriormente por Massa (2021). Concretamente, importará reunir mais dados que permitam avaliar a exequibilidade de um projeto de maior escala que se foque em testar a eficácia de uma intervenção em grupo, em contexto de treino de competências (e não de psicoterapia), em formato online, dirigida à autocrítica, em pessoas que não sofram de psicopatologia grave. Este estudo-piloto é inspirado pelo capítulo cinco do manual de autoajuda de Kwatra et al. (2022).

O presente estudo tem como objetivos: (1) Verificar a adesão dos participantes aos procedimentos de intervenção da Tarefa de Duas Cadeiras criados para o efeito (em grupo, formato online); (2) Recolher dados acerca da eficácia da Tarefa de Duas Cadeiras. Relativamente aos objetivos específicos, estes passam por: (1) Verificar a adequação dos protocolos utilizados; (2) Analisar sumariamente os resultados obtidos qualitativa e quantitativamente. Para tal, foram recolhidos mais dados, complementando os já anteriormente recolhidos por Massa (2021).

Através da aplicação deste protocolo de intervenção é esperado:

- Uma diminuição dos níveis de autocrítica e um aumento dos níveis de autotranquilização;

- Uma diminuição dos sintomas depressivos e ansiógenos bem como uma melhoria dos índices de autoestima e bem-estar;
- Um *feedback* positivo por parte dos participantes relativo ao processo de intervenção.

Método

Participantes

O presente estudo pretendia inicialmente comparar um grupo de controlo e um grupo de intervenção. Para tal, foram recrutados 10 participantes, tendo estes ficado divididos de modo aleatório em dois grupos de cinco pessoas. Porém, a taxa de desistência no grupo de controlo foi elevada, ficando o mesmo reduzido a 2 participantes. Como isto impedia uma análise minimamente relevante, optou-se então por reformular o desenho do presente estudo, complementando com os dados colhidos na investigação anterior levada a cabo por Massa (2021), onde foram usados apenas dois grupos de intervenção não-controlados.

Em resultado, da amostra deste estudo fazem parte oito participantes, sete participantes do sexo feminino e um participante do sexo masculino. Os primeiros três participantes foram recrutados para o atual estudo, desenvolvido ao longo do ano letivo 2021/2022 e os restantes cinco participantes fizeram parte do estudo desenvolvido no ano letivo de 2020/2021.

Três participantes mencionaram ter sintomatologia ansiógena de nível ligeiro, os restantes referiram não sofrer de problemas de saúde mental. A maioria mencionou não tomar medicação psicotrópica, à exceção de uma participante que referiu tomar apenas em SOS. Relativamente à autocrítica, todos os participantes mencionaram que era uma questão que os preocupava e tinham curiosidade em abordar a temática.

Tabela 1 – Caracterização da Amostra

		N	%
Sexo	Feminino	7	87.5%
	Masculino	1	12.5%
	Não-Binário	0	0%
Intervalo Etário	18-29	6	75%
	30-39	1	12.5%
	40+	1	12.5%
Atividade Principal	Estudante	5	62.5%
	Trabalhador	2	25%
	Reformado	0	0%
	Trabalhor (a) estudante	1	12.5%
Problema Saúde Mental	Sim (Depressão)	0	0%
	Sim (Ansiedade)	3	37.5%
	Não	5	62.5%
Toma Medicação	Sim	1*	12.5%
	Não	7	87.5%
Preocupação com a forma como se critica ou pressiona	Nada	0	0%
	Pouco	2	25%
	Bastante	5	62.5%
	Muito	1	12.5%

*Em SOS

Crítérios de amostragem

Para o presente estudo foram definidos critérios de inclusão e de exclusão. Critérios de inclusão: (1) ter mais de 18 anos e menos de 65; (2) estar preocupado e disponível para trabalhar questões associadas ao tratamento negativo de si próprio; (3) ter acesso à internet; (4) ter literacia informática adequada ao preenchimento de formulários online. Critérios de exclusão: (1) presença de problemas de psicopatologia ou (2) toma atual de medicação psicotrópica.

Grupo de Monitoras

A equipa de intervenção, que orientou a parte prática do estudo foi composta por três monitoras do sexo feminino (100%). Uma das monitoras é a autora da presente dissertação; a outra foi a mestranda que realizou o estudo no ano anterior; o terceiro

elemento, que esteve presente em todas as sessões, é doutoranda e terapeuta, com experiência profissional de 6 anos em Terapia Focada nas Emoções. A doutoranda esteve presente no decurso das sessões como forma de auxílio na intervenção e monitorização dos participantes.

Intervenção

A intervenção subdividiu-se em duas sessões em grupo com a duração de 1h30 a 2h cada uma, em formato online através da plataforma Zoom. Esta estava dividida em três partes distintas: uma parte inicial de preenchimento de um questionário e apresentação das monitoras, dos participantes, das regras e objetivos de estudo; uma fase intermédia onde se apresentava um vídeo ilustrativo da Tarefa de Duas Cadeiras; e posteriormente os participantes realizavam a mesma de forma autónoma com o auxílio de um áudio com as instruções e uma fase final onde os participantes davam um *feedback* relativo à sua experiência em realizar a tarefa e preenchiam o questionário de final de sessão.

Esta intervenção foi fundamentada através dos procedimentos e instrumentos de avaliação descritos ao longo da presente dissertação.

Medidas de Avaliação

Questionário Sociodemográfico, utilizado para recolher dados pertinentes sobre os participantes, nomeadamente dados relativos ao sexo (feminino, masculino, não-binário, outro), intervalo etário (18-29; 30-39; 40-49; 50-59; 60-69; 70+), atividade principal (estudante, trabalhador, reformado, outro), e ainda algumas perguntas de triagem acerca de medicação e perguntas sobre a existência de alguma problemática de saúde mental.

Escala das Formas de Autocriticismo e Autotranquiização (FSCRS; Forms of Self-Criticizing and Reassuring Scale, Gilbert, et al., 2004, tradução e adaptação de Castilho e Pinto-Gouveia, 2005). Esta escala é uma medida de autorresposta que avalia o

modo como os indivíduos se autocriticam e autotranquilizam em variadas situações de insucesso. É um instrumento constituído por 21 questões que se subdividem em três subescalas: Eu Inadequado, referente aos sentimentos de inadequação, variando entre os 0 e 40 pontos; Eu Detestado, varia entre os 0 e os 12 pontos, e está associado a respostas auto repugnantes e autodestrutivas; e Eu Tranquilizador, que avalia momentos de compaixão, com pontuações a variar entre 0 e 32 pontos.

Esta é uma escala tipo *Likert* de cinco pontos, variando entre 0 (“Não sou assim”) e 4 (“Sou extremamente assim”). A versão traduzida para a população portuguesa apresenta uma consistência interna de 0.89 para a subescala do Eu Inadequado, 0.62 para a subescala do Eu Detestado e 0.87 para a subescala do Eu Tranquilizador (Castilho & Pinto-Gouveia, 2005). O ponto de corte para esta escala é considerado por variados autores os 50% da pontuação máxima possível de obter, ou seja, 20 pontos no Eu Inadequado, 6 pontos no Eu Detestado e 16 no Eu Tranquilizador (Stiegler et al., 2017).

Clinical Outcome Routine Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM, Connell & Barkham, 2007, tradução e adaptação de Sales et al., 2012). Este instrumento é uma medida de autorrelato que é utilizada em momentos de avaliação pré-terapia com o objetivo de observar possíveis mudanças psicológicas quer ao longo da terapia quer no final. É constituído por 34 itens que estão subdivididos em quatro dimensões, nomeadamente o bem-estar subjetivo, queixas e sintomas, o funcionamento social e pessoal e por fim comportamentos de risco. A versão traduzida e adaptada para a população portuguesa obteve um alfa de Cronbach de 0.94, o que revela que a consistência interna é muito boa. No momento de triagem foi ainda utilizada a *Clinical Outcome Routine Evaluation – 10* (CORE-10), que é a versão reduzida do CORE-OM, constituída por 10 itens e apresenta um alfa de Cronbach de 0.90 (Sales, et al., 2012).

Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7; Lowe et al., 2008; tradução e adaptação de Sousa et al., 2015). É um instrumento de autorresposta, utilizado na triagem e avaliação da gravidade de sintomatologia ansiógena, tendo em conta os últimos 14 dias.

Este instrumento é constituído por sete itens, cada um deles relativo à sintomatologia ansiógena descrita no Manual de Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais (APA, 2014). É composto igualmente por uma escala Likert que varia entre 0 (“Nunca”) e 3 (“Em quase todos os dias”). O somatório da pontuação permite a classificação de três tipos de perturbação de ansiedade, leve (quando varia entre 5 e 9 valores), moderada (quando varia entre 10 e 14 valores) e grave (quando a pontuação é igual ou superior a 15). Relativamente à consistência interna, a versão adaptada à população portuguesa apresenta um alfa de Cronbach de .88.

Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Kroenke, Spitzer & Williams, 2001; tradução e adaptação de Ferreira et al., 2018). É um instrumento de autorresposta, utilizado como forma de triagem e medida para avaliar a gravidade da sintomatologia depressiva tendo em conta os últimos 14 dias.

Este instrumento é constituído por 9 itens, sendo que cada um corresponde a um critério da sintomatologia descrita no DSM-IV (APA, 2014). Existe ainda um décimo item que avalia a influência que a sintomatologia depressiva tem no quotidiano. É composto por uma escala de Likert que varia entre 0 (“Nunca”) e 3 (“Em quase todos os dias”). A pontuação deste instrumento pode ser classificada como leve (se varia entre 5 e 9 valores), moderada (se varia entre 10 e 14 valores) e grave (quando a pontuação é igual ou acima de 15 valores). Na versão traduzida e adaptada para a população portuguesa, o Alpha de Cronbach apresenta um valor de .747 quando este instrumento é utilizado no contexto de cuidados de saúde primários e .868 em contexto clínico.

Questionário de Autoestima Global de Rosenberg (EBEP; Rosenberg Self-Esteem Scale, Rosenberg, 1989, tradução e adaptação de Azevedo & Faria, 2004). Este questionário avalia tal como o próprio nome indica, a autoestima global dos indivíduos, de fácil e rápida administração. É uma escala de *Likert* constituída por 10 itens, cujas respostas variam entre 1 (“concordo totalmente”) e 6 (“discordo totalmente”). Quanto maior a pontuação obtida através da aplicação deste instrumento mais elevada é a autoestima.

Relativamente à consistência interna, a versão portuguesa revela um alfa de 0,89. O ponto de corte revela que, pontuações abaixo de 30 pontos estão associados a uma autoestima muito baixa, entre 30 e 50 a uma autoestima saudável e acima de 50 uma autoestima sólida, no entanto, pode simultaneamente indicar que a pessoa é muito cuidadora consigo mesma (Azevedo & Faria, 2004).

Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS; Positive and Negative Affect Schedule, Watson, Clark & Tellegen, 1988, tradução e adaptação de Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). O principal objetivo desta escala é avaliar afetos positivos e negativos. É constituída por 20 itens que dizem respeito a 20 sensações diferentes, 19 correspondem a sensações positivas e outras 10 a negativas. A cotação corresponde ao resultado da soma dos valores obtidos nos Afetos Positivos, subtraindo-se os valores dos Afetos Negativos.

A consistência interna para a versão portuguesa apresenta um alfa de Cronbach de 0.86 para os Afetos Positivos e 0.89 para os Afetos Negativos (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP; Scale of Psychological Well-Being Ryff, C., 1989, tradução e adaptação de Novo, 2004). Esta escala divide-se em seis dimensões autonomia, domínio do meio (competências para lidar e criar capacidades para intervir ou modificar os contextos em que vive), crescimento pessoal, relações positivas

com os outros, objetivos na vida e aceitação de si. Para esta investigação foi utilizada a versão reduzida deste instrumento com 18 itens (versão alargada contém 120), é uma escala de *Likert*, as opções de resposta variam entre 1 (“Discordo completamente”) e 6 (“Concordo completamente”). Dos itens que constituem o instrumento, 8 são invertidos e os outros 10 são cotados positivamente. A versão portuguesa desta escala apresenta um Alpha de Cronbach de 0.94 (Novo, Neto & Marcelino, 2006).

Questionário Final de Sessão – este questionário foi elaborado com o intuito de recolher o *feedback* dos participantes no momento correspondente ao final da sessão de intervenção. Este questionário é uma escala tipo *Likert* com opções de resposta que variam entre “1 = Nada satisfeito” e “5 = Muito satisfeito”. Deste questionário também fazer parte algumas perguntas abertas para recolher informações acerca da experiência de cada participante e sugestões de melhorias.

Questionário Final de Processo – este questionário serve como uma medida de *follow-up* dos participantes que realizaram a intervenção, uma vez que é recolhido duas semanas após a segunda sessão de intervenção. O questionário é uma escala tipo *Likert* com opções de resposta que variam entre “1 = Nada satisfeito” e “5 = Muito satisfeito”, no entanto é também composto por perguntas abertas que exploram a utilidade da intervenção, a satisfação da intervenção, as vantagens e desvantagens da intervenção e sugestões de melhoria.

Os instrumentos foram aplicados nos momentos indicados na tabela 2.

Tabela 2 – Momentos de aplicação dos diferentes instrumentos de avaliação

	T0	T1	T2	T3	T4	T5
Escala de Afetos Positivos e Negativos (PANAS)		x	x	x	x	x
FSCRS - Escala das formas de autocriticismo e autotranquilização		x	x	x	x	x
CORE-OM – avaliação dos resultados da intervenção psicológica dirigida a questões de saúde mental		x		x		x
CORE-10	x					
Patient Health Questionnaire (PHQ-9)	x	x		x		x
Generalised Anxiety Disorder Assessment (GAD-7)	x	x		x		x
Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP)		x				x
Escala de Autoestima de Rosenberg		x				x
Questionário Sócio-demográfico	x					
Perguntas de triagem	x					
Questionário de final de sessão			x		x	
Questionário de final de processo						x

Procedimentos de Treino dos Investigadores

O treino foi dividido em dois momentos, um momento desenvolvido em grupo e um momento individual de treino com a autora deste estudo.

As tarefas desenvolvidas em grupo abrangeram um período de duas semanas, com um total de 15 horas. No momento em grupo, as monitoras do presente estudo bem como a colega doutoranda que auxiliou toda a fase prática da investigação e colegas mestrandos e autores de outros projetos de investigação, tiveram um momento de análise pormenorizada de cada tarefa pertencente a cada estudo, no caso da presente dissertação a Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras.

Adicionalmente, e de modo distinto ao ocorrido no trabalho de Massa (2021), no decorrer do treino individual, a presente autora realizou ao longo de duas semanas, em dois momentos distintos, um *role-play* da Tarefa de Duas Cadeiras, onde desempenhou o papel de cliente. O treino consistiu ainda em treinar a colocação de voz e leitura das instruções da tarefa para, posteriormente gravar um áudio com essas mesmas instruções,

que seria facultado aos participantes de modo que estes pudessem utilizá-lo como guião para uma prática autónoma em casa.

Na fase final do treino, foi gravado um vídeo de um *role-play*, onde a doutoranda desempenhou o papel de terapeuta e a presente autora desempenhou o papel de cliente, esse vídeo foi gravado com o objetivo de ser facultado no decorrer das sessões de modo a clarificar e exemplificar a Tarefa de Duas Cadeiras aos participantes. O treino individual fez um total de 10 horas.

Procedimentos

Quer na recolha inicial, ocorrida em 2021, quer na de 2022, a amostra foi constituída por conveniência e bola de neve, i.e., os indivíduos previamente selecionados convidaram novos participantes da sua rede de conhecidos. O procedimento foi iniciado através do contacto com os alunos da Universidade da Maia, bem como com ações de divulgação (por exemplo, redes sociais), a partir de uma breve descrição do estudo.

Em 2021, foram incluídos cinco participantes. Contudo, inscreveram-se inicialmente oito participantes, significando, deste modo, a existência de três desistências, ainda em fase inicial do estudo (antes de iniciar a intervenção). Todos os participantes eram do sexo feminino e foram constituídos dois grupos de intervenção (grupo 1 e 2).

Em 2022, 10 pessoas mostraram-se disponíveis para participar no presente estudo. Os participantes tal como foi mencionado anteriormente, foram aleatorizados em dois grupos (controlo e experimental) tendo-lhes sido atribuído um código de identificação (AC_XXX, pseudoanónimo), o primeiro momento de avaliação, denominado de T0, ocorreu após a entrevista de triagem. Verificou-se, posteriormente, a desistência de 3 participantes no grupo de controlo, inviabilizando a constituição de um grupo de controlo minimamente adequado. Foi assim constituído um grupo de intervenção (grupo 3).

Após a inclusão no projeto, foram realizadas as questões de triagem (T0) para resposta online, bem como a assinatura do Consentimento Informado de Participação no Estudo.

Uma semana após o preenchimento do Questionário T0, realizou-se a primeira sessão do projeto via Zoom. Momentos antes da sessão iniciar foi enviado via e-mail um novo questionário, correspondente ao momento T1. Na fase inicial da sessão as monitoras e os participantes fizeram uma breve apresentação, onde estes expunham quais as suas expectativas face à intervenção. Procedeu-se à introdução do projeto, onde foram explicadas as regras acerca do anonimato, privacidade e assiduidade. Após a introdução fez-se uma breve referência ao conceito da Autocrítica, seguindo a apresentação de um vídeo de simulação da tarefa de Duas Cadeiras entre as monitoras, como forma de exemplificar o exercício. Após a exemplificação da tarefa, as monitoras esclareceram possíveis dúvidas que pudessem ter surgido com a visualização do vídeo e os participantes deram início à realização autónoma da tarefa. Em 2022, a tarefa foi guiada através do áudio previamente feito pela autora deste trabalho; em 2021, foram lidas as instruções em voz alta pela monitora. Após a realização autónoma da tarefa cada participante deu um *feedback* de como se sentiu a realizar a tarefa e foi-lhes solicitado que a realizassem em média 2 a 3 vezes por semana até à sessão seguinte. Aquando do término da sessão 1, a investigadora facultou aos participantes o áudio previamente utilizado (apenas em 2022) e instruções em pdf (2021 e 2022) e, foi enviado um novo questionário via mail, questionário esse que tinha como objetivo recolher o *feedback* relativo à sessão.

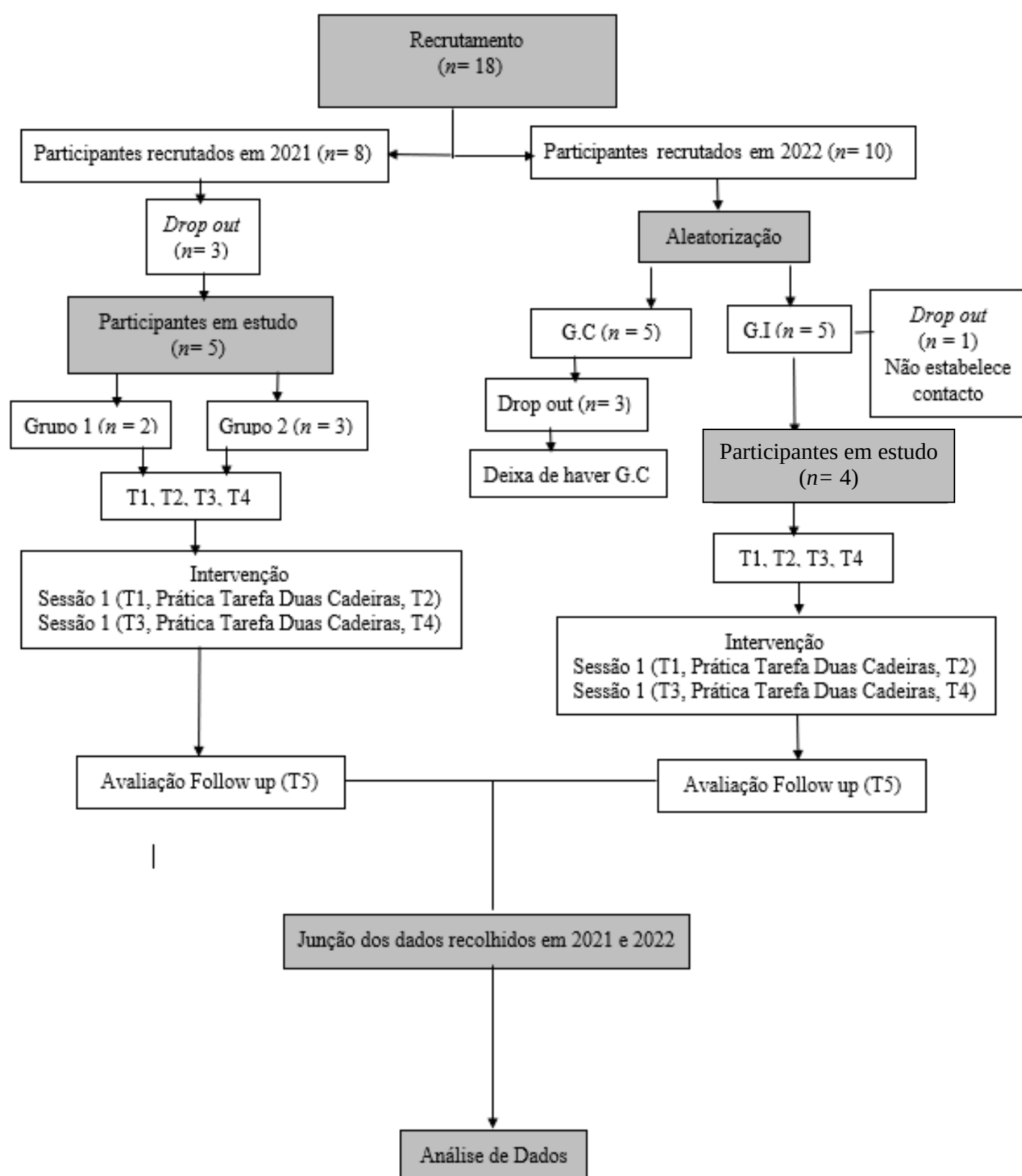
A segunda sessão aconteceu uma semana após a primeira sessão, momentos antes de dar início à sessão os participantes responderam a um novo questionário, correspondente ao momento de avaliação T3. A parte inicial da sessão foi utilizada para relembrar as regras relativas ao anonimato, assiduidade e confidencialidade, e recolher

um *feedback* acerca da aplicação da Tarefa de Duas Cadeiras de forma autónoma em casa, como pedido anteriormente. Voltou a aplicar-se a tarefa com o auxílio do áudio gravado pela investigadora na fase de treino, seguindo-se de um novo *feedback* face à aplicação por parte dos participantes. Na fase final da sessão os participantes foram lembrados da importância da aplicação da tarefa em momentos de vulnerabilidade gerados pela autocritica e de que poderiam utilizar sempre que quisessem os materiais fornecidos na primeira sessão. A segunda sessão foi finalizada com o preenchimento do questionário T4, para *feedback* da utilidade e satisfação face à sessão.

O último momento de avaliação (T5), ocorreu duas semanas após a realização da segunda sessão, este momento serviu como um *follow up* e *feedback* do processo.

Os dados recolhidos para avaliar a eficácia da Tarefa de Duas Cadeiras em grupo foram recolhidos em cinco momentos distintos: T0 – após triagem, T1 – antes da primeira sessão, T2 - imediatamente após a primeira sessão, T3 – antes da segunda sessão, T4 – imediatamente após a segunda sessão e T5 – *follow up* duas semanas após a segunda sessão, sempre tendo por base a calendarização protocolada.

Gráfico 1 – Fluxograma



Procedimentos de Análise de Dados

Para proceder à análise e tratamento de dados utilizou-se o programa Microsoft Excel versão 16.65 e Jamovi versão 2.3.17 para o software Windows. Foram utilizadas estatísticas descritivas para responder aos objetivos quantitativos, nomeadamente o cálculo da média, desvio padrão, RCI e magnitude do efeito (*Cohen's d*) e ainda para analisar os resultados face à eficácia global (T1-T5) e intrasessão (T1-T2 e T3-T4). Relativamente à análise dos dados qualitativos, correspondente às respostas dos participantes nos momentos de avaliação T2, T4 e T5 utilizou-se a análise temática (Braun & Clarke, 2006).

Resultados

Adesão dos Participantes

No que diz respeito aos resultados face à adesão dos participantes aos procedimentos de investigação e de intervenção,

Em 2021, foram recrutados no total 8 participantes, antes do início da intervenção foram identificadas 3 desistências, a amostra ficou deste modo reduzida a 5 participantes que ficaram divididos em dois grupos de intervenção. Ao longo da intervenção não foi identificada nenhuma desistência.

Em 2022, no grupo de controlo, 3 participantes deixaram de responder aos momentos de avaliação (1 pessoa no momento T1 e 2 pessoas no momento T3). Uma vez que apenas duas pessoas responderam continuamente aos momentos de avaliação, a amostra tornou-se demasiado pequena. O grupo de intervenção, também constituído inicialmente por cinco participantes, ficou reduzido a apenas a três participantes aquando da sessão 1. Essa redução da amostra é justificada pela desistência de uma participante no dia da sessão 1, sendo que esta não estabeleceu contacto para a sessão e não justificou a sua desistência. A segunda participante por motivos pessoais não conseguiu estar

presente na primeira sessão de grupo, pelo que foi remarcada uma sessão individual com a mesma dias depois. Para cumprimento do protocolo o momento de avaliação T5 foi recolhido posteriormente à análise de dados e, além disso, a prática de uma sessão individual também criaria ruído na análise, pelo que se optou pela exclusão dos resultados desta participante neste projeto. Os participantes que participaram nas sessões de intervenção mostraram interesse e curiosidade face à Tarefa de Duas Cadeiras, revelando que esta experiência foi satisfatória e enriquecedora.

Análise Quantitativa

Caraterização dos Resultados Iniciais

Tabela 3 – Caraterização da amostra no momento de avaliação inicial – T0

Participante	CORE 10	PHQ9	GAD7	Grupo
AC_008	9	4	3	Grupo 3
AC_009	2	1	9	
AC_010	11	7	5	
B001	8	7	6	Grupo 1
B003	9	5	6	
B101	2	1	0	Grupo 2
B102	3	1	2	
B103	14	8	8	

Os resultados obtidos por participante no momento inicial (T0) de avaliação para o PHQ9 (sintomatologia depressiva) foram maioritariamente considerados médios baixos, correspondendo a um carácter de sintomatologia ligeira, à exceção dos participantes AC_008, AC_009, B101 e B102 que apresentam sintomatologia subclínica. Relativamente ao questionário que avalia a sintomatologia ansiógena (GAD7), a maioria dos resultados corresponde a sintomatologia ansiógena ligeira, no entanto, os participantes AC_008, B101 e B102 obtiveram resultados correspondentes a

sintomatologia ansiógena subclínica. No instrumento de avaliação CORE-10, utilizado para uma triagem clínica global e comportamentos de risco, os participantes AC_010 e B103 apresentam sintomatologia ligeira, os restantes apresentam sintomatologia subclínica.

Tabela 4 – Caraterização da amostra no momento de início da intervenção - T1

		Média	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo
	CORE-OM	5.4	3.3	0.6	8.5
	PHQ-9	4	2.8	1	9
	GAD-7	3.2	2.3	1	7
PANAS	AP	30.8	8.2	17	40
	AN	14.6	3.5	10	20
	EBEP	73.86	15.39	54	98
	AE	47.88	5.99	41	59
	EI	15.9	8.5	1	25
FSCRS	ET	21.6	4.8	14	30
	ED	1.88	2.2	0	6

Nota: AP – Afetos Positivos; AN – Afetos Negativos; AE – Autoestima; EI – Eu Inadequado; ET – Eu Tranquilizador; ED – Eu Detestado.

Na tabela 4 estão apresentados os resultados médios e desvios padrão no momento inicial de avaliação (T1). Os participantes obtiveram valores subclínicos e ligeiros no CORE-OM ($m= 5.4$; $DP= 3.3$), o mesmo é observável para o PHQ-9 ($m= 4$; $DP= 2.8$) e GAD-7 ($m= 3.2$; $DP= 2.3$). No PANAS os valores médios dos Afetos Positivos ($m= 30.8$, $DP= 8.2$) são superiores aos dos Afetos Negativos ($m= 14.6$; $DP= 3.5$). Os resultados para as escalas do Bem Estar Psicológico ($m= 73.86$; $DP= 15.39$) e escala de Autoestima ($m=47.88$; $DP= 8.5$) são considerados favoráveis. A subescala Eu Tranquilizador ($m= 21.6$; $DP= 4.8$) da FSCRS apresenta valores médios superiores ao Eu Detestado ($m= 15.9$; $DP= 8.5$).

Caracterização dos Efeitos Intrasessão para a Escala FSCRS

Tabela 5 – Estatística descritiva intrasessão T1-T2 das subescalas FSCRS

Subescala	Momento de avaliação	Média	Desvio Padrão	Cohen's d
Eu Inadequado	T1	16.0	8.6	.67
	T2	13.8	9.7	
Eu Tranquilizador	T1	20.9	4.7	.88
	T2	23.0	4.1	
Eu Detestado	T1	2.26	2.7	.40
	T2	1.88	1.96	

Para a subescala Eu Inadequado é notória uma diminuição dos resultados no momento de avaliação T1 ($m = 16$; $DP = 8.6$), comparativamente aos resultados no momento de avaliação T2 ($m = 13.8$; $DP = 9.7$). O tamanho do efeito intrasessão para esta subescala é considerado médio (*Cohen's d* = .67). Relativamente à subescala Eu Tranquilizador, o momento de avaliação T1 ($m = 20.9$; $DP = 4.7$) apresenta valores inferiores aos apresentados no momento de avaliação T2 ($m = 23$; $DP = 4.1$), observando-se deste modo um aumento dos resultados. O tamanho do efeito intrasessão para esta subescala é considerado elevado (*Cohen's d* = .88). O momento de avaliação T1 ($m = 2.26$; $DP = 2.7$) para a subescala Eu Detestado da Escala FSCRS, apresenta valores superiores ao momento de avaliação T2 ($m = 1.88$ $DP = 1.96$). O tamanho do efeito intrasessão para esta subescala é considerado entre o pequeno e médio (*Cohen's d* = .40).

Tabela 6 – Estatística descritiva T3-T4 das subescalas FSCRS

Subescala	Momento de avaliação	Média	Desvio Padrão	Cohen's d
Eu Inadequado	T3	13.8	8.5	.19
	T4	14.8	10.9	
Eu Tranquilizador	T3	20.9	4.7	.23
	T4	23.0	4.1	
Eu Detestado	T3	1.0	1.5	.28
	T4	1.5	2.1	

O momento de avaliação T3 ($m = 13.8$; $DP = 8.5$) para a subescala Eu Inadequado da Escala FSCRS, apresenta valores superiores ao momento de avaliação T4 ($m = 14.8$ $DP = 10.9$). O tamanho do efeito intrasessão para esta subescala é considerado pequeno ($Cohen's d = .19$). Para a subescala Eu Tranquilizador da Escala FSCRS, é notória um aumento dos resultados no momento de avaliação T3 ($m = 20.9$; $DP = 4.7$), comparativamente aos resultados no momento de avaliação T4 ($m = 23$; $DP = 4.1$). O tamanho do efeito intrasessão para esta subescala é considerado pequeno ($Cohen's d = .23$). Relativamente à subescala Eu Detestado da Escala FSCRS, o momento de avaliação T3 ($m = 1$; $DP = 1.5$) apresenta valores inferiores aos apresentados no momento de avaliação T4 ($m = 1.5$; $DP = 2.1$), observando-se deste modo um aumento dos resultados. O tamanho do efeito intrasessão para é considerado pequeno ($Cohen's d = .28$).

Resultados da Escala FSCRS por participante de T1 a T5

Gráfico 2 – Resultados de T1 a T5 por participante na subescala Eu Inadequado

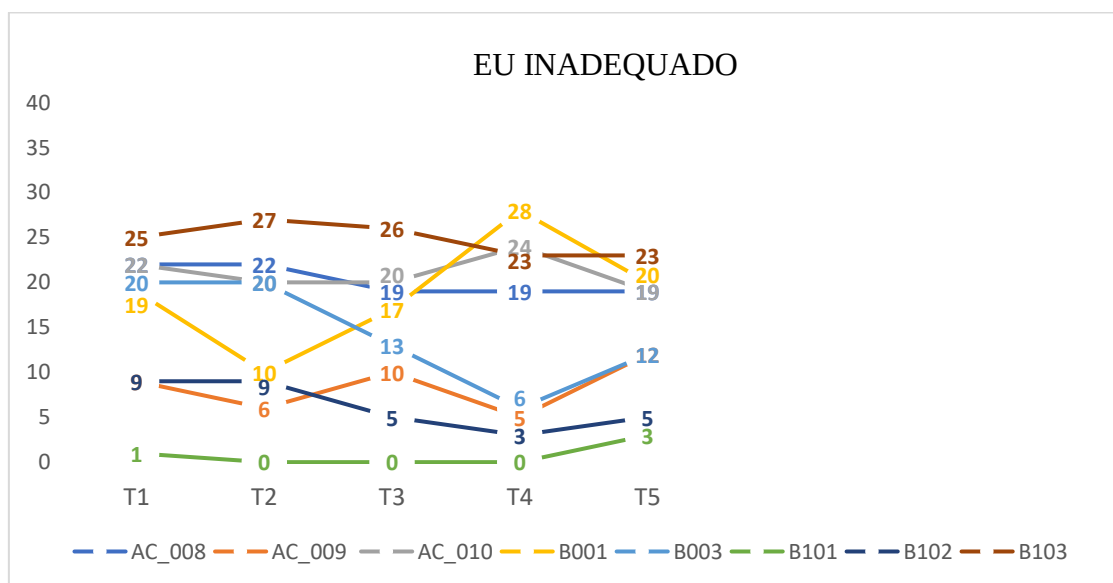


Gráfico 3 - Resultados de T1 a T5 por participante na subescala Eu Tranquilizador

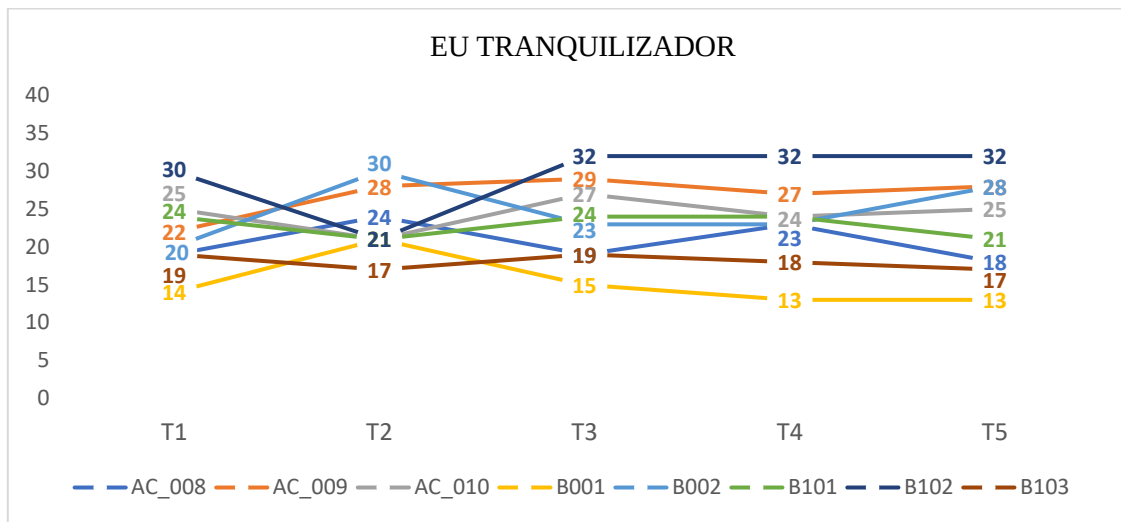
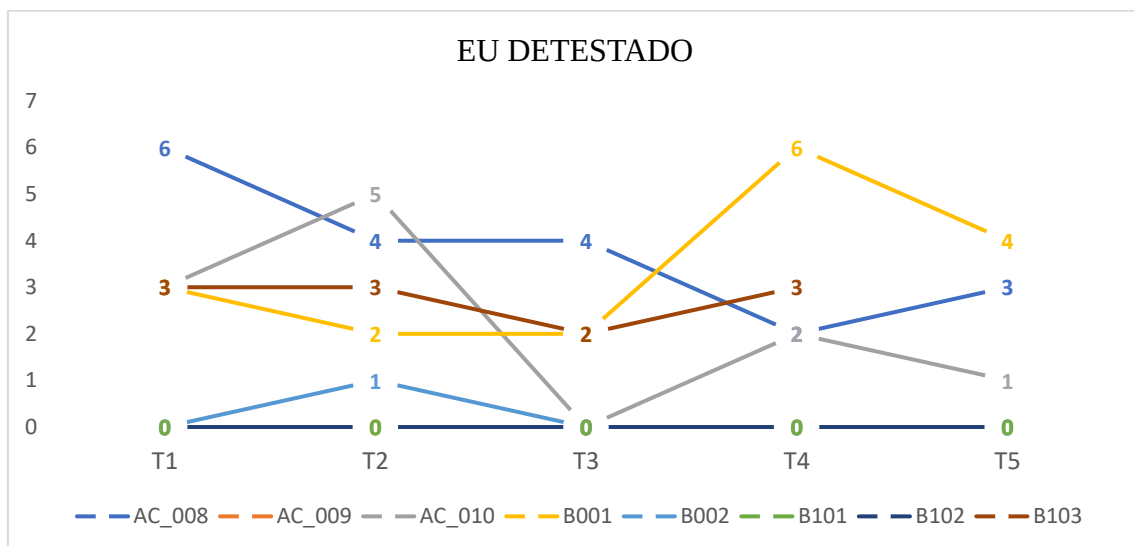


Gráfico 4 - Resultados de T1 a T5 por participante na subescala Eu Detestado



Utilizou-se o *Reliable Change Index* (RCI) - Índice de Mudança Confiável (tabela 7), para analisar se as mudanças ocorridas entre T1 e T5 foram fiáveis. Na subescala Eu Inadequado os valores do RCI são de 7.40, na subescala Eu Tranquilizador de 4.75 e na subescala Eu Detestado de 6.14.

Tabela 7 – Resultados de acordo com o RCI por participante nas subescalas da Escala FSCRS

Participante	RCI	Pre-Post Change	Reliable Change
AC_008	Eu Inadequado 7.40	- 4	Diminuição não fiável
AC_009		+ 3	Aumento não fiável
AC_010		- 3	Diminuição não fiável
B001		+ 1	Aumento não fiável
B003		- 8	Diminuição fiável
B101		+ 3	Aumento não fiável
B102		- 4	Diminuição não fiável
B103		- 2	Diminuição não fiável
AC_008	Eu Tranquilizador 4.75	- 1	Diminuição não fiável
AC_009		+ 6	Aumento fiável
AC_010		0	Sem mudanças
B001		- 1	Diminuição não fiável
B003		+ 8	Aumento fiável
B101		- 3	Diminuição não fiável
B102		+ 2	Aumento não fiável
B103		- 2	Diminuição não fiável
AC_008	Eu Detestado 6.14	- 3	Diminuição não fiável
AC_009		0	Sem mudanças
AC_010		-2	Diminuição não fiável
B001		+ 1	Aumento não fiável
B003		0	Sem mudanças
B101		0	Sem mudanças
B102		0	Sem mudanças
B103		- 1	Diminuição não fiável

No que diz respeito aos resultados por participante, na subescala Eu Inadequado (Gráfico 2), cinco participantes apresentam uma diminuição e três um aumento, mas apenas uma das mudanças é considerada fiável (a do participante B003).

Na subescala Eu Tranquilizador (Gráfico 3), um dos participantes (AC_010) não sofreu mudanças; quatro participantes apresentam uma diminuição e três um aumento, sendo que apenas um destes aumentos é considerado fiável (B003).

Relativamente à subescala Eu Detestado (Gráfico 4), quatro participantes não sofreram mudanças, três participantes sofreram uma diminuição e apenas uma participante sofreu um aumento. Nenhum dos participantes apresenta resultados de mudança fiáveis.

Descrição dos resultados da medida FSCRS entre T1 e T5

Tabela 8 – Resultados de T1 a T5 nas subescalas da Escala FSCRS

Subdimensão	Momento	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão	<i>Cohen's d</i>
Eu Inadequado	T1	1	25	15.9	8.5	.38
	T2	0	27	13.8	9.7	
	T3	0	26	13.8	8.5	
	T4	0	28	14.8	10.7	
	T5	3	23	14.4	7.6	
Eu Tranquilizador	T1	14	30	21.6	4.8	.41
	T2	17	30	23.4	4.4	
	T3	15	32	23.5	5.7	
	T4	13	32	23.0	5.7	
	T5	13	32	23.1	6.5	
Eu Detestado	T1	0	6	1.88	2.2	.48
	T2	0	5	1.88	1.96	
	T3	0	4	1.0	1.5	
	T4	0	6	1.5	2.1	
	T5	0	4	1.3	1.6	

Na tabela 8 estão apresentados os resultados da Escala FSCRS, calculados entre o momento de avaliação inicial (T1) e o momento de avaliação final (T5). Na subescala Eu Inadequado é visível uma diminuição geral da média entre T1 ($m=15.9$; $DP= 8.5$) e T5 ($m=14.4$; $DP= 7.6$). O tamanho do efeito obtido nesta subescala é considerado entre o moderado e baixo (*Cohen's d*=.38), no sentido desejado.

Na subescala Eu Tranquilizador, é observável um aumento geral da média entre T1 ($m= 21.6$; $DP= 4.8$) e T5 ($m= 23.1$; $DP= 6.5$). mudança obtida nesta subescala é considerada pequena a moderada, mas no sentido desejado (*Cohen's d*=.41).

Por fim, na subescala Eu Detestado, é visível uma diminuição de T1 ($m= 1.88$; $DP= 2,2$) para T5 ($m= 1.3$; $DP= 1.6$). O tamanho do efeito obtido é considerado muito próximo do moderado (*Cohen's d*=.48).

Descrição dos Resultados entre T1 e T5 nas medidas de avaliação secundárias

Tabela 9 – Resultados CORE-OM em T1, T3 E T5

Momento	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão	<i>Cohen's d</i>
T1	0.6	8.5	5.4	3.3	.14
T3	0.6	11.8	5.5	4.2	
T5	0.9	12.1	4.9	4.4	

O instrumento de avaliação CORE-OM (tabela 9) apresenta uma diminuição do momento T1 ($m= 8.5$; $DP= 3.3$) comparativamente ao momento T5 ($m= 4.9$; $DP= 4.4$). O tamanho do efeito é considerado muito pequeno (*Cohen's d*= .14)

Tabela 10 – Resultados GAD-7 em T1, T3 e T5

Momento	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão	<i>Cohen's d</i>
T1	1	7	3.2	2.3	.34
T3	0	7	3.7	3.45	
T5	0	12	3.1	4.15	

Relativamente à escala GAD-7 (tabela 10), que avalia sintomatologia ansiógena, é possível observar uma diminuição da média de T1 ($m = 3.2$; $DP = 2.3$) comparativamente ao momento T5 ($m = 3.1$; $DP = 4.15$). O tamanho do efeito é considerado entre o pequeno e moderado (*Cohen's d* = .34).

Tabela 11 – Resultados PHQ-9 em T1, T3 e T5

Momento	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão	<i>Cohen's d</i>
T1	1	8	4	2.8	.87
T3	0	10	3	3.5	
T5	0	7	2	2.7	

A escala PHQ-9 (tabela 11) sofreu uma diminuição de T1 ($m = 4$; $DP = 2.8$) para T5 ($m = 2$; $DP = 2.7$). A mudança sofrida vai de acordo com o que é desejado, o tamanho do efeito obtido é considerado elevado (*Cohen's d* = .87).

Tabela 12 – Resultados da Escala de Autoestima em T1 e T5

Momento	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão	<i>Cohen's d</i>
T1	42	59	47.88	5.99	.34
T5	46	60	49.38	6.78	

Na escala de autoestima (tabela 12) pode-se observar um aumento dos valores do momento T1 ($m = 47.88$; $DP = 5.99$) para o momento T5 ($m = 49.38$; $DP = 6.78$). O tamanho do efeito é considerado moderadamente pequeno (*Cohen's d* = .34).

Tabela 13 – Resultados EBEP em T1 e T5

Momento	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão	<i>Cohen's d</i>
T1	71	98	73.86	15.39	1.12
T5	77	101	81.75	12.30	

Na escala de Bem-Estar Psicológico (tabela 13) é possível observar um aumento entre T1 ($m = 73.86$; $DP = 15.39$) e T5 ($m = 81.75$; $DP = 12.30$). O tamanho do efeito é considerado elevado (*Cohen's d* = 1.12).

Tabela 14 – Resultados PANAS em T1, T3 e T5

Subdimensão	Momento	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão	Cohen's <i>d</i>
Positivo	T1	17	37	30.8	8.2	.6
	T3	21	40	34.3	5.9	
	T5	19	50	35.3	9.2	
Negativo	T1	10	20	14.6	3.5	.5
	T3	10	28	14.4	6.2	
	T5	10	24	12.9	4.7	

Relativamente aos resultados do PANAS, para os afetos positivos é visível um aumento de T1 ($m = 30.8$; $DP = 9.2$) comparativamente a T5 ($m = 35.3$; $DP = 9.2$). O tamanho do efeito é considerado médio ($Cohen's d = .6$). Em relação aos afetos negativos é notória uma diminuição em T1 ($m = 14.6$; $DP = 3.5$) comparativamente a T5 ($m = 12.9$; $DP = 4.7$). O tamanho do efeito é considerado médio ($Cohen's d = .5$).

Tabela 15 – Utilidade e Satisfação nos momentos T2, T4 e T5

Participante	Utilidade			Satisfação		
	T2	T4	T5	T2	T4	T5
AC_008	5	5	4	5	5	5
AC_009	5	5	5	5	5	4
AC_010	5	5	4	5	5	4
B001	2	3	3	2	4	3
B003	3	4	4	3	4	4
B101	4	3	4	4	4	4
B102	4	4	4	4	4	4
B103	3	4	4	3	4	4

No geral, os participantes consideram a utilidade da tarefa entre “*bastante útil*” e “*muito útil*”. No que diz respeito à satisfação, a maioria dos participantes considera a tarefa “*bastante útil*” e “*muito útil*”.

Análise Qualitativa

Para analisar as respostas dos participantes do estudo relativas às questões abertas foi utilizada a análise temática. Foi feita uma codificação dos diferentes tópicos identificados nas respostas e posteriormente uma recodificação dos temas. As questões

colocadas no final das sessões e do processo de intervenção tinham como objetivo recolher dados qualitativos acerca sua satisfação, da utilidade da realização da Tarefa de Duas Cadeiras bem como a experiência da aplicação da tarefa, vantagens e desvantagens do estudo e por fim sugestões de melhoria.

Tabela 16 – *Temas e Subtemas da análise qualitativa*

Tema	Subtema
Utilidade	Autoconhecimento
	Desenvolvimento Pessoal
	Atribuição de Novos significados
	Reflexão
Satisfação	Consciencialização
	Compreensão/Reflexão
	Relevância Pessoal
Experiência	Ativação Emocional
	Acessibilidade da Tarefa
	Desenvolvimento Pessoal
	Duração da Intervenção

Utilidade

No que diz respeito à utilidade da intervenção, a aplicação da Tarefa de Duas Cadeiras permitiu aos participantes um aumento do Autoconhecimento (e.g., *“ajudou-me a perceber melhor problemas/pensamentos que tinha dentro de mim que eram inconscientes e que me faziam não evoluir”*; *“maior autoconhecimento pessoal”*; *“... faz com que pensemos nas nossas críticas...”*); Desenvolvimento Pessoal (e.g., *“processo de desenvolvimento pessoal”*); Atribuição de Novos Significados (e.g., *“...dar-nos alternativas e soluções para amenizar alguns dos problemas.”*; *“... ajudou-me a saber agir comigo própria e com as minhas autocríticas”*) e Reflexão (e.g., *“ter ajudado a pensar e refletir sobre alguns aspetos..”*; *“...faz com que pensemos nas nossas críticas”*; *“...percebi a razão deles existirem”*).

Satisfação

Relativamente ao tema satisfação, os subtemas identificados através da análise quantitativa passam pela Consciencialização (e.g., *“Ajudou a reconhecer alguns aspetos de mim mesma”*; *“ajuda a nos conhecermos melhor”*); Compreensão/Reflexão (e.g., *“...acredito ter percebido todas as etapas do processo”*; *“gostei de saber de onde vinha tantas autocríticas”*) e Relevância Pessoal (e.g., *“Foi bastante importante para mim”*; *“Fiquei muito satisfeito com a experiência, foi importante”*).

Experiência

Na abordagem do subtema experiência, também foram analisadas as vantagens e desvantagens, bem como as sugestões apontadas pelos participantes. Relativamente à experiência, os subtemas apontados foram a Ativação Emocional (e.g., *“pode potenciar nas pessoas alguma ativação emocional”*) e Acessibilidade da tarefa (e.g., *“ser rápido e de fácil compreensão”*; *“...poder fazer ao nosso tempo e sem a pressão do tempo”*; *“É perfeitamente possível e exequível com os materiais disponibilizados”*)

As vantagens apontadas passam pelo Desenvolvimento Pessoal (e.g., *“...depois disso só consigo pensar em levar as questões no meu próprio processo”*) e as desvantagens estão relacionadas com a Duração da Intervenção (e.g., *“o tempo de intervenção é curto”*). A única recomendação apontada remete ao alargamento do tempo de intervenção (e.g., *“Alargar o tempo de intervenção”*).

Discussão

O presente estudo tinha como objetivos específicos: (1) verificar a adequação dos protocolos utilizados; (2) analisar sumariamente os resultados obtidos qualitativa e quantitativamente. Relativamente ao primeiro objetivo pré-estabelecido, os resultados recolhidos parecem corroborar a ideia de que os protocolos de intervenção utilizados são adequados para a Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras, já que houve adesão às sessões. Porém, o presente estudo apresenta uma maior percentagem de desistências ($n= 6$) comparativamente ao realizado por Massa (2021) que contou apenas com três desistências. No presente estudo podemos referir que a percentagem de *dropouts* foi considerável, sobretudo antes da intervenção. Isto alerta-nos para dois aspetos: primeiro, estudos de maior escala deverão prever uma taxa de desistência desta ordem de grandeza (cerca de 50%); depois, esta constatação também nos alerta para a eventual necessidade de ter um grupo de controlo diferente de uma lista de espera, para diminuir a perda de participantes.

No que diz respeito ao segundo objetivo específico, foram utilizadas medidas quantitativas para analisar o tamanho do efeito da intervenção, a eficácia global e intrasessão. Relativamente ao efeito da intervenção baseada na Tarefa de Duas Cadeiras, foi realizada uma análise pré e pós intervenção (T2 e T4), mas também uma avaliação de *follow up* duas semanas após a intervenção (T5). Os resultados face ao efeito da intervenção para a medida de avaliação principal (FSCRS) mostram que nas diferentes subescalas (Eu Inadequado, Eu Tranquilizador e Eu Detestado) o tamanho do efeito é considerado entre o pequeno e moderado, sendo que as mudanças obtidas ocorreram no sentido desejado. Tendo em conta que estamos a trabalhar com uma amostra com problemas subclínicos e pequena, estes resultados são apoiantes da viabilidade e utilidade do protocolo em uso.

Os resultados intrasessão foram superiores na sessão 1 comparativamente aos da sessão 2. Estes resultados podem estar relacionados com o impacto que a tarefa teve inicialmente nos participantes (aquando da sessão 1), visto que era a primeira vez que estavam a realizar este tipo de intervenção.

Comparando estes resultados com o estudo de Massa (2021), o panorama é semelhante. No que diz respeito aos resultados da escala de avaliação FSCRS, em ambos os estudos é visível ao longo da intervenção uma diminuição nas subescalas Eu Inadequado e Eu Detestado e um aumento na subescala Eu Tranquilizador. Relativamente aos instrumentos aplicados para avaliar a saúde mental CORE-OM, PHQ-9 e GAD-7 é comum nos dois estudos uma diminuição dos resultados, sendo o tamanho do efeito mais elevado no instrumento PHQ-9. Os índices de autoestima e bem-estar aumentaram ao longo da intervenção quer no estudo desenvolvido em 2021 quer no presente estudo. Quanto à análise qualitativa, em ambos os estudos o *feedback* relativo à utilidade e satisfação da intervenção foi positivo.

O presente estudo vai ainda de encontro com a ideia pré-estabelecida num estudo anteriormente desenvolvido por Shahar et al. (2012) de que uma intervenção dirigida à autocrítica sustentada pela Tarefa de Duas Cadeiras tem eficácia. Os resultados obtidos para a Escala FSCRS e suas subescalas corroboram também outros estudos realizados (Greenberg & Webster, 1982; Greenberg, 1983; Shahar et al., 2012; Stiegler et al., 2017).

Porém, a literatura também defende que é possível em alguns pacientes, nas fases intermédias de uma intervenção haver resultados menos favoráveis, resultados esses que podem ser explicados pela presença outras dificuldades de processamento emocional ou pela ativação emocional (Elliott & Greenberg, 2007; 2005; Holmes & Mathews, 2010; Stiegler, et al., 2017;). Um dos participantes corrobora a ideia anteriormente mencionada,

tendo revelado um aumento dos níveis de autocrítica entre o momento inicial e o final da intervenção.

As medidas de avaliação secundárias utilizadas focaram-se no bem-estar, na autoestima, nos afetos positivos e negativos e na saúde mental. O tamanho do efeito no instrumento que avalia a sintomatologia ansiógena (GAD-7) é considerado moderadamente pequeno, no entanto a mudança ocorre no sentido desejado, com diminuição da sintomatologia ansiógena. Relativamente à sintomatologia depressiva (PHQ-9), é visível uma diminuição significativa, sendo o tamanho do efeito neste domínio elevado. No instrumento de avaliação CORE-OM a diminuição de resultados não é tão visível como nas outras medidas de avaliação; porém, apesar do tamanho do efeito ser pequeno, progride no sentido desejado. No que diz respeito ao PANAS, a subdimensão positiva sofreu um aumento dos resultados médios no momento final de intervenção, e a subdimensão negativa sofreu uma diminuição, sendo que ambas as escalas revelam uma mudança desejada. A escala que mede a autoestima revelou resultados médios que vão de encontro ao desejado, com um tamanho do efeito moderadamente pequeno. Por fim, a escala de bem estar (EBEP) apresenta um tamanho do efeito desejado, o que significa que os níveis médios de bem-estar no momento inicial de intervenção aumentaram ao longo da mesma, de acordo com o desejado.

Tendo em conta que de um modo geral, a sintomatologia ansiógena e depressiva diminui com a aplicação da Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras, estes resultados validam estudos anteriores, que sustentam a ideia de que esta tarefa é eficaz na redução de sintomas psicopatológicos (Shahar, et al., 2012; Stiegler, et al., 2017; Greenberg & Webster, 1982).

A análise qualitativa do presente estudo permitiu perceber de que modo a opinião dos participantes clarifica a utilidade da tarefa. Em média, os participantes consideraram

a tarefa muito útil e estavam muito satisfeitos com a intervenção, justificando que a participação no presente estudo foi enriquecedora e que a tarefa permite ao longo do tempo alcançar uma maior autonomia na sua aplicação, um maior desenvolvimento pessoal e autoconhecimento. É importante referir que os participantes sentiram uma maior segurança e suporte com o auxílio das monitoras ao longo das sessões, o que corrobora a ideia de que uma boa aliança terapêutica não só é importante como permite que haja um processamento emocional mais profundo (Hovarth, 2005).

Os dados recolhidos ao longo do estudo permitem concluir que este é exequível e que a participação na intervenção de um modo geral demonstra eficácia face aos distintos resultados obtidos. Houve, no geral, uma diminuição da sintomatologia depressiva, ansiógena bem como dos níveis de autocrítica e um aumento do bem-estar, autoestima, dos afetos positivos e dos níveis de autotranquilização. Os resultados não evoluíram em todos os participantes da mesma forma, no entanto a visão global é positiva.

De um modo geral, ambos os estudos apresentam resultados idênticos referentes à aplicação dos diferentes instrumentos e ao *feedback* da intervenção, o que revela que os protocolos utilizados são adequados para o efeito pretendido.

Conclusão

A investigação relativa à autocrítica tem crescido ao longo dos anos uma vez que esta tem um grande impacto na vida de quem a experiencia. A autocrítica remete para um realce exagerado dos erros cometidos e sentimentos de vergonha e inferioridade (Bailey et al., 2020; Halamová et al., 2018; Kannan & Levitt, 2013).

Os resultados obtidos através deste estudo sugerem que a diminuição dos níveis gerais de autocrítica são justificados pela Intervenção baseada na Tarefa de Diálogo de Duas Cadeiras. Os resultados gerais obtidos não refletem os resultados individuais, uma vez que nem todos os participantes atingiram a mudança de igual forma.

De um modo geral, o *feedback* dados pelos participantes face à sua experiência nas duas sessões de intervenção bem como na prática autónoma em casa é positivo. A experiência foi considerada impactante, mas muito enriquecedora e acessível.

As limitações apresentadas no presente estudo são relativas ao número reduzido da amostra e a inexistência de um grupo de controlo para comparar os dados obtidos no grupo de intervenção com os de um grupo que não realizou a intervenção. O facto de grande parte da amostra ser do sexo feminino e ter como ocupação principal ser estudante acaba por ser uma limitação no sentido em que não permite avaliar e comparar a variedade de parâmetros sociodemográficos que podem ter impacto nos níveis de autocritica.

Num estudo futuro seria interessante realizar a Intervenção com uma amostra maior e com mais sessões de intervenção uma vez que seria interessante observar os resultados obtidos num prazo mais extenso de aplicação da tarefa. Seria igualmente curioso explorar as características sociodemográficas associadas à adesão dos participantes aos procedimentos de intervenção. Por fim, poderia ser interessante adicionar um novo instrumento nas medidas de avaliação, como por exemplo a Escala de Autocompaixão de modo a verificar se os níveis de autocompaixão aumentam ao longo a intervenção.

Em forma de conclusão, apesar das limitações encontradas ao longo do desenvolvimento da presente investigação, os resultados obtidos permitiram de um modo geral analisar os objetivos de estudo previamente estabelecidos. O presente projeto poderá servir de base para futuras investigações e permitir a comparação de resultados.

Referências Bibliográficas

Azevedo, A., & Faria, L. (2004). A auto-estima no ensino secundário: Validação da Rosenberg Self-Esteem Scale. Avaliação psicológica: formas e contextos.

Bailey, G., Halamová, J., & Baránková, M. (2020). Qualitative analysis of self-compassion, selfprotection, and self-criticism in emotion focused therapy video sessions. *Psihoterapija*, 34, 21. <https://doi.org/10.24869/psihei.2020.203>

Barkham, M., Bewick, B., Mullin, T., Gilbody, S., Connell, J., Cahill, J., ... & Evans, C. (2013). The CORE-10: A short measure of psychological distress for routine use in the psychological therapies. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(1), 3-13

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). Cognitive therapy of depression. New York, NY: Guilford.

Blatt, S.J., Luyten, P., 2009. A structural-developmental psychodynamic approach to psychopathology: two polarities of experience across the life span. *Dev.*

Blatt, S.J., Zuroff, D.C., 1992. Interpersonal relatedness and self-definition: two prototypes for depression. *Clin. Psychol. Rev.* 12, 527–562.
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(92\)90070-O](https://doi.org/10.1016/0272-7358(92)90070-O)

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77
101.<http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brennan, M., Emmerling, M., & Whelton, W. (2015). Emotion-focused group therapy: Addressing self-criticism in the treatment of eating disorders. 10.
<https://doi.org/doi:10.1002/capr.12012>

Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011). Auto-Criticismo: estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização

(FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, (54), 63-86.

Choi, B., Magnusson, M., & Pos, A. (2015). Emotional change process in resolving self-criticism during experiential treatment of depression. <https://doi.org/DOI:10.1080/10503307.2015.1041433>

Connell, J. & Barkham, M. (2007). CORE-10 User manual, Version 1.1. CORE System Trust & CORE Information Management Systems Ltd.

Elliott, R., & Macdonald, J. (2021). Relational dialogue in emotion-focused therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 77(2), 414-428.

Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change. American Psychological Association.

Ferreira, J. A., & Simões, A. (1999). Escalas de bem-estar psicológico (EBEP). In M.R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Vol. 2 (pp. 111-121). Braga: APPORT/SHO.

Ferreira, T., Sousa, M., Meira, L., Cunha, C., Santos, A., Silva, S., Couto, A., Gomes, P., Costa, L., Barbosa, E., Basto, I., & Salgado, J. (2018). Brief assessment of depression: Psychometric properties of the Portuguese version of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *The Psychologist: Practice & Research Journal*.

Galinha, I., & Ribeiro, J. (2005). Contribuição para o estudo de uma versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II - Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 23, 219-227.

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 31-50.

Gilbert, P., 2010. *Compassion Focused Therapy: The CBT Distinctive Features Series*. Routledge, London.

Gilbert, P., 2014. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br. J. Clin. Psychol.* 53, 6–41.

Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change. American Psychological Association.

Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.

Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, 11(1), 3-16.

Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: a clinical synthesis. *Psychotherapy*, 8(1), 32-42. <https://doi/10.1176>

Greenberg, L. S., & Higgins, H. M. (1980). Effects of two-chair dialogue and focusing on conflict resolution. *Journal of Counseling Psychology*, 27(3), 221–224

Greenberg, L. S., & Webster, M. (1982). Resolving decisional conflict by means of two

Halamová, J., Dvoranová, A., Zlúkyová, S., & Vráblová, V. (2021). Consensual Qualitative Analysis of Self-Criticizing Using the Two-Chair Technique. *The Qualitative Report*, 26(6), 1891-1910. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2021.4750>

Halamová, J., Kanovský, M., Varšová, K., & Kupeli, N. (2018). Randomised controlled trial of the new short-term online emotion focused training for self-compassion and self-protection in a nonclinical sample. 11. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-9933-4>

Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory: An introduction to the special issue. *Psychotherapy Research*, 15(1-2), 3-7.

Kannan, D., & Levitt, H. M. (2013). A review of client self-criticism in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 23(2), 166.

Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*, 16(9), 606–613.
<https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>

Kwatra, A., Timulak, L., Huixian, S.L., Joyce, C., & Creaner, M. (2022). *Transforming Emotional Pain: An Emotion-Focused Workbook* (1st ed.). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781003201861>

Lassri, D., Shahar, G., 2012. Self-criticism mediates the link between childhood emotional maltreatment and young adults' romantic relationships. *J. Soc. Clin. Psychol.* 31, 289–311.

Löwe, B., Decker, O., Müller, S., Brähler, E., Schellberg, D., Herzog, W., & Herzberg, P. Y. (2008). Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. *Medical care*, 266-274

Massa, B., (2021). “Uso da Tarefa de Duas Cadeiras para transformação da autocrítica: Estudo-piloto de uma intervenção breve em grupo”

Murphy, J., Rowell, L., McQuaid, A., Timulak, L., O’Flynn, R., & McElvaney, J. (2017). Developing a model of working with worry in emotion-focused therapy: A discovery-phase task analytic study. 15. <https://doi.org/doi: 10.1002/capr.12089>

Shahar, G., 2015. *Erosion. The Psychopathology of Self-Criticism*, first ed. Oxford University Press, New York.

Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. doi:10.1080/15298860309027

Pugh, M. (2017). Chairwork in cognitive behavioural therapy: A narrative review. *Cognitive Therapy and Research*, 41, 16-30.

Sarah Thompson & Laura Girz (2020) Overcoming shame and aloneness:m Emotion-focused group therapy for self-criticism, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 19:1, 1-11, DOI: 10.1080/14779757.2019.1618370

Sales, C. M. D., Moleiro, C. M. D. M., Evans, C., & Alves, P. C. G. (2012). Versão Portuguesa do CORE-OM: tradução, adaptação e estudo preliminar das suas propriedades psicométricas. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, 39(2), 54-59.

Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de auto-estima de Rosenberg. *Psicologia: teoria, investigação e prática*, 2, 2003, p. 253-268.

Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepeswol, O., & Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(6), 496-507.

Sousa, T. V., Viveiros, V., Chai, M. V., Vicente, F. L., Jesus, G., Carnot, M. J., Gordo, A. C., & Ferreira, P. L. (2015). Reliability and validity of the Portuguese version of the Generalized Anxiety Disorder (GAD-7) scale. *Health and quality of life outcomes*, 13, 50. <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0244-2>

Stiegler, J. R., Binder, P. E., Hjeltnes, A., Stige, S. H., & Schanche, E. (2018). ‘It’s heavy, intense, horrendous and nice’: clients’ experiences in two-chair dialogues. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 17(2), 139-159.

Stiegler, J. R., Molde, H., & Schanche, E. (2017). Does an emotion-focused two-chair dialogue add to the therapeutic effect of the empathic attunement to affect?. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), e86-e95.

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063

Werner, A. M., Tibubos, A. N., Rohrmann, S., & Reiss, N. (2019). The clinical trait self-criticism and its relation to psychopathology: A systematic review–Update. *Journal of Affective Disorders*, 246, 530-547.