



Sofia Carolina de Sousa da Silva, N° 9071

Análise de assimilação de experiências problemáticas: comparação de um caso de sucesso e de um caso de insucesso em Terapia Cognitivo-Comportamental

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
Trabalho realizado sob a orientação: Professor Doutor João Salgado

Outubro, 2014

DEDICATÓRIA

A ti Pai dedico cada linha que escrevo.

O pouco que o tempo nos reservou, deixou em mim marcas cravadas para
sempre.

Tudo o que hoje sou o devo a ti

Até breve meu amor!

Um beijo daqui até ao céu...

Agradecimentos

Um projeto de investigação desta natureza traduz-se num caminho percorrido pelo investigador, que comporta uma série de anseios, preocupações e desafios que, normalmente enfrenta sozinho. O resultado deste trabalho é fruto de contributos múltiplos, sem os quais a sua realização se tornaria quase impossível. Assim, contámos com o apoio incondicional de algumas pessoas, às quais não posso deixar de manifestar o meu profundo agradecimento.

Em primeiro lugar gostaria de agradecer ao Professor Doutor João Salgado, pelo incentivo que desde sempre demonstrou na concretização do presente estudo e por todo o apoio. Mesmo nos momentos mais difíceis as suas palavras foram sempre motivadoras e jamais deixou de acreditar em mim. A sua forma de ser foi para mim um grande ensinamento de perseverança, maturidade e crescimento. Obrigada pela oportunidade que me deu.

À Professora Doutora Carla Cunha, por todos os ensinamentos e por estar sempre presente.

À Dra. Isabel por todo o apoio, dedicação, por todos os ensinamentos e por percorrer esta caminhada ao meu lado. Sem o seu contributo seria impossível chegar ao fim.

Aos meus pais, pelas oportunidades que me deram e por sempre terem acreditado em mim, mesmo quando eu duvidei. Tudo o que hoje sou, o devo a vocês e, sem dúvida, que são a minha âncora, esteja em que porto estiver. Por ti Pai, estou aqui e serás sempre a minha maior referência. A ti mãe, não tenho palavras suficientes para te agradecer tudo o que tens feito por mim e o meu amor por ti é infinito.

À Susana, que para além de ser a melhor irmã do mundo, sempre me demonstrou confiança, fortalecendo-me nos momentos em que me sentia a fraquejar. Mesmo quando não conseguia ver, mostraste-me a luz ao fundo do túnel e sem o teu contributo este trabalho não seria possível.

A ti João, por acreditares em mim, e porque sim.

Ao Miguel, pelas longas horas que brincamos juntos e que permitiu aceder em mim um vasto mundo de vozes.

Àos meus colegas de curso e amigos, em especial à Lili, à Bárbara e ao Francisco que caminharam ao meu lado.

Em especial aos meus filhos Leonor e Afonso que partilharam bem de perto esta longa caminhada, apoiando-me mesmo sem se darem conta, dando lugar a um novo mundo de vozes! Espero poder dar-vos a infância que merecem e que tanto tenho defendido.

E por fim, àqueles que não podiam ser esquecidos... todos os meus familiares pelo apoio de sempre...

Análise de assimilação de experiências Problemáticas: comparação de um caso de sucesso e de um caso de insucesso em Terapia Cognitivo-Comportamental

RESUMO

O modelo de assimilação ajuda a explicar como problemas clínicos podem evoluir de um estado de perturbação psicológica a um estado de maior bem-estar, através da integração de experiências problemáticas anteriormente excluídas do self. A presente investigação descreve o processo de assimilação das experiências problemáticas de duas pacientes, diagnosticadas com Depressão e, que foram submetidas a intervenção psicoterapêutica com abordagem Cognitivo-Comportamental (CC). O principal objetivo do nosso estudo é analisar e comparar o processo de assimilação ao longo de um processo terapêutico entre um caso de sucesso e de insucesso em Terapia CC e, relacionar este processo com a mudança terapêutica através da avaliação da sintomatologia geral e depressiva. Neste sentido, será analisado o desenvolvimento dos níveis de assimilação e a relação entre assimilação e sintomatologia durante 5 sessões (1ª, 4ª, 8ª, 12ª e 16ª sessão) do processo terapêutico. Da análise das sessões resultou a identificação consensual dos temas centrais e codificação de excertos das sessões, segundo a Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES). Os resultados revelaram que, no caso de sucesso, os níveis mais elevados de assimilação, foram alcançados de forma gradual e, verificou-se a existência de uma relação negativa entre a assimilação e a sintomatologia, ao longo do processo terapêutico. No caso de insucesso, verificou-se que o nível máximo atingido pela cliente foi o 3. Estes resultados ajudam a apoiar a hipótese de que a assimilação é um processo associado à mudança terapêutica.

ABSTRACT

The assimilation model helps to explain how clinical problems can evolve from a state of psychological disturbance to a state of greater well-being through the integration of previously excluded problematic experiences. This research describes the process of assimilation of problematic experiences of two clients diagnosed with depression treated with Cognitive-Behavioral Therapy (CBT). The main objective of our study is to analyze and compare the assimilation process between a good outcome and a poor outcome case of CBT and relate this process with therapeutic change by assessing the overall and depressive symptomatology. In this sense, it will be analyzed the assimilation process and its relation with symptoms for 5 sessions (1, 4, 8 12 and 16). The transcription of the sessions allowed a consensus-based identification of the central themes and the codification of excerpts of sessions with the Assimilation of Problematic Experiences Scale (APES). The results showed that in the good outcome case, higher levels of assimilation were achieved gradually and it was possible to verify the existence of a negative relationship between the assimilation and symptomatology during the therapeutic process. In the poor outcome case, Apes level 3 was the highest assimilation level achieved. These results will help to validate the hypothesis that assimilation is a good measure of therapeutic change.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPITULO I – MODELO DE ASSIMILAÇÃO DE EXPERIÊNCIAS PROBLEMÁTICAS.	3
1. Introdução ao Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas	3
2. A Metáfora das vozes: Reestruturação do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas	4
3. Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES)	7
4. Estado da arte: Estudos com o Modelo de Assimilação	10
4.1. Caracterização do processo de assimilação em casos de sucesso	13
4.2. <i>Caracterização do processo de assimilação em casos de insucesso</i>	15
4.3. Comparação do desenvolvimento da assimilação dos casos de sucesso com os casos de insucesso.....	16
5. Comparação do processo de assimilação em diferentes terapias	17
CAPÍTULO II – ESTUDO COMPARATIVO DE UM CASO DE SUCESSO E DE UM CASO DE INSUCESSO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	20
1. Objetivos e Questões de Investigação	20
2. Método	21
2.1. Participantes.....	21
2.2. Terapeutas.....	23
2.3. Medidas	23
2.3.1. Medidas de resultado:	23
2.3.1.1. Beck Depression Inventory – II (BDI-II)	23
2.3.1.2. Outcome Questionnaire-45 (OQ-45.2).....	24
2.3.2. Medidas de processo:.....	25
2.3.2.1. Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas	25
2.4. Procedimentos de recolha, análise dos dados e fidelidade	28

3. Resultados	29
3.1. Evolução da assimilação de experiências problemáticas no processo psicoterapêutico	30
3.1.1. Evolução da assimilação de experiências problemáticas no caso Luísa.....	30
3.1.2. Evolução da assimilação de experiências problemáticas no caso Margarida	33
3.1.3. Evolução da relação entre a assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia depressiva.....	38
3.1.4. Comparação do caso de Luísa e do caso de Margarida	42
4. Discussão dos resultados.....	43
5. Conclusão, Limitações e Direções Futuras	46
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - <i>Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES)</i>	9
Tabela 2 - <i>Estudos Analisados</i>	12
Tabela 3 - <i>Avaliação da Sintomatologia Depressiva e Geral do caso Luísa</i>	25
Tabela 4 - <i>Avaliação da Sintomatologia Depressiva e Geral do caso Margarida</i>	25
Tabela 5 - <i>Marcadores da Assimilação de Experiências Problemáticas</i>	27

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - <i>Evolução da Assimilação de Luísa ao longo do processo psicoterapêutico</i>	30
Figura 2 - <i>Evolução das medianas do nível da APES por sessão no caso Luísa</i>	32
Figura 3 - <i>Evolução das Frequências Relativas do nível da APES por sessão no caso Luísa</i>	33
Figura 4 - <i>Evolução da Assimilação de Margarida ao longo do processo psicoterapêutico</i>	34
Figura 5 - <i>Evolução das medianas, máximo e mínimo do nível da APES por sessão no caso Margarida</i>	35
Figura 6 - <i>Evolução das Frequências Relativas do nível da APES por sessão no caso Margarida</i>	37
Figura 7 - <i>Comparação das medianas dos dois casos</i>	38
Figura 8 - <i>Evolução da assimilação e da sintomatologia depressiva da Luísa de acordo com o BDI-II</i>	39
Figura 9 - <i>Evolução entre a assimilação e a sintomatologia depressiva da Luísa de acordo com o OQ-45</i>	40
Figura 10 - <i>Evolução entre a assimilação e a sintomatologia depressiva da Margarida de acordo com o BDI-II</i>	41
Figura 11 - <i>Evolução entre a assimilação e a sintomatologia depressiva da Margarida de acordo com o OQ-45.2</i>	42

Lista de abreviaturas

APES – Escala de Assimilação de Experiências problemáticas

CC – Cognitivo

TCC – Terapia Cognitivo-Comportamental

Introdução

Nas últimas décadas, a investigação na área da psicologia tem vindo a aumentar, em especial, no que respeita a avaliação do processo de mudança terapêutica. Com efeito, parece importante perceber o que ocorre durante este processo de mudança. Neste sentido, o Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas possibilita uma interpretação do que ocorre ao longo do processo psicoterapêutico. Trata-se de um modelo que pretende dar conta da mudança que ocorre ao longo da psicoterapia, sendo aplicável a todos os modelos psicoterapêuticos. O Modelo de Assimilação foca-se, precisamente no processo de mudança psicológica. Assim, assume que os problemas clínicos apresentados resultam da dificuldade em assimilar experiências traumáticas ou emocionalmente penosas, pelo que os clientes podem chegar à terapia com problemas em fases diferentes e podem lidar com cada problema em diferentes alturas durante a terapia. A formulação de vozes do Modelo de Assimilação coloca estes processos terapêuticos como uma série de diálogos que envolvem vozes internas. O progresso terapêutico é entendido como uma relação que se estabelece entre a voz problemática e a comunidade dominante, através do estabelecimento de pontes de significado. Deste modo, o Modelo de Assimilação propõe que a experiência ou “voz” indesejada ganha força e expressão, desafiando a comunidade dominante, de forma gradual, ao longo do processo psicoterapêutico. Este entendimento ocorre de forma gradual, ao longo de vários níveis, descritos na escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES).

Vários estudos foram desenvolvidos, com o intuito de descrever o processo de assimilação de experiências problemáticas, ao longo da escala de APES, sobretudo em abordagens mais experiências, pelo que se torna pertinente perceber o que acontece em terapias Cognitivo-Comportamental. Estudos anteriores verificaram que os casos de sucesso atingem níveis mais elevados de assimilação (Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999). No entanto, ainda não foi possível confirmar, longitudinalmente, qual a relação entre a sintomatologia e o processo de assimilação. A Terapia Cognitivo-Comportamental, apesar de ser uma terapia empiricamente validada para o tratamento de diversas perturbações, tem sido pouco estudada em termos dos seus processos de mudança, incluindo-se aqui o estudo do processo de assimilação de experiências problemáticas. Os poucos estudos existentes demonstraram que os clientes apresentaram níveis de assimilação que atingiram ou ultrapassaram o nível 4 (compreensão/*insight*), em uma ou duas sessões antes da

concretização da assimilação da experiência problemática (Goodridge & Hardy, 2009; Osatuke et al., 2007; Caro Gabalda, 2006b; Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2006). Atendendo a essas investigações, o presente estudo, focando-se na Terapia Cognitivo-Comportamental, tem como principal objetivos: (i) analisar e comparar um caso de sucesso e um caso insucesso no que se refere ao processo de assimilação de uma experiência problemática; (ii) perceber qual a relação que se estabelece entre a assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia depressiva.

A presente dissertação está dividida em dois capítulos, o primeiro que faz referência ao enquadramento teórico do tema, tentando desta forma, descrever a evolução do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas ao longo do tempo. O capítulo termina com uma revisão dos principais estudos realizados com o presente modelo.

O segundo capítulo apresenta o estudo empírico, começando pela exposição de objetivos gerais e específicos, e as questões de investigação que se tornaram integrantes para a concretização do presente estudo. Seguidamente descrevemos o método utilizado, comportando a caracterização dos participantes, instrumentos e os procedimentos. Por último, apresentamos a descrição dos resultados do estudo, a sua discussão e as principais conclusões.

Capítulo I – Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas

1. Introdução ao Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas

O Modelo de Assimilação de experiências problemáticas é descrito como um modelo integrativo que conjuga conceitos de terapias psicodinâmicas, experienciais, cognitivo-comportamentais e da Psicologia do Desenvolvimento, podendo ser usado com o intuito de melhor entender o processo de mudança dentro de qualquer tipo de abordagem psicoterapêutica (Stiles et al., 1990). Deste modo, podemos considerar que o Modelo de Assimilação não só descreve o processo de assimilação de experiências problemáticas dos clientes (Honos-Webb & Stiles, 1998), mas também se afigura como uma teoria sobre as mudanças psicológicas (Stiles, 2006). Trata-se, assim, de um modelo que tenta explicar a integração de experiências problemáticas no *Self* do indivíduo, descrevendo ainda o processo pelo qual o cliente passa ao longo da terapia (Stiles et al., 1990; Stiles, Morrison, Harper, Shapiro & Firth-Cozens, 1991; Stiles, 2011).

A base teórica deste modelo assenta nos pressupostos oriundos da Teoria do Desenvolvimento de Piaget. Neste sentido e, de forma a induzir uma melhor compreensão sobre este modelo, parece-nos importante explicar conceitos que se tornam importantes elementos da sua génese, como as noções de “esquema” e de “experiência problemática”, bem como da “assimilação” e “acomodação”. Numa primeira fase, Stiles e colaboradores (1990) falam da assimilação a partir da noção de esquema e, apoiando-se nos conceitos de assimilação e acomodação propostos por Piaget, defende que as experiências problemáticas são assimiladas sob a forma de esquema. Refira-se ainda que, para o autor, a noção de “esquema” está patente na estrutura interna do indivíduo, na sua forma de pensar e de se organizar, constituindo desta forma “um padrão familiar de ideias” (Stiles et al., 1990, p. 412). Assim, um esquema constitui uma forma de pensar, sentir e agir que pode ser desenvolvida ou modificada através da relação terapêutica (acomodação) para assimilar a experiência problemática (Stiles, 2001).

Por “experiência problemática” define-se a “percepção, intenção, impulso, atitude, desejo, fantasia”, ou ideia que causa desconforto psicológico quando interposta à consciência, isto é, que não se encontra integrada nos esquemas prévios do indivíduo (Stiles et al., 1990, p. 412). Pensa-se que as experiências problemáticas correspondem a experiências que não são

integradas de forma adequada nos esquemas disponíveis. Uma vez que se constituem como elementos inconsistentes e incongruentes, induzem dor psicológica, podendo conduzir a adoção de comportamentos que, em última instância, prejudicam as relações com os outros (Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles et al., 1990). De outro modo, Caro Gabalda (2006a) refere que uma experiência problemática pode ser entendida como uma voz não dominante que procura reconhecimento e aceitação, por parte da voz dominante que emerge da comunidade de vozes. Assim, as experiências assumem um caráter problemático devido ao conflito que emerge entre as vozes, podendo implicar emoções negativas ou dolorosas (Stiles, Osatuke, Glick, & Mackay, 2004). Estas, por sua vez, podem rejeitar e manter afastada (fora) da consciência a voz problemática (Stiles, 2011). No que respeita à “assimilação”, esta diz respeito à integração de uma nova experiência nos esquemas prévios do indivíduo e que, quando não ocorre completamente, as experiências problemáticas podem ser distorcidas, confusas, vagas ou efêmeras. A “acomodação” ocorre simultaneamente com a “assimilação” e refere-se à necessidade de adaptação do esquema à nova experiência. Assim, para que uma experiência problemática seja assimilada, tanto a experiência problemática como o esquema devem ser alterados para que ocorra acomodação. Respetivamente, a “assimilação” e a “acomodação” ocorrem simultaneamente e de forma indissociável durante a psicoterapia (Stiles et al., 1990).

Refira-se ainda que, no Modelo de Assimilação, o resultado psicoterapêutico é entendido como a integração das experiências problemáticas, sejam elas memórias dolorosas, sentimentos ameaçadores ou relações destrutivas.

2. A Metáfora das vozes: Reestruturação do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas

Posteriormente o Modelo de Assimilação foi reestruturado, (Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 1999; Osatuke et al., 2005a; Stiles, 2011) baseado na noção de vozes.

Este conceito está centrado na perspectiva do self como sendo composto por múltiplas partes ou, metaforicamente, por vozes que representam as suas diferentes experiências (Honos-Webb & Stiles, 1998). Este modelo sugere que somos constituídos por múltiplas vozes que espelham as nossas experiências (Honos-Webb & Stiles, 1998).

Parece-nos assim, da maior relevância, enunciar os conceitos fundamentais através dos quais o Modelo de Assimilação se debruça. Deste modo, a “comunidade de vozes” refere-se a experiências aceites e diferentes vozes que se organizam numa estrutura hierarquicamente organizada. A “voz problemática ou não dominante (*underdog*)” corresponde a experiências problemáticas, de difícil integração no *Self* e, a “voz dominante” (*top dog*), aquela que retrata as experiências integradas no *Self*, que tem maior relevo ou domínio numa determinada situação/experiência. Mais ainda, vozes dominantes são os traços mais típicos, ego-sintónicos e coerentes (ou seja, bem assimilados) das experiências, são os mais salientes e rapidamente acessíveis internamente. As vozes inconsistentes com estes estados habituais e familiares do *Self* (ou seja, vozes não assimiladas) são internamente vistas como problemáticas exatamente por estarem em conflito com as vozes dominantes (Osatuke, Stiles, Barkham, Hardy & Shapiro, 2011). Em realidade, esta metáfora pode, de alguma forma, expressar a nível mais teórico, que as experiências passadas deixam traços (marcas) que se tornam em agentes ativos internamente e que são capazes de comunicar entre eles. Quando não assimilados, estes traços tendem a constituir problemas ou experiências problemáticas, mas que, por sua vez, quando assimilados, podem ser utilizados como recursos disponíveis quando as circunstâncias assim o exigirem. É também reconhecido que o conjunto de traços assimilados anteriormente, poderá ser considerado como uma comunidade de vozes existente no *Self* (Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 1999; Stiles, 2001; Osatuke et al., 2005a). Sempre que o cliente passe por circunstâncias semelhantes, estes traços são reativados, levando a pessoa a sentir experiências análogas. Estes traços de experiências problemáticas, denominados por traumáticas, dolorosas ou divergentes, afastam-se do padrão de funcionamento “normal” da pessoa. Em teoria, as vozes das experiências que não comportam trauma são facilmente assimiladas pela comunidade de vozes, mas, contrariamente, as vozes que representam experiências problemáticas tendem a ser evitadas (Honos-Webb & Stiles, 2002).

É, pois, possível o estabelecimento de um diálogo entre as vozes dominante e problemática através das pontes de significado (*meaning bridge*) correspondente com as palavras ou signos que medeiam a ligação entre as vozes (Honos-Webb & Stiles, 1998; Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003). Sabe-se ainda que, as pontes de significado permitem que seja feita uma articulação entre vozes (Honos-Webb & Stiles, 1998) e, que estas têm que apresentar mudanças para que a assimilação aconteça. Quando estas pontes são estabelecidas, os diálogos e as transições entre vozes são suaves e confortáveis, permitindo

assim uma complexidade multifacetada. Em estados psicopatológicos estas pontes de significado são fracas ou ausentes (Stiles, et al.1999).

Stiles et al. (1990, 1991) desenvolveram o Modelo de Assimilação com o intuito de tentar explicar como os pacientes integram as experiências problemáticas em si mesmos, ou seja, no *Self*. Utilizando a metáfora de voz, o modelo sugere que o *Self* é constituído por conjunto de vozes, as “vozes dominantes” e “vozes não dominantes”. É importante salientar que a assimilação ocorre através do diálogo permanente que se estabelece entre a voz dominante e a voz problemática e, enquanto processo, tenta descrever a relação de mudança entre as vozes internas (Honos-Webb & Stiles, 1998). O processo de assimilação corre de uma forma gradual, ao longo de vários níveis, sendo estes descritos na escala de assimilação de experiências problemáticas (APES). É num quadro psicopatológico desta escala que estas vozes se encontram em discordância entre si, até serem progressivamente integradas no *Self* ou na comunidade de vozes (Stiles, Osatuke, Glick & Mackay, 2004), podendo ligar-se através das pontes de significado.

Quando levadas ao extremo, as vozes problemáticas podem ser evitadas ou negadas (APES nível 0 ou 1), constituindo parte do trabalho do terapeuta tentar trazê-las à consciência. O progresso terapêutico é entendido como uma relação de mudança entre as vozes internas – a voz de uma experiência problemática indesejada e as vozes da comunidade dominante (Honos-Webb & Stiles, 1998).

Isto poderá ser interpretado como uma alteração do significado dessas experiências que deixam de ser evitadas ou até distorcidas, passando a ser nomeadas e descritas, chegando a um entendimento que as torna recursos aceites e acessíveis (Stiles, 2011).

O processo de assimilação não é linear, exibindo um padrão muitas vezes inconstante, nomeadamente em Terapias Cognitivas (Caro Gabalda, 2005; Osatuke et al., 2005). É de salientar que o Modelo de Assimilação propõe uma sequência de desenvolvimento, na qual, através da psicoterapia, uma voz inicialmente indesejada encontra expressão e ganha força até ao momento em que desafia a comunidade dominante (Honos-Webb & Stiles, 2002). Em teoria, à medida que uma voz indesejada emerge na consciência, a voz que se opõe é “convidada” a integrar-se pela comunidade dominante de vozes (Honos-Webb & Stiles, 1998; Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999).

A sequência dos estádios de assimilação representa uma mudança da relação entre a voz dominante e a voz problemática. Em casos de sucesso em psicoterapia, isto pressupõe que

ambas as vozes chegaram a um entendimento entre si, ou seja, a voz problemática é assimilada e integrada na voz dominante, tornando-se a experiência aceite (Honos-Webb, Stiles & Greenberg 2003). Em casos de sucesso, os níveis da escala de APES deverão aumentar ao longo da terapia, apesar de o progresso poder não ser constante por diversas razões (Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999).

Em suma, o Modelo de Assimilação procura descrever a evolução das pessoas em casos de sucesso de psicoterapia, as quais assimilam experiências problemáticas ou vozes, que possam eventualmente surgir em contexto psicoterapêutico (Stiles, 2002; Brinegar, Salvi, & Stiles, 2008).

3. Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES)

A Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES) (ver tabela 1) descreve a sequência desenvolvimental que os clientes experimentam, em termos de assimilação de experiências problemáticas, no decorrer do processo psicoterapêutico (Stiles et al., 1991). Mais ainda, utilizando a metáfora da voz, a escala de APES pode ser utilizada para descrever o relacionamento entre uma experiência problemática com a comunidade dominante de vozes internas da pessoa e, ao mesmo tempo perceber o desenvolvimento desse relacionamento, à medida que a voz problemática é assimilada pela comunidade existente (Stiles, 2002). Refira-se que a escala de APES foi construída com o objetivo de resumir/facilitar a descrição da sequência de desenvolvimento que os clientes experimentam ao superar com sucesso psicoterapêutico os seus problemas (Stiles et al., 1991).

A escala de APES descreve o processo de assimilação através de oito níveis (ver Tabela 1). Cada nível desta escala é caracterizado por recursos cognitivos e emocionais. Os clientes podem iniciar tratamento com problemas em qualquer ponto ao longo do *continuum* da escala de APES e, qualquer movimento progressivo ao longo desse *continuum*, pode ser considerado como um progresso terapêutico.

Quando iniciam a psicoterapia, os clientes podem apresentar problemas que se inserem em qualquer estágio ao longo do *continuum* da escala de APES. O modelo é igualmente importante na descrição de mudanças psicológicas que ocorrem em casos de sucesso em qualquer abordagem psicoterapêutica (Stiles, 2001). A escala de APES apresenta diversos níveis que variam entre o evitamento até ao domínio/mestria. No nível APES 0 - evitamento,

a experiência problemática está inacessível. O conteúdo desconfortável e anteriormente evitado, invade a consciência e é ativamente evitado no nível 1 (pensamentos indesejados), emergindo mais claramente no nível 2 (consciência vaga/emergência) (Honos-Webb, Stiles & Greenberg 2003).

O progresso a partir do nível 2 até ao 6 da escala de APES deverá ser caracterizado por uma emoção positiva crescente, com a mudança mais rápida a acontecer nos níveis 3 a 5, à medida que o cliente identifica, rotula e formula o problema, trabalhando em direção a um entendimento e explorando as aplicações diárias do mesmo (Stiles, 2006).

Tabela 1

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

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 formado por pensamentos desconfortáveis. O cliente prefere não pensar neles; os tópicos são sugeridos pelo terapeuta ou por circunstâncias externas. A emoção é frequentemente mais saliente do que o conteúdo e envolve fortes pensamentos negativos – ansiedade, medo, raiva, tristeza.
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/ <i>insight</i>	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, trabalhar e otimista.
6. Solução /elaboração	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/mestria	O cliente usa de forma bem sucedida as soluções em novas situações; esta generalização é em grande medida automática e não saliente. A emoção é neutra (ou seja, já não se trata de algo acerca do qual sentir excitação).

Os clientes, quando se apresentam na terapia, podem manifestar problemas em níveis diferentes e podem lidar com cada problema em diferentes alturas durante a terapia (Field, Barkham, Shapiro & Stiles, 1994).

Cada nível da escala de APES é associado a marcadores particulares que representam sinais distintos de relativamente fácil reconhecimento de estados psicológicos subjacentes ou processos que se repetem ao longo de diferentes casos (Greenberg, Rice & Elliott, 1993). Os marcadores dos níveis de assimilação poderão, desta forma, ser considerados padrões no discurso psicoterapêutico, podendo indicar quanto uma experiência problemática progrediu ao longo da escala de APES até à sua resolução (Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999). Assim, uma das principais conclusões retiradas da sua aplicação assenta que a mudança terapêutica parece estar relacionada com a assimilação de experiências problemáticas (Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999; Stiles, 2002; Stiles et al., 1990, 1991). Em suma, esta escala revelou ser um valioso instrumento na análise do processo de mudança.

A escala APES pode igualmente ser traduzida em requisitos do cliente para cada uma das fases, podendo ajudar o terapeuta na sua intervenção. Uma resposta terapêutica apropriada é aquela que responde aos requisitos do cliente numa determinada fase de assimilação e auxilia o cliente na mudança de assimilação de uma determinada voz problemática numa fase para a fase seguinte (Stiles, Shapiro, Harper & Morrison, 1995).

4. Estado da arte: Estudos com o Modelo de Assimilação

Quando as pessoas estão deprimidas, tendem a conceber e aceitar duras críticas em relação a si mesmas. Podem ver-se como fracassadas, deploráveis, não sendo merecedoras de viver, chegando mesmo a tentar pôr termo à vida (Osatuke et al., 2007). Assim, em termos de assimilação, na depressão, a voz dominante tende a ser passiva e submissa em relação aos outros. Verifica-se, a existência de um conflito entre vozes resultando em sintomatologia depressiva, vincada pela existência de afetos negativos (Stiles, Osatuke, Glick & Mackay, 2004). Apesar da existência de vozes assertivas, estas podem ser contrariadas ou mesmo evitadas. Deste modo, a voz dominante não é utilizada como recurso, pelo que as pessoas deprimidas tendem a oprimi-la. (Osatuke et al., 2007). Mais ainda, a sintomatologia

depressiva é perpetuada visto que, a voz assertiva é silenciada pelos clientes (Osatuke, Stiles, Barkham, Hardy & Shapiro, 2011).

Vários estudos de caso foram desenvolvidos (Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998; Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999; Shapiro, Barkham, Reynolds, Hardy & Stiles, 1992; Stiles, Shapiro, Harpe & Morrison, 1995; Stiles et al., 1991) na tentativa de descrever a sequência que se processa nos diferentes níveis de assimilação da escala de APES. Verificou-se que os principais resultados das investigações sobre o Modelo de Assimilação e da aplicação da escala de APES assentam numa metodologia qualitativa (Caro Gabalda, 2007). Neste sentido, parece imperativo perceber a relação que se estabelece entre o processo de assimilação de uma experiência problemática e a mudança que ocorre em psicoterapia, em termos da redução da sintomatologia (Field, Barkham, Shapiro & Stiles, 1994; Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles et al., 1991).

Assim sendo, considerámos pertinente elucidar o que acontece em casos de sucesso e de insucesso de psicoterapia. A tabela que se segue pretende dar conta dos principais estudos realizados com o Modelo de Assimilação e que serviram de suporte para a presente investigação.

Tabela 2

Estudos Analisados

Estudo	Caso analisado	Tipo de Terapia	Resultado da Terapia
Brinegar, Salvi e Stiles, (2008)	<i>Lisa</i>	Terapia Focada nas Emoções	Sucesso
Honos-Webb et al. (1999)	<i>Jan</i>	Terapia Focada nas Emoções	Sucesso
Goodridge e Hardy (2009)	5 casos analisados	Cognitiva	Sucesso
Osatuke e colaboradores (2007)	<i>Joan</i>	Terapia Cognitivo Comportamental	Sucesso
Caro Gabalda (2006b)	<i>Maria</i>	Terapia Línguística de Avaliação	Sucesso
Honos-Webb, Stiles, Greenberg e Goldman, (1998).	<i>George</i>	Terapia Focada nas emoções	Insucesso
Caro Gabalda (2006a)	<i>Ana</i>	Terapia Linguística de Avaliação	Insucesso
Detert et al. (2006)	4 casos analisados	Terapia Cognitivo-Comportamental Psicoterapia Psicodinâmica – Interpessoal.	4 sucessos e 4 insucessos
Brinegar, Salvi, Stiles e Greenberg (2006)	<i>Lisa e Margaret</i>	Terapia focada nas Emoções Terapia Centrada do Cliente	Sucesso

4.1. Caracterização do processo de assimilação em casos de sucesso

Em casos de sucesso verifica-se que ao longo do processo terapêutico a voz problemática estabelece contacto com a comunidade de vozes existente no *self*, negociando um entendimento até que seja assimilada pela comunidade e passar a ser um recurso (Stiles, 2001). Este processo retrata o entendimento mútuo entre a voz dominante e a voz problemática, pelo que a voz inicialmente problemática junta-se (sendo assimilada) à comunidade e torna-se um aspeto aceite da própria experiência. Assim, o cliente deixa de vivenciar o *self* de forma rígida e passa a vivê-lo como um conjunto flexível de personagens (Honos-Webb & Stiles, 2002).

Brinegar, Salvi e Stiles (2008) analisaram o caso de *Lisa*, paciente com um diagnóstico de Depressão Major, acompanhada durante 15 sessões de Terapia Focada nas Emoções. *Lisa* apresentava-se depressiva e com vontade de compreender porque se sentia dessa forma. Descrescia-se como isolada, presa, manifestando sintomatologia depressiva que relacionava à prática de jogo do marido e ao facto de se sentir incapaz de controlar o seu comportamento. Apesar de ser considerado um caso de sucesso, no final da intervenção *Lisa* revelou que a situação familiar não tinha melhorado, nem o alívio da dor. No entanto, o resultado das medidas de avaliação aplicadas mostrou melhorias significativas a nível redução da sintomatologia. Além disso, *Lisa* referiu sentir-se mais forte, mais independente, detentora de controlo e “ajudada” pela terapia. Da análise do caso, os temas recorrentes, nos quais *Lisa* adquiriu novos entendimentos durante a terapia foram (a) o seu conflito entre a raiva e o desejo de perdoar, que progrediu do nível 2 (Consciência vaga/emergência) da escala de APES para entendimento nível 4 (compreensão/*insight*), (b) o sentido crescente de si mesma como ser individual, que progrediu de consciência vaga (nível 2) para a aplicação/elaboração (nível 5) e (c) a responsabilidade pelas dificuldades que surgem na sua vida, que progrediu de consciência vaga (nível 2) para uma compreensão/*insight* (nível 4). De salientar que no início do processo terapêutico, os temas identificados enquadravam-se no nível 1 (pensamentos indesejáveis) da escala APES.

Este caso de sucesso demonstra que as alterações terapêuticas e o alívio dos sintomas não estão dependentes de alterações de circunstâncias objetivas. Ou seja, apesar da problemática perpetuar-se (vício do marido), os problemas perderam alguma capacidade de controlar o seu estado emocional e a sua dor já não era pautada pela depressão (Honos-Webb,

Stiles, Greenberg & Goldman, 1998). Mais ainda, o alívio sintomático de *Lisa* foi compreendido como um reflexo da assimilação das suas experiências problemáticas (Brinegar, Salvi & Stiles, 2008).

Da mesma forma, Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg (1999) realizaram um estudo de caso com uma paciente, *Jan*, que também apresentava sintomatologia depressiva e tinha sido escolhida de forma aleatória para frequentar um protocolo de 16 sessões, igualmente de Terapia Focada nas Emoções. Da análise do caso de *Jan*, paralelamente à conceção do Modelo de Assimilação em casos de sucesso em psicoterapia, os níveis da escala de APES para cada um dos temas identificados pelos investigadores (super-mulher e boarapariga) tendiam a aumentar ao longo das 16 sessões. Deste modo, no início da Terapia, *Jan* não conseguia reconhecer as suas necessidades (pensamentos indesejados- nível 1). Em contrapartida, no final da Terapia, registaram-se níveis mais elevados da escala de APES. As melhorias de *Jan* em termos de auto-estima, de intensidade de sintomas e das relações interpessoais (como mostraram os instrumentos de avaliação aplicados) pareceram refletir uma série de resultados intermédios representados pela mudança de um nível de assimilação para o seguinte. De igual modo, no início do processo de psicoterapia de *Jan*, os temas identificados enquadravam-se no nível 1 (pensamentos indesejáveis) da escala APES, mas na sessão 16, *Jan* demonstrou domínio ao descrever a sua capacidade de pedir ajuda, sem que isso significasse um problema. Quer isto dizer que *Jan*, no final da terapia, era capaz de aceitar e compreender as suas fragilidades.

Segundo Stiles (2011), ao longo do processo de psicoterapia, o estabelecimento de pontes de significado permite um entendimento recíproco entre as vozes e a integração da voz problemática na comunidade de vozes. Mais ainda, o resultado da assimilação de uma voz anteriormente indesejada pelo *Self* foi tornando-se consistente, conduzindo à assimilação da experiência problemática.

Por sua vez, Goodridge e Hardy (2009) focaram o seu estudo em 5 casos de sucesso com clientes deprimidos, utilizando uma abordagem Cognitiva. Todos os participantes demonstraram níveis de assimilação que atingiram ou ultrapassaram o nível 4 (compreensão/*insight*).

Osatuke et al. (2007) estudaram o caso de *Joan* (um pseudónimo), mulher acompanhada num ensaio clínico de tratamentos para depressão durante 16 sessões de Terapia Cognitivo Comportamental. De acordo com o Modelo de Assimilação, o problema de *Joan*

(fonte da sua depressão) deve-se à existência de um conflito entre a voz problemática e a voz dominante. O objetivo terapêutico passaria pela construção de pontes de significado, que permitisse a integração da experiência problemática. No caso de *Joan*, à semelhança dos casos descritos anteriormente, na fase inicial do processo Terapêutico, os níveis mais baixos da escala de APES destacavam-se, tendo estes evoluído ao longo das sessões no *continuum* da escala para níveis mais elevados de assimilação, indicando diminuição da sintomatologia depressiva.

Um outro caso, *Maria* (Caro Gabalda, 2006b), apresentava a síndrome de Ménière, foi acompanhada através da Terapia Linguística de Avaliação. Verificou-se, através da análise da assimilação, que a cliente construiu uma ponte de significado com a voz problemática da tontura, o que lhe permitiu integrar e compreender a mesma.

Na formulação de vozes do Modelo de Assimilação, o nível 4 da escala de APES indica que a voz dominante e a voz problemática conseguem reconhecer e dialogar, construindo uma ponte de significado (Osatuke et al., 2007). Deste modo, os diversos estudos parecem indicar que a obtenção de, pelo menos, o nível 4 da APES se encontra associado ao sucesso terapêutico, permitindo inferir a relação positiva existente entre a assimilação de experiências problemáticas e a mudança ocorrida durante o processo psicoterapêutico (Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham, & Stiles, 2006).

Assim, da análise dos casos supramencionados foi possível perceber que, em casos de sucesso, uma voz anteriormente indesejada pode encontrar expressão e ganhar força até que desafia as vozes dominantes. Essa expressão traduz-se em acomodação mútua, de tal forma que a nova voz se junta à comunidade já estabelecida como um aspeto aceite pela experiência do *Self* (Honos-Webb & Stiles, 1998).

4.2. Caracterização do processo de assimilação em casos de insucesso

Relativamente a casos de insucesso, um dos estudos mais relevantes reporta-se ao caso de *George* a quem foi atribuído um diagnóstico de Depressão Major. Assim, a sintomatologia depressiva era atribuída à sua insegurança financeira e ao facto de se sentir inferiorizado por considerar que trabalhava num cargo inferior. *George* foi escolhido de forma aleatória para integrar um protocolo de 19 sessões de Terapia Focada nas Emoções. Os três temas

identificados apresentavam-se no nível 1 (pensamentos indesejáveis) da escala de APES, no início da intervenção. O desejo de fugir da sua mulher (tema 1) progrediu para próximo do nível 3 (colocação clara do problema/clarificação), uma vez que *George* tinha formulado uma afirmação do problema mas não tinha conseguido adquirir novo entendimento do mesmo. *George*, através da psicoterapia, vivenciou de forma mais profunda a sua experiência, mas não conseguiu chegar um entendimento ou controlo da mesma (Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998).

De forma semelhante, Caro Gabalda (2006a) verificou que no caso de *Ana*, acompanhada em Terapia Linguística de Avaliação, apenas se registavam os níveis mais baixos da escala de APES ao longo de todo o processo, constituindo um caso de insucesso terapêutico. Clinicamente, os clientes que iniciam a terapia com problemas que se enquadrem em níveis mais baixos de assimilação, tendem a necessitar de mais trabalho e, possivelmente, de uma terapia mais longa antes dos seus problemas diminuírem, do que os clientes com níveis mais elevados de assimilação (Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998).

A revisão da literatura salienta que os níveis mais elevados da escala de APES são mais comuns no final do processo em casos de sucesso do que em casos de insucesso. Assim sendo, parece existir uma estreita relação entre a assimilação e o sucesso psicoterapêutico (Caro Gabalda, 2006a, 2007, 2008) e, na mesma linha de pensamento, a não assimilação de experiências problemáticas parece estar relacionado com o insucesso (Caro Gabalda, 2006b).

4.3. Comparação do desenvolvimento da assimilação dos casos de sucesso com os casos de insucesso

Comparando os casos de *Lisa* e *George* percebemos que um progresso no *continuum* da escala da APES permite uma maior compreensão sobre a experiência problemática e, conseqüentemente, a sua assimilação. No caso de *George*, os níveis identificados nos excertos correspondem aos níveis mais baixos, enquanto que, no caso da *Lisa* percebemos claramente uma progressão para níveis mais elevados. Além disso, a terapia no caso de *George* permitiu-lhe compreender um pouco melhor a sua dor, alcançando apenas o nível 3 da APES. No caso de *Lisa*, verificou-se uma evolução do nível 2 da APES (consciência vaga/ emergência) para um novo entendimento nível 4 que representou a integração da voz problemática e um maior entendimento acerca do problema (Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998).

Os estudos realizados com a Terapia Linguística de Avaliação, no caso de *Maria e Ana*, demonstraram (Caro Gabalda, 2006b; 2006a) que a não resolução de uma situação problemática estava relacionada a baixos níveis de assimilação (principalmente nos níveis 1 e 2) (Caro Gabalda, 2006a; 2006b; Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003). Por outro lado, a resolução de uma situação problemática estava relacionada com elevados níveis de assimilação (principalmente nos níveis 4 e 5) (Caro Gabalda, 2006; 2008).

Detert et al. (2006), comparam quatro casos de sucesso com quatro casos de insucesso em Depressão ligeira, que forma submetidos a uma psicoterapia muito breve, designadamente, duas sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental ou duas sessões de psicoterapia Psicodinâmica – Interpessoal realizadas semanalmente e uma sessão de *follow-up* três meses após o término da terapia. Os resultados, em termos de assimilação, são congruentes, tendo os autores verificado que todos os casos de sucesso atingiram o nível 4 (compreensão/insight) e, pelo contrário, os casos de insucesso atingiram apenas níveis inferiores. Neste sentido, percebemos que neste nível é possível estabelecer as *pontes de significado* entre a voz dominante e a voz problemática, estabelecendo-se um acordo entre ambas as vozes. Após a integração das vozes problemáticas, o afeto negativo tende a transformar-se em afeto positivo, o que se verifica através da redução da sintomatologia (Stiles & Brinegar, 2007).

As observações e outros estudos de caso sobre a assimilação (Honos-Webb, Stiles, et al., 1998; Field, Barkham, Shapiro & Stils, 1994; Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999; Stiles et al., 1991, 2004) sugerem que a melhoria sintomática está associada ao entendimento, percepção e integração da experiência problemática, que acontece no nível 4 da APES.

5. Comparação do processo de assimilação em diferentes terapias

O Modelo de Assimilação sugere que diferentes terapias tendem a focar-se em diferentes níveis de assimilação (Stiles et al., 1990, 1991, 1997). As teorias psicodinâmicas e experimentais incidem sobre experiências problemáticas inacessíveis ou evitadas (nível 0 e 1). Por outro lado, as terapias comportamentais e cognitivas, tendem a debruçar-se sobre os problemas identificados pelos clientes (nível 2 e 3), tentando negociar um contrato relativamente aos objetivos terapêuticos (Caro Gabalda, 2006).

Brinegar, Salvi, Stiles e Greenberg (2006), realizaram estudo sobre a assimilação em dois casos de sucesso anteriormente estudados, comparando dois casos de sucesso a partir duas abordagens terapêuticas distintas, nomeadamente o caso de *Lisa* em Terapia Focada nas Emoções e o caso *Margaret* em Terapia Centrada no cliente (TCP). Deste modo, debruçaram-se sobre a construção de pontes de significado, prestando particular atenção à transição entre estádios 3 e 4 da escala de APES. Ambos os casos foram diagnosticados com depressão moderada e frequentaram 15 sessões protocoladas de psicoterapia. Os autores encontraram diferenças na progressão dos subestádios da Escala de APES, que pode advir de abordagens diferentes. Deste modo, os estudos sugerem, que em abordagens Centradas no Cliente, como no caso de *Margaret*, a reconciliação entre as vozes problemática e dominante traduziu-se num processo mais “suave e constante” (Brinegar, Salvi, Stiles & Greenberg, 2006, p. 178), possibilitando aos clientes a avançar ao seu próprio ritmo. Em abordagens Experienciais, como no caso de *Lisa*, o terapeuta foi mais diretivo, usando o “trabalho de cadeira” para facilitar a mudança emocional, o que tenderá a facilitar o entendimento da experiência problemática e, por sua vez, a progressão de níveis mais elevados de assimilação. Contudo, em ambos os casos verifica-se a proposta teórica de que a assimilação ocorre entre o estágio 3 e 4 e, é caracterizada por uma reconciliação entre as vozes, facilitando a compreensão e assimilação da experiência problemática (Brinegar, Salvi, Stiles & Greenberg, 2006).

O Modelo de Assimilação, originariamente, foi apresentado como um modelo que explicava como os clientes progrediam através dos diferentes níveis da escala de APES numa sequência mais ou menos regular (Stiles et al., 1990). No entanto, verificou-se que em Modelos Cognitivos e Cognitivo-Comportamentais, esta progressão não é linear, tratando-se de um processo irregular (Caro Gabalda, 2006b; Detert et al., 2006; Osatuke et al., 2005).

Dos estudos de Detert et al (2006) descritos anteriormente, percebemos que existem diferenças entre terapias nos casos de sucesso. Deste modo, o progresso de assimilação mostrou um padrão irregular, pelo que os clientes retrocederam a níveis mais baixos da escala de APES. Ou seja, apesar do progresso na Terapia estar relacionado com o avanço de um nível para outro, pode haver retrocessos na escala e saltos entre níveis. Estes retrocessos são mais vincados, apresentando um padrão dentado em Terapias Cognitivas e Comportamentais e não tanto em Terapias Experienciais (Caro Gabalda, 2006a, 2007, 2008). Assim sendo, o processo de assimilação que anteriormente fora perspectivado como contínuo, é agora percebido como composto por retrocessos durante o processo, em particular nos casos de

sucesso (Caro & Stiles, 2012). “Alguns retrocessos podem ser chamados de crises, impasses e recidivas, mas outros representam uma mudança de atenção produtiva para um problema mais difícil ou o regresso a um espaço seguro quando um terapeuta foi longe demais” (Caro Gabalda & Stiles, 2009, p.199). Alguns retrocessos poderão estar relacionados com (Caro Gabalda & Stiles, 2012, p. 37):

- a interferência de acontecimentos de vida (novas situações que emergem fora do contexto de terapia);

- pelo surgimento de pensamentos alternativos e reestruturação cognitiva, como no caso de Terapias Cognitivo- Comportamental;

- pelo trabalho na Zona de Desenvolvimento Proximal (diz respeito a zona entre o estádio em que o cliente se encontra na APES e o estádio que o cliente pode atingir em colaboração com o terapeuta) (Caro Gabalda, 2003; Caro Gabalda & Stiles, 2009);

- por linhas múltiplas do problema (cada voz pode ser composta por um conjunto de sub-vozes, pelo que os retrocessos dizem respeito à mudança de uma sub-voz para outra);

- por perspectivas internas múltiplas (dependendo da comunidade de vozes);

- por interferência do progresso noutros problemas;

- pela falha de memória;

- pela metáfora de equilíbrio (através da reestruturação cognitiva, os clientes exploram pensamentos negativos, sendo uma estratégia para ajudar os clientes a desenvolver pontos de vista diferentes (Caro Gabalda, 2003);

- pela imprecisão da classificação da APES (Caro Gabalda & Stiles, 2009).

As tarefas terapêuticas em terapias comportamentais e cognitivas centram-se em problemas que já estejam formulados de forma mais clara, ou seja, problemas de nível 3, podendo depois progredir no *continuum* da escala de APES (Stiles et al., 1990; Stiles, Shankland, Wright & Field, 1997). No entanto, segundo Stiles et al. (1990, p. 417) “estes níveis não são absolutos”, pelo que a maior parte das terapias dá alguma atenção a todos os níveis.

Capítulo II – Estudo comparativo de um caso de sucesso e de um caso de insucesso em Terapia Cognitivo-Comportamental

O presente estudo pretende dar conta da importância que o modelo de assimilação de experiências problemáticas assume no decorrer do processo psicoterapêutico. Deste modo, o Modelo de Assimilação coadjuva na explicação de como os problemas clínicos podem evoluir de um estado de dor emocional para um estado de maior bem-estar, através da integração de experiências problemáticas anteriormente excluídos no *Self*.

Tendo em conta estas considerações, a presente investigação toma por objeto, dois casos clínicos que, à luz da Terapia Cognitivo Comportamental, foram alvo de intervenção psicoterapêutica na Unidade de Investigação em Desenvolvimento Humano e Psicologia (UNIDEP). Podemos afirmar, então, que se trata de um estudo necessariamente *situado* e limitado a um determinado número de casos restrito, de forma a revelar a sua especificidade, tendo sido o objeto de estudo e a sua complexidade determinantes na escolha do método a utilizar.

1. Objetivos e Questões de Investigação

O presente estudo assenta na perspectiva de análise da mudança em termos de assimilação de experiências problemáticas no decorrer do processo psicoterapêutico. Da revisão da literatura percebemos que, apesar de existirem estudos que indicam que a assimilação parece estar associada a resultados positivos em termos psicoterapêuticos, de facto, há uma necessidade de consolidar estes resultados em casos clínicos com orientação CC (Caro Gabalda, 2003a).

Assim, pretendemos analisar um caso de sucesso e um caso de insucesso à luz da Terapia CC, tendo como principal objetivo analisar o processo de assimilação ao longo da terapia e a relação existente entre assimilação e a sintomatologia. Neste sentido, inicialmente iremos comparar o processo de assimilação entre um caso de sucesso e um de insucesso e, verificar se o de sucesso atinge níveis iguais ou superiores ao nível 4 da APES e, conseqüentemente, se o caso de insucesso não atinge níveis superiores a 3. Apesar de existirem alguns estudos, que indicam que o Modelo de Assimilação está associado ao

sucesso terapêutico, existe uma necessidade de se analisar essa relação de uma forma longitudinal ao longo do processo terapêutico. Pretendemos então, também verificar se existe uma relação negativa entre assimilação e sintomatologia depressiva.

Teremos, assim, as seguintes questões orientadoras do desenvolvimento deste projeto de investigação:

- Como evoluiu o processo de assimilação de experiências problemáticas no caso de sucesso e de insucesso de Terapia Cognitivo-Comportamental em estudo?
- Que diferenças existem no processo de assimilação ao longo do processo entre o caso de sucesso e o caso de insucesso em terapia cognitivo comportamental
- Será que existe uma relação negativa entre a assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia ao longo do processo da Terapia Cognitivo-Comportamental?

2. Método

2.1. Participantes

Os participantes da presente investigação frequentaram e/ou integraram o projeto de investigação em Psicologia referente à eficácia da psicoterapia na Depressão Ligeira e moderada, intitulado *Descentração e Mudança em Psicoterapia*, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia com a referência PTDC/PSI-PCL/103432/2008, projeto este desenvolvido na UNIDEP. Trata-se de um estudo pioneiro no nosso País, particularmente pelo facto de centrar-se exclusivamente em adultos que apresentam depressão ligeira ou moderada e que não se encontram a fazer farmacoterapia. Como objetivo primordial, este projeto visa compreender, de forma mais aprofundada, o fenómeno da depressão e os possíveis efeitos que a psicoterapia exerce no seu tratamento sem recurso à utilização de psicofármacos. Assim, os critérios de exclusão dos participantes neste estudo dizem respeito aos sujeitos que já se encontravam a realizar outro tipo de tratamento para a depressão, nomeadamente o uso de fármacos; sujeitos que tenham sido previamente diagnosticados com

uma das seguintes perturbações do Eixo I (DSM-IV-TR): Abuso de Substâncias, Perturbação de Pânico, Psicose, Perturbação Bipolar ou uma Perturbação Alimentar; sujeitos que tenham sido previamente diagnosticados com uma das seguintes perturbações do Eixo II (DSM-IV-TR): *Borderline*, Anti-social ou Esquizotípica; sujeitos que apresentavam risco elevado de suicídio.

Os critérios de inclusão fazem alusão ao diagnóstico de Perturbação Depressiva Major (ligeira a moderada) e Avaliação Global do Funcionamento superior a cinquenta. Deste modo, os participantes do projeto foram integrados num processo de psicoterapia (Cognitivo-Comportamental ou Terapia Focada nas Emoções) constituído por 16 sessões e por 6 sessões adicionais de *follow-up*. Os clientes foram submetidas a uma intervenção psicoterapêutica num protocolo de 16 sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1997).

A fim de ser possível monitorizar a melhoria em termos psicológicos, foram utilizados vários instrumentos de avaliação, dos quais destacamos o BDI-II – *Beck Depression Inventory II* (Beck, Steer & Brown, 1996) e o OQ-45.2 - *Outcome Questionnaire 45.2* (Lambert et al., 1996). O preenchimento destes questionários foi obrigatório e apenas se aplicaram nas sessões um, quatro, oito, doze e dezasseis. Contudo, a quarta sessão, no caso da *Luísa*, por problemas alheios não foi possível proceder à sua gravação, pelo que foi realizada a transcrição da sessão nº 3 em substituição da sessão nº 4.

Luísa

Luísa (pseudónimo) tem vinte e seis anos, vive com os pais e a irmã mais nova, sendo solteira. Tem uma licenciatura e encontra-se a desempenhar funções laborais na área de formação desde que terminou os estudos. Quando integrou o projeto de investigação foi-lhe diagnosticada Perturbação Depressiva Major. Em termos de psicoterapia, a *Luísa* foi acompanhada durante 16 sessões à luz da Terapia Cognitivo-Comportamental. A problemática inicial identificada pela cliente incidia na dificuldade em estabelecer relações afetivas, devido à sua dificuldade em confiar nos outros, o que por sua vez, interferia no seu dia-a-dia. *Luísa* encontrava-se envolvida em vários relacionamentos amorosos fruto da sua necessidade de afeto.

Margarida

Margarida (pseudónimo) quarenta anos, vive sozinha. Tem uma licenciatura, mas desempenha atividade laboral noutra área. Quando integrou o projeto de investigação foi-lhe diagnosticado Perturbação Depressiva Major.

Semelhante ao caso de *Luísa*, também a *Margarida* foi acompanhada durante 16 sessões à luz da Terapia Cognitivo-Comportamental. A problemática inicial identificada pela cliente incidia na dificuldade em estabelecer relações afetivas, manifestando dificuldade em confiar nos outros, fruto da sua necessidade em ser aceite e amada pelos outros

2.2. Terapeutas

A terapeuta da Luísa é licenciada em Psicologia e Doutorada em Psicologia Clínica, possui onze anos de experiência profissional de Terapia Cognitivo-Comportamental. A Terapeuta da Margarida é licenciada em Psicologia e Mestre em Psicologia Clínica, possui seis anos de experiência profissional de Terapia Cognitivo-Comportamental.

2.3. Medidas

2.3.1. Medidas de resultado:

2.3.1.1. Beck Depression Inventory – II (BDI-II)

Para responder às questões levantadas foram utilizados dois questionários, o BDI e o OQ-45.2, e como ferramentas de avaliação do processo foi utilizada a escala de APES. Neste sentido, o BDI-II (Coelho, Martins & Barros, 2002) é um questionário de auto-preenchimento composto por 21 grupos (tristeza, pessimismo, fracassos passados, perda de prazer, sentimentos de culpa, sentimentos de punição, auto-depreciação, auto-criticismo, pensamentos ou desejos suicidas, choro, agitação, perda de interesse, indecisão, sentimentos de inutilidade, perda de energia, alterações no padrão de sono, irritabilidade, alterações no apetite, dificuldades de concentração, cansaço ou fadiga e perda de interesse sexual) com opções de resposta exclusivas, referentes às duas semanas anteriores ao seu preenchimento. Assim, este instrumento permite-nos avaliar a intensidade, gravidade e diversidade da sintomatologia depressiva, descrita no DSM-IV-TR. A sua aplicação tem uma duração média

de 5 a 10 minutos, e a cotação varia entre 0 e 3 valores de acordo com as opções de resposta, sendo a pontuação máxima 63 pontos. Dependendo da pontuação obtida, verifica-se então qual a intensidade da sintomatologia demonstrada pelo cliente, conforme a classificação seguinte: sintomatologia ligeira (0-13), depressão ligeira (14-19), depressão moderada (20-28) e depressão severa (29-63) (Coelho et al., 2002).

Mais ainda, este instrumento é da maior importância uma vez que, já se encontra traduzido para português por Coelho, Martins e Barros (2002).

2.3.1.2. *Outcome Questionnaire-45 (OQ-45.2)*

O *Outcome Questionnaire* (OQ-45) (Machado & Fassnacht, 2014), é também um questionário de autopreenchimento, composto por 45 itens, onde existem 5 opções de resposta referentes à semana anterior ao seu preenchimento e que permite aos clientes avaliar o seu funcionamento, numa escala *Likert* de cinco pontos, referenciados por “nunca”, “raramente”, “às vezes”, “frequentemente” e “quase sempre”. Trata-se de um instrumento de avaliação de sintomatologia geral que foi projetado precisamente para aceder a cinco domínios do funcionamento do cliente como sintomas de distúrbios psicológicos, em particular, a ansiedade e depressão; problemas interpessoais; funcionamento social e qualidade de vida (Lambert, 2013). A sua aplicação tem uma duração média de 5 a 10 minutos, e a cotação é feita através da soma de cada resposta. Possui também dados invertidos que correspondem aos itens 1, 12, 13, 20, 21, 24, 31, 37, 43. A pontuação máxima total dos itens é de 180 pontos, distribuídos de acordo com a seguinte classificação: de 0 a 62 pontos - sintomatologia sem relevância clínica, de 63 a 180 - sintomatologia com relevância clínica. Quando se verifica, no mesmo cliente, a diferença de 14 valores entre o preenchimento de um questionário e de outro, podemos considerar a existência de uma mudança clinicamente significativa (Lambert, 2012).

No seu conjunto, foi possível analisar e comparar os resultados que advêm da aplicação das medidas de resultado aos participantes do estudo, nos diferentes momentos da aplicação, como é possível observar na tabela que se segue.

Tabela 3

Avaliação da Sintomatologia Depressiva e Geral do caso Luísa

Instrumentos	Sessão 1	Sessão 4	Sessão 8	Sessão 12	Sessão 16
BDI-II	30 (Depressão Severa)	35 (Depressão Severa)	31 (Depressão Severa)	6 (Sint. Ligeira)	17 (Depressão ligeira)
OQ-45.2	83 (Com Relevância Clínica)	99 (Com Relevância Clínica)	77 (Com Relevância Clínica)	57 (Sem Relevância Clínica)	66 (Com Relevância Clínica)

Tabela 4

Avaliação da Sintomatologia Depressiva e Geral do caso Margarida

Instrumentos	Sessão 1	Sessão 4	Sessão 8	Sessão 12	Sessão 16
BDI-II	21 (Depressão Moderada)	18 (Depressão Moderada)	15 (Depressão Moderada)	15 (Depressão Moderada)	13 (Sint. Ligeira)
OQ-45.2	80 (Com Relevância Clínica)	78 (Com Relevância Clínica)	80 (Com Relevância Clínica)	63 (Com Relevância Clínica)	67 (Com Relevância Clínica)

2.3.2. Medidas de processo:

2.3.2.1. Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas

Relativamente às medidas de processo, recorreremos a utilização da escala APES (ver tabela 1), escala constituída por oito níveis, como foi descrita anteriormente. A escala APES foi desenvolvida no início da década de 90 (Stiles et al., 1990, 1991) como escala qualitativa que permite quantificar as possíveis alterações no contexto do modelo de assimilação.

A escala APES descreve a sequência experimentada pelos clientes durante o processo de assimilação de experiências problemáticas, ao longo da Terapia (Stiles et al., 1991).

Em termos de assimilação, a codificação tomou como princípio o diálogo que se estabelece entre a voz dominante e a voz problemática (Honos-Webb & Stiles, 1998, Honos-Webb, Surko et al., 1999).

No sentido de se tornar mais clara e rigorosa a identificação dos níveis de assimilação, recorreremos à utilização dos marcadores de assimilação de experiências problemáticas (ver tabela 4) (Honos-Webb, Surko, et al., 1999). De forma ampla, os marcadores são sinais observáveis do processo subjacente do cliente. Os marcadores de assimilação são eventos reconhecidos no discurso psicoterapêutico que estão, empírica e teoricamente, relacionados com esses níveis. Os marcadores podem orientar os terapeutas de forma a situar a experiência problemática num determinado nível e, por outro, facilitar na identificação de mudança de nível. (Stiles, Shapiro, Harper & Morrison, 1995). Importa ainda referir que não existem marcadores para o nível 7 (domínio/mestria), visto tratar-se de um nível difícil de alcançar em psicoterapia e, pelo facto de não existirem estudos suficientes que validem empiricamente um marcador para esta fase (Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003).

Tabela 5

Marcadores da Assimilação de Experiências Problemáticas (traduzido de Lani et al., 2002, p.7)

Nível de assimilação	Marcadores
0. <i>Supressão</i>	M1. Sintomas Físicos
1. <i>Pensamentos Indesejados</i>	M2. Minimização da negatividade M3. Evitamento da responsabilidade M4. Distanciamento do discurso M5. Sentimento de surpresa face à própria reação M6. Medo de perder o funcionamento adaptativo
2. <i>Reconhecimento Vago / Emergência</i>	M7. Sentir emoções dolorosas M8. Sentir-se vulnerável M9. Desejo de mudança M10. Dificuldade em articular o que está errado M11. Assuntos inacabados com uma pessoa significativa M12. Sentir-se preso/sem saída M13. Sentir-se confuso M14. Problema recorrente
3. <i>Formulação do Problema / Clarificação</i>	M15. Expressar e inibir uma necessidade M16. Definir objetivos incompatíveis M17. Conflito entre querer e dever
4. <i>Compreensão / Insight</i>	M18. Utilizar os valores dos outros M19. Utilizar reações passadas numa relação atual M20. Afastamento para obter uma melhor perspetiva M21. Unir os acontecimentos de uma nova forma
5. <i>Aplicação / Trabalho</i>	M22. Decidir agir de modo diferente M23. Resolução parcial do problema M24. Afirmação das suas necessidades
6. <i>Solução do Problema</i>	M25. Perceber a mudança M26. Alcançar uma solução
7. <i>Domínio / Mestria</i>	

2.4. Procedimentos de recolha, análise dos dados e fidelidade

Numa fase inicial, de forma a garantir a uniformidade de critério, procedemos ao treino e familiarização das regras de transcrição de sessões, apoiando-nos para isso no modelo proposto por Mergenthaler e Stinson (1992). Este modelo permitiu a sua aplicação em transcrições relativas a cinco sessões de cada caso, pertencentes a diferentes fases do processo Psicoterapêutico e que correspondiam às sessões 1, 4, 8, 12 e 16. De salientar, como descrito anteriormente, que no caso de *Luísa* a sessão nº3 foi transcrita em substituição da sessão nº4.

Os procedimentos de análise de dados em termos de assimilação (codificação segundo a APES) foram apoiados na metodologia qualitativa, sustentado em quatro passos (Brinegar, Salvi, Stiles & Greenberg, 2006; Honos-Webb et al., 1998, Stiles & Angus, 2001).

Deste modo, o primeiro passo faz referência à familiarização e categorização do conteúdo das transcrições, analisado ao detalhe para possível identificação dos temas que emergiram ao longo da terapia, em ambos os casos. Este processo foi realizado de forma individual, tendo as investigadoras, posteriormente discutido as problemáticas eminentes.

O segundo passo faz alusão à identificação dos temas emergentes que se caracterizaram como centrais na terapia, bem como à identificação das vozes dominante e problemática.

Neste sentido, no caso da *Luísa*, os temas centrais divergem, isto é, o tema *família disfuncional* não proporciona estabilidade emocional (afetos, figuras de referência) e o seu esquema de funcionamento assenta na procura de afetos e segurança (a má relação com o pai e a revolta pela postura da mãe em relação ao pai); e o tema das *relações íntimas*, nas quais manifesta distanciamento face aos outros e ao mesmo tempo uma procura desesperada de afeto, evidenciada por uma dependência exagerada em estar sempre envolvida em relacionamentos. Neste sentido, a voz dominante, indicava “*eu não preciso dos outros para ter valor* (por isso envolve-se em várias relações sem nunca se envolver profundamente em nenhuma e é sempre a que domina e cria as regras nas relações). Relativamente à voz problemática, esta reflete que “*eu preciso dos outros para ter valor*” (necessidade de se manter numa relação, necessidade de ser amada).

No caso da *Margarida*, identificámos dois temas centrais: a dificuldade em estabelecer relacionamentos e o desejo de ser mãe/casamento. No que respeita ao tema dos relacionamentos identificámos uma preocupação exagerada com a mãe e distanciamento do

pai, vendo a mãe com a única fonte de apoio; a dificuldade na relação com os outros, no qual perspectiva - “ eu não tenho valor” e conseqüentemente uma maior tendência para uma postura de desconfiança e suspeição, evitando o relacionamento interpessoal, afastando-se de todas as possibilidades de relacionamento com os outros, mesmo nas relações que já mantinha. Manifesta ainda neste tema uma dificuldade em ser assertiva, no local de trabalho, o que cria desconforto e elevado mal-estar, pelo que assume uma postura passiva, o que a deixa revoltada por não conseguir impor os seus limites. Em relação ao tema desejo de ser mãe/casamento, está presente um sentimento de ter falhado, de ser incapaz aliado ao que socialmente era esperado para uma mulher. Relativamente à voz dominante, esta reflete a crença de que "não tenho valor" não posso contar com os outros, os outros não gostam de mim, os outros rejeitam-me. Por outro lado, a voz problemática, reflete contrariamente a necessidade em ser amada e aceite pelos outros.

O terceiro passo refere-se à seleção dos excertos das transcrições das sessões, nos quais estão expressas as experiências problemáticas, discriminadas como temas e vozes. Ou seja, o terceiro passo constitui um conjunto de passagens extraídas das transcrições que ilustram cada uma das vozes identificadas no segundo passo.

O quarto passo diz respeito à codificação dos excertos anteriormente selecionados, apoiados na escala APES (Stiles et al., 1990; 1991; Honos-Webb & Stiles, 1998; Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999), com o intuito de analisar a sequência da evolução das experiências problemáticas, das participantes, ao longo do processo Terapêutico. A codificação foi feita de forma independente entre as codificadoras para posteriormente discussão e acordo. Assim, foi realizado o ICC – *Intraclass Correlation Coefficient* (Shrout & Fleiss, 1979) tendo-se obtido uma classificação correspondente ao nível excelente: ICC .937.

De salientar que todos os procedimentos de recolha de dados, foram realizados por duas codificadoras, uma das quais, estudante de Doutoramento em Psicologia Clínica, bastante familiarizada com o Modelo de Assimilação, e por outra codificadora, que se encontra em fase de conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Por fim, uma das codificadoras era cega relativamente ao resultado terapêutico.

3. Resultados

O presente estudo visa analisar o processo de assimilação ao longo da terapia e a relação existente entre assimilação e a sintomatologia depressiva, ao longo de um processo

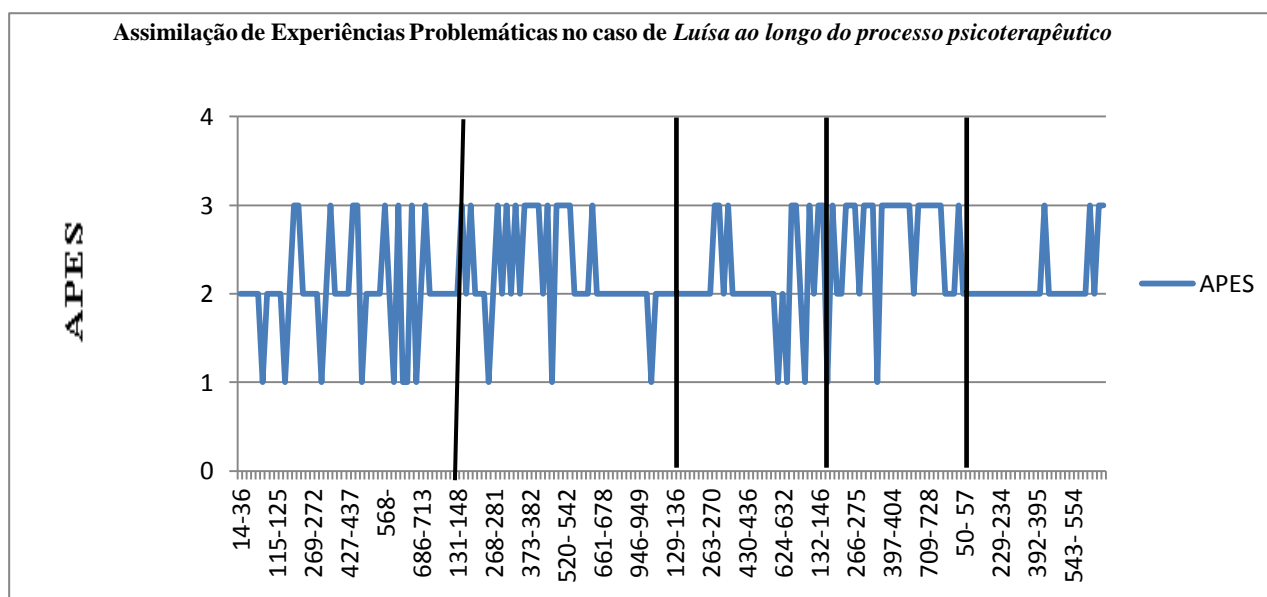
terapêutico de sucesso e de insucesso em Terapia Cognitivo- Comportamental, bem como a relação existente entre a sintomatologia e a assimilação.

3.1. Evolução da assimilação de experiências problemáticas no processo psicoterapêutico

3.1.1. Evolução da assimilação de experiências problemáticas no caso Luísa

Luísa, submetida a Terapia Cognitivo-Comportamental, apresentava uma voz dominante pouco submissa sobretudo, no que respeita ao estabelecimento de relacionamentos amorosos, demonstrando que “*eu não preciso dos outros para ter valor*”, levando-a a envolver-se em várias relações, simultaneamente, sem nunca se envolver profundamente em nenhuma. Ao longo do processo terapêutico foi possível perceber que a sua voz dominante, contrariava insistentemente a voz problemática, demonstrando uma necessidade em ser amada sob a forma “*eu preciso dos outros para ter valor*”. O progresso terapêutico de Luísa, representado na Figura 1., contempla os diferentes temas, bem como a voz dominante e voz problemática. Apesar do tema dos relacionamentos ter sido mais vincado ao longo das sessões, o tema da família apresentou uma evolução semelhante.

Figura 1 Evolução da Assimilação de Luísa ao longo do processo psicoterapêutico



A Figura 1 descreve a assimilação de experiências problemáticas ao longo de todo o processo psicoterapêutico, atendendo a todos os excertos selecionados nas sessões analisadas

(sessão 1, 3, 8, 12 e 16). Efetivamente, observou-se um padrão irregular em todo o processo, mostrando retrocessos ao longo das sessões. Deste modo, os níveis que predominaram foram os mais baixos (1 – *Pensamentos Indesejados*) e intermédios (nível 2 – *Reconhecimento Vago/Emergência* e 3 – *Formulação do Problema/Clarificação*), em especial nas primeiras sessões. Denotou-se uma certa circularidade da *Luísa*, como se tivesse dificuldade em imergir na sua abordagem dos temas como podemos verificar nos seguintes excertos ao longo do processo:

C: *“eh o facto é que isto acontece, acontece há muito tempo e eu começo a ficar cansada, não é? eh cansada da situação + e cansada física e psicologicamente (APES 2- sessão 3);*

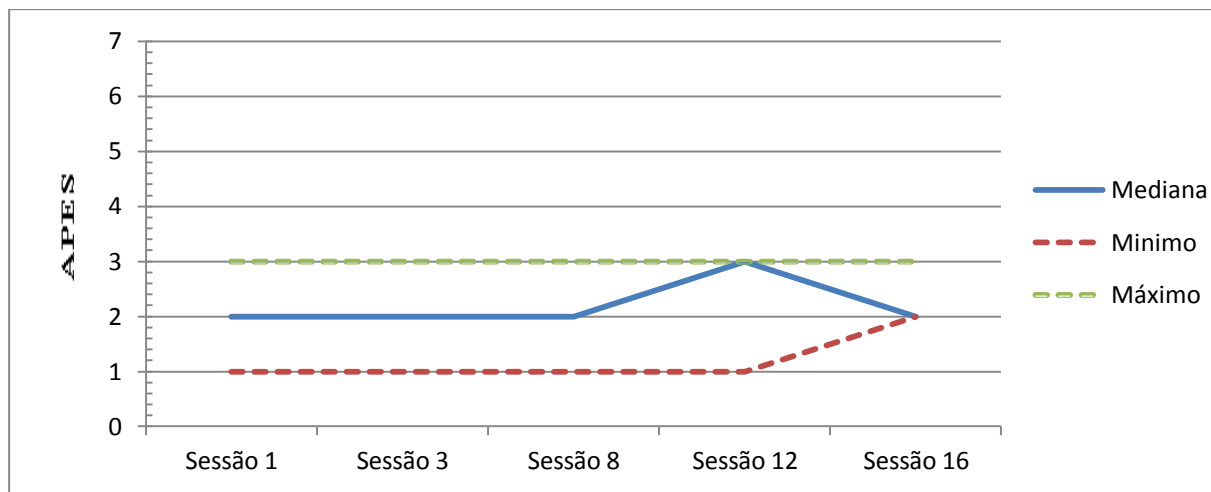
C: *era o medo de me sentir sozinha mas nem era por aí porque passei isso p’ro lado não é? Distanciei-me disso e nem é o medo de sentir-me sozinha porque eu não estou sozinha + certo? e estar sozinha também é bom às vezes - - - foi mesmo hm pela pessoa porque gostava de a manter na minha vida nem que nem que fosse como amigo porque eu gostava mesmo dele senão não. e fiquei assim mais senti-me triste (APES 2- sessão 12);*

C: *“tens razão + tens razão’ ‘mas eu não quero ter razão eu quero é que tu digas que vais mudar’ ‘pois mas eu não posso dizer isso + só posso dizer que tens razão’ pronto portanto foi um bocadinho nessa lógica ele depois saiu eu não lhe disse mais nada e passado um tempo mandei-lhe mensagem não é? tipo vim embora e tu nem sequer vieste atrás” (APES 2 – sessão 16).*

De salientar que neste caso o nível 4 nunca foi atingido. Há, no entanto, vários aspetos interessantes a ter em conta. Esta cliente, apesar de ser um insucesso, é um “responder” – ou seja, tem mudança fiável e há uma sessão (a 12) em que apresentava valores subclínicos do BDI-II. Se olharmos para a figura 2, vemos que nessa sessão está predominantemente no nível 3, sendo provavelmente a sessão com nível médio mais elevado, mas nunca chega a atingir o 4. Seguidamente apresentamos as medianas e as frequências relativas, que nos permitem confirmar estes dados com mais clareza. Verificou-se também que apesar de não ter atingido o nível 4, de uma forma geral parece aumentar o nível de assimilação, visto que, a partir da sessão 12 deixa de apresentar o retrocesso para o nível 1 e, mantêm-se entre os níveis 2 e 3.

Figura 2

Evolução das medianas do nível da APES por sessão no caso Luísa



No gráfico da figura 2 as medidas de dispersão utilizadas foram o máximo e o mínimo. Assim, o nível máximo atingido de assimilação corresponde ao nível 3 e o mínimo corresponde ao nível 1 da APES. No que respeita à mediana, verificou-se que se mantém constante até à sessão 8, correspondendo ao nível 2 da APES. Curiosamente na sessão 12 observou-se que a mediana aumentou para o nível 3, mas na última sessão, decresceu novamente para o nível 2 da APES, denotando-se os retrocessos, no que respeita ao processo de assimilação. Através da presente análise, foi possível constatar que não se verificou uma evolução significativa na assimilação das experiências problemáticas da *Luísa*, assumindo, desta forma, a não integração das vozes como podemos ver nos seguintes excertos:

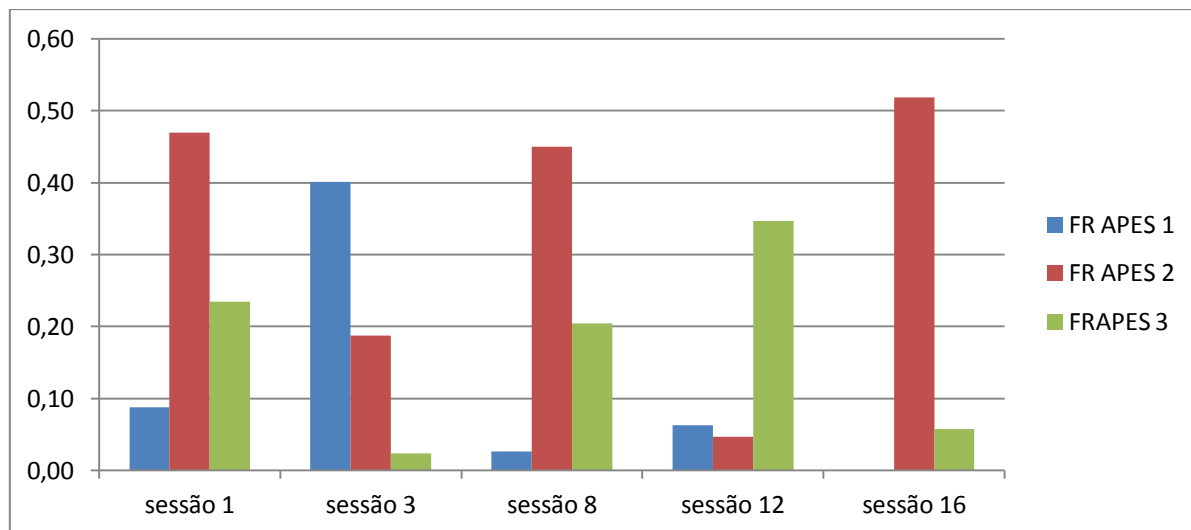
T: “mas foi complicado? Ou foi tão complicado como não imaginava que fosse?”

C: é mais uma vez sentir a frustração de não conseguir estabelecer uma relação co- saudável com ele – porque num tava à espera que ele tivesse atitudes de de um homem de trinta hm não! Mas – sei lá como quando eu fui ter com ele eu realmente fui ter com ele numa postura de (barulho no exterior) sentia-me mesmo falta; (APES 2- sessão 16).

A figura 3. diz respeito às frequências relativas do nível de assimilação por sessão. De salientar que as frequências relativas foram calculadas atendendo ao número de palavras que constituíam os excertos selecionados de ambos os temas, para cada um dos níveis da escala APES, dividindo depois pelo número total de palavras da sessão, pelo que o somatório da frequência relativa não dá os 100%.

Figura 3

Evolução das Frequências Relativas do nível da APES por sessão no caso Luísa



Através da presente análise foi possível observar que o nível 2 da APES predominou ao longo das sessões, com exceção da sessão 12, onde se verificou um aumento do nível 3 e, conseqüentemente uma diminuição dos níveis mais baixos. Percebemos também que nas primeiras sessões os níveis mais baixos da escala sobressaem, apesar de na sessão 1 o nível 3 estar bastante vincado. Na sessão 3, por sua vez, verificou-se um aumento exponencial do nível 1, decrescendo o nível 2 e 3 da APES. Contrariamente, na sessão 8 registou-se que o nível 1 diminui, aumentando o nível 2 e, o nível 3 significativamente. Na sessão 12, claramente aferimos a predominância do nível 3 ao longo da sessão. Curiosamente na última sessão, já não encontramos o nível 1 e, percebemos uma redução drástica do nível 3. Importa referir, que apesar do nível 2 (*Reconhecimento Vago/Emergência*) ser mais o proeminente ao longo de todo o processo, em todas as sessões verificámos a existência do nível 3, mesmo que de forma irregular.

3.1.2. Evolução da assimilação de experiências problemáticas no caso Margarida

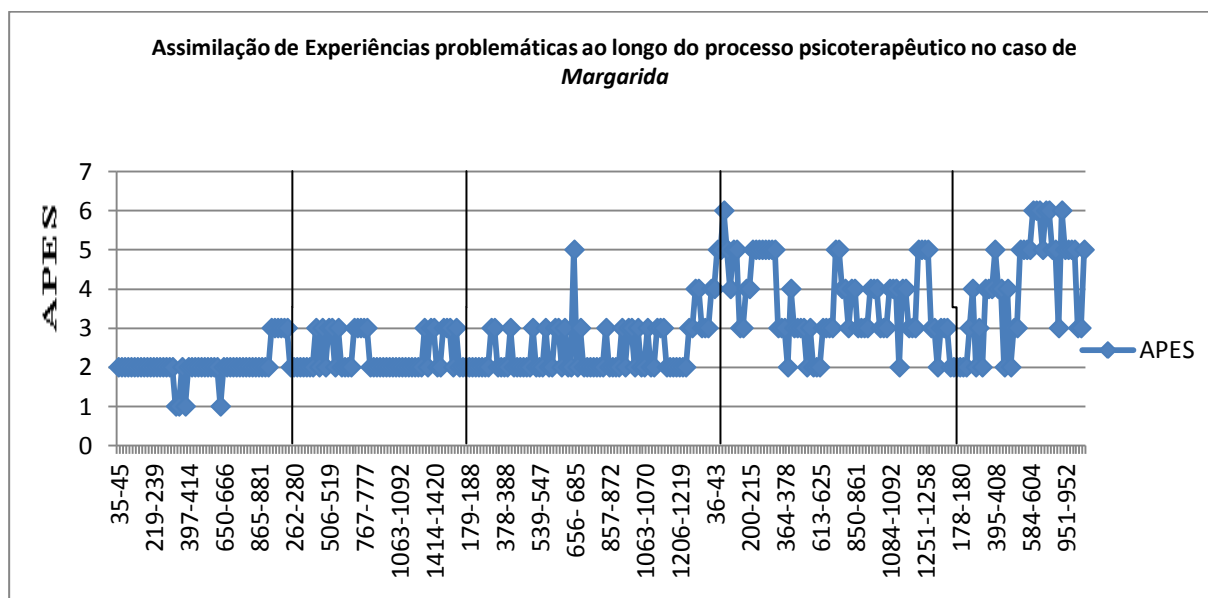
Margarida, à semelhança do caso anterior, também foi atendida em Terapia Cognitivo-Comportamental. Neste caso, a voz dominante representava as dificuldades demonstradas pela cliente, em especial no relacionamento com os outros, demonstrando que "não tenho valor, não posso contar com os outros, os outros não gostam de mim, os outros

rejeitam-me”. Relativamente à voz não dominante esta espelha a necessidade em “*ser amada e aceite pelos outros*”.

Na figura que se segue, apresentamos a análise do processo de assimilação ao longo das sessões analisadas, dos temas que emergiram como “*a dificuldade em estabelecer e manter relacionamentos*” e “*o desejo de ser mãe/casamento*”, que ao longo das sessões estiveram lado a lado.

Figura 4

Evolução da Assimilação de Margarida ao longo do processo psicoterapêutico



Como podemos verificar, a Figura 4 descreve a assimilação de experiências problemáticas ao longo de todo o processo psicoterapêutico atendendo a todos os excertos selecionados nas sessões analisadas (sessão 1, 4, 8, 12 e 16). Efetivamente, foi possível observar que nas primeiras sessões analisadas predominavam os níveis mais baixos da APES, mas, à medida que o processo terapêutico decorre, verifica-se o aumento dos níveis de assimilação. À semelhança do caso anteriormente descrito, verificou-se um padrão irregular em todo o processo, mostrando retrocessos ao longo das sessões.

Os seguintes excertos pretendem dar conta da evolução do processo de assimilação da *Margarida* ao longo psicoterapêutico evidenciando as pontes de significado que estabeleceu entre as diferentes vozes, integrando-as:

T: *mm-hm não tem vontade?*

C: (acena com a cabeça no sentido de negatividade) de me ligar às pessoas (acena com a cabeça no sentido de negatividade) apesar de eu ah quer dizer o exemplo da minha sobrinha foi de que ah foi a prova de que eu preciso (T: mm-hm) não é? porque é como uma esponja + muita sede hm mas ao mesmo tempo eu não me esforço minimamente para estabelecer ligações (T: mm-hm) (APES 3- sessão 8)

T: mm-hm está diferente

C: completamente (T: mm-hm) portanto ela agora o que tiver a dizer ah diz e ah se tiver que ir vai e não se acanha e por acaso é totalmente diferente (T: mm-hm) por exemplo naquela situação que eu tive há há uns tempos atrás que eu entrei numa loja (T: mm-hm) e a empregada teve aquela reação eu depois comentei com ela e ela foi lá portanto não é? ela não tem não tem qualquer receio de que ah ela antigamente era mais fechada e (T: mm-hm) mais medrosa e não e agora não (APES 4 - sessão 12)

T: ok podemos não estar frequentemente mas são relações até que podemos investir um dia ou, não sei se a Margarida vê essa possibilidade

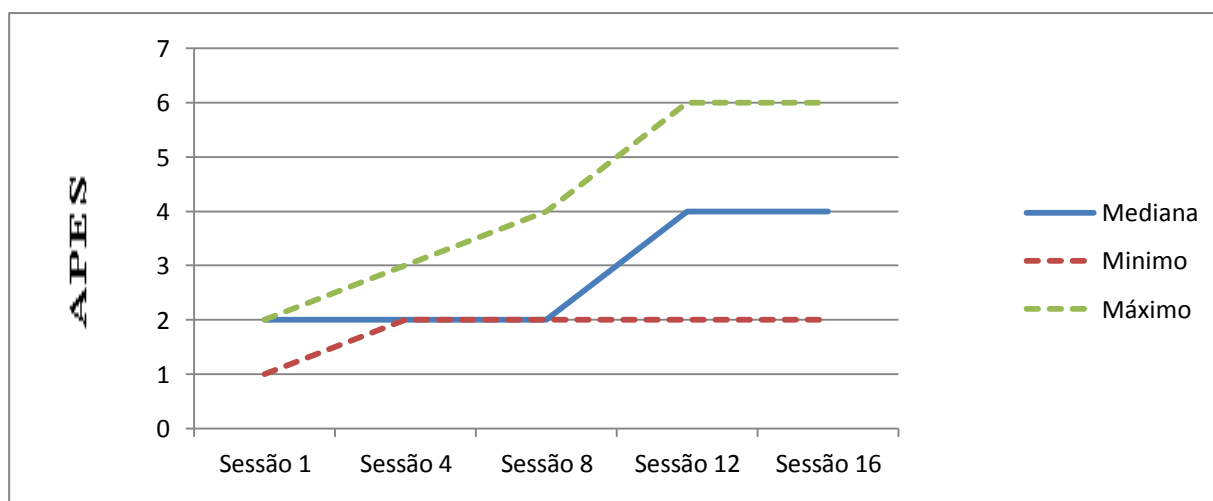
C: investir como?

T: de estar mais tempo com as pessoas ou

C: ah sim sim com qualquer uma delas sim (APES 5 - sessão 16)

Figura 5

Evolução das medianas, máximo e mínimo do nível da APES por sessão no caso Margarida



O gráfico da figura 5 ilustra as medidas de dispersão das variáveis ordinais, o máximo e o mínimo. Neste sentido, no caso de *Margarida* o máximo corresponde ao nível 6 e o

mínimo corresponde ao nível 1 da APES. Em relação à mediana verificou-se que se mantém constante até a sessão 8, correspondendo ao nível 2 da APES. Nas sessões seguintes (sessão 12 e 16) observou-se que a mediana aumentou para o nível 4 da APES. Através da presente análise, foi possível verificar uma evolução crescente na assimilação das experiências problemáticas da *Margarida*, assumindo a integração entre ambas as vozes sob a forma de “*eu sou capaz de manter relacionamentos, embora nem sempre sinta necessidade de o fazer*”, representadas nos temas supramencionados, como podemos verificar nos seguintes excertos:

C: “*sim as pessoas que estavam lá era por mim não tenho dúvidas nenhuma não eram muitas mas também não senti necessidade que fossem muitas eram especiais*”; T: *tenho pessoas que gostam de mim* ´

T: *consegue acreditar nisto?*

C: *sim consigo consegui;*

T: *de alguma forma fomos para um mundo novo;*

C: *e também foi de alguma forma valorizar no fundo o que eu se calhar me cansei e deixei de valorizar no outro (T: mm-hm) porque eu saí do outro quando, por toda a gente me conhecer e ser aquilo sentir-me sufocada e não achar que as pessoas lá ah fossem verdadeiras em muitas das relações que lá existem mas ao mesmo tempo quando ao mesmo tempo fui para um mundo novo mas ao mesmo tempo quero também me integrar um pouco sentir-me um pouco de calor (APES 4- sessão 16)*

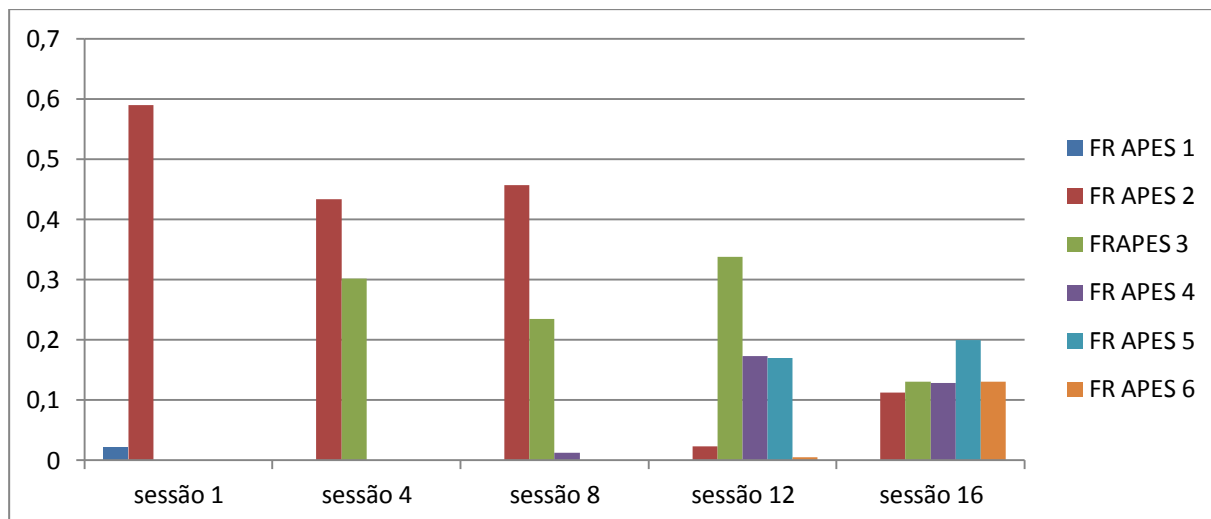
T: *este é o é suposto (sorri)*

C: *o é suposto e mas vou tentar e já pensei vou tentar não forçar as minhas essa ideia que tenho de mas tentar ir fazendo e estando e ir planeando algumas coisas p´ra contrariar a minha tendência de estar sozinha (APES 5- sessão 16)*

Seguidamente apresentamos as frequências relativas dos níveis de assimilação de todos os excertos analisados em todas as sessões, atendendo ao número de palavras.

Figura 6

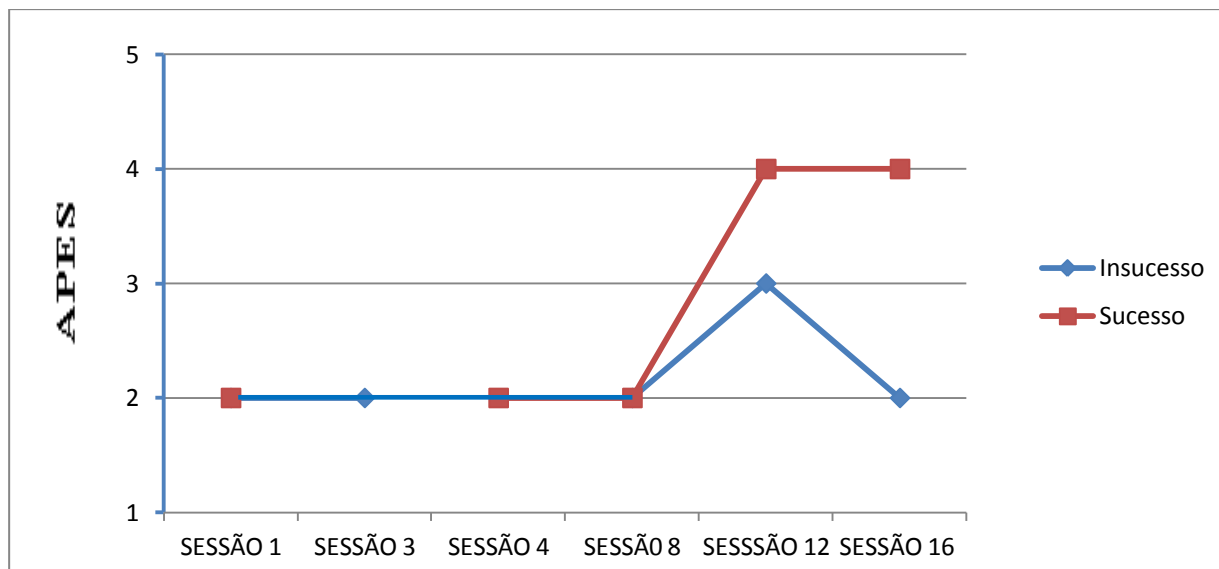
Evolução das Frequências Relativas do nível da APES por sessão no caso Margarida



Da análise deste gráfico, percebemos que na primeira sessão apenas se registaram os níveis mais baixos da APES. Na sessão 4, o nível 1 deixou de estar presente e verificou-se uma ligeira diminuição do nível 2 e a presença do nível 3 da escala APES. Na sessão 8, o nível 2 voltou a aumentar ligeiramente, o nível 3 diminuiu também e, apesar de pouco evidente já se verifica a presença do nível 4. Curiosamente na sessão 12, observou-se alterações bastante significativas, tendo-se verificado uma diminuição bastante acentuada da redução do nível 2. Observou-se ainda um aumento exponencial do nível 3 e a presença de níveis mais elevados da escala como o nível 4, 5 e 6. Importa salientar que o nível 4 e o nível 5 registam aproximadamente a mesma frequência. Na última sessão, o nível 5 predominou, apesar de se verificar a existência dos restantes níveis, aproximadamente com a mesma frequência. Deste modo e, de acordo com os dados resultantes da análise da mediana, é notória a evolução da assimilação das experiências problemáticas da *Margarida* e a integração da voz problemática na comunidade de vozes. De salientar que a cliente gradualmente e, ao longo das sessões vai apresentando uma maior diversidade de níveis apresentados. No início apenas alterna entre dois níveis (1 e 2 ou 2 e 3), mas nas sessões finais registaram-se quase todos os níveis, predominando os mais elevados.

Figura 7

Comparação das medianas dos dois casos

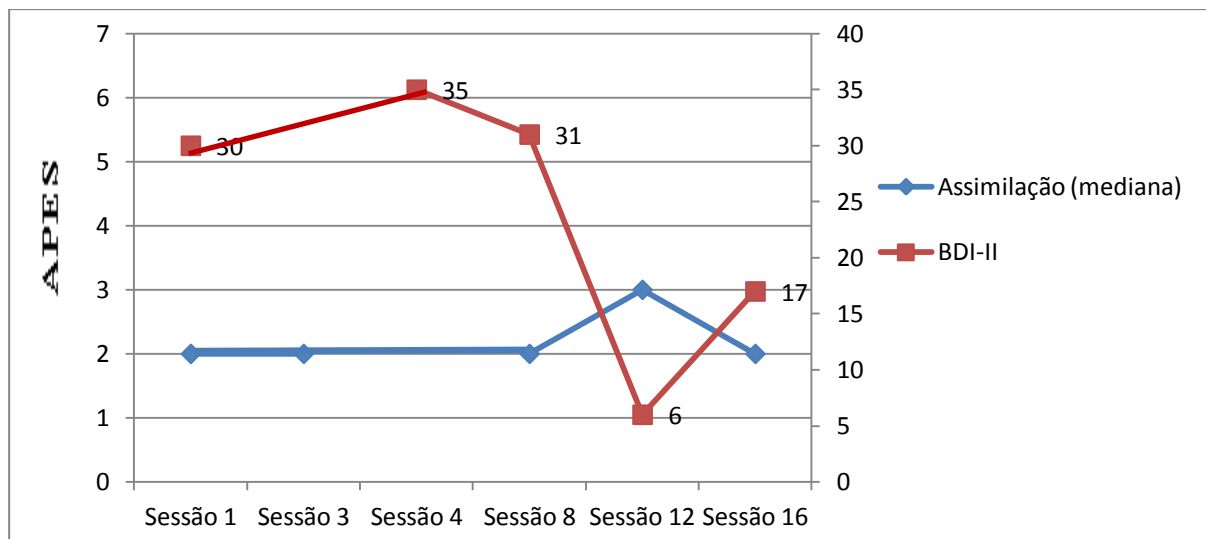


Relativamente à comparação dos dois casos, percebemos, através da análise do seguinte gráfico, que no caso de sucesso, a evolução das experiências problemáticas foi notável tendo-se iniciado no nível 2 (*Reconhecimento Vago/Emergência*) e progredindo gradualmente até ao nível 4 (*Compreensão/Insight*), sendo que na sessão 12 verificaram-se as maiores diferenças entre os níveis médios dos casos. Deste modo, em ambos os casos, na sessão 12, observou-se um aumento dos níveis de assimilação, mas no caso de insucesso, decresceu na última sessão. Percebemos então, que no caso de sucesso, o valor da mediana apesar de constante nas primeiras sessões, aumentou nas últimas sessões correspondendo ao nível 4 da APES, enquanto que o valor da mediana para o caso de insucesso, mantém-se quase sempre constante ao longo das sessões, com exceção da sessão 12, atingindo o nível 3 da escala de experiências problemáticas. Apesar de o caso de sucesso ter evoluído para níveis mais elevados que o caso de insucesso, na verdade, o padrão de evolução é muito semelhante, devido provavelmente ao facto de o sucesso não ser muito significativo e o insucesso ser um “responder”. Seguidamente apresentamos os resultados da sintomatologia apresentada e a evolução da assimilação.

3.1.3. Evolução da relação entre a assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia depressiva

Figura 8

Evolução da assimilação e da sintomatologia depressiva da Luísa de acordo com o BDI-II

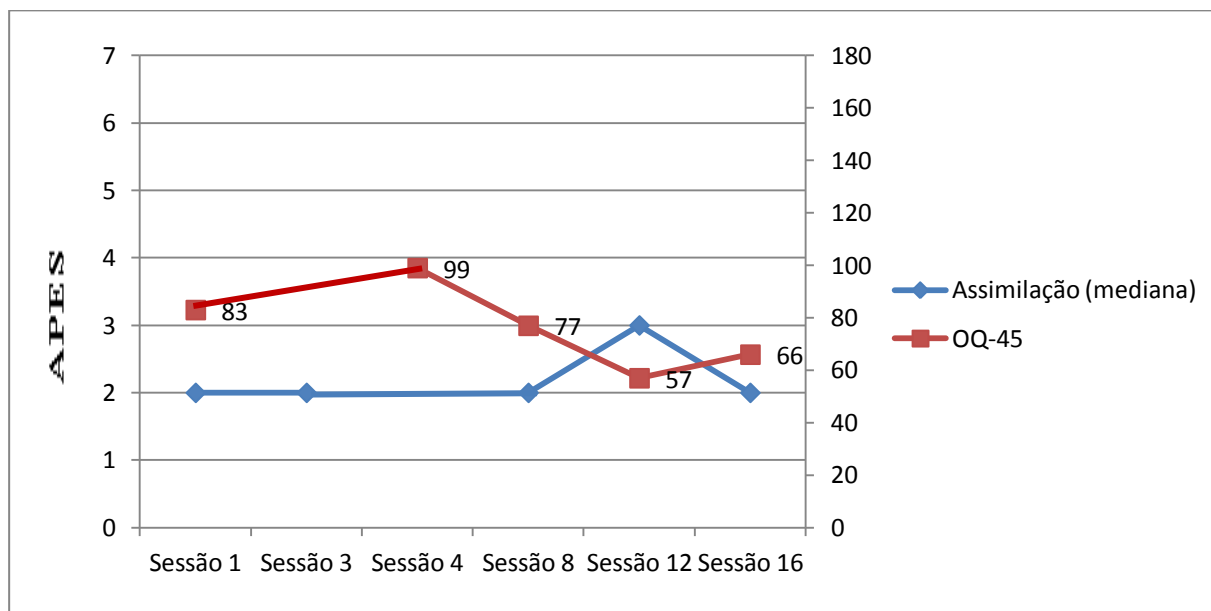


No caso da sintomatologia depressiva, observável através da figura 8, percebemos que nas primeiras sessões registou-se um ligeiro aumento, seguido de uma diminuição dos valores. De salientar que na sessão 12 registou-se um aumento do nível de assimilação e, simultaneamente, uma diminuição da sintomatologia demonstrada. O mesmo verificou-se na sessão 16, quando se regista uma diminuição dos níveis de assimilação da APES e um aumento imediato da sintomatologia. Estes dados sugerem a existência de uma relação negativa que se estabelece entre a assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia depressiva. Ou seja, a medida que uma aumenta a outra diminui.

O caso da *Luísa* é considerado insucesso, uma vez que, não baixou do ponto de corte do BDI-II (14), mas apresenta mudança clinicamente significativa (*reliable change*), já que tem uma diferença entre o início e fim superior a 7.75, tendo por base o valor obtido segundo os critérios de Jacobson e Truax (1991) sobre *reliable change index*. Há ainda outro aspeto a destacar neste caso, como a diminuição da sintomatologia entre a sessão 4 e 12.

Figura 9

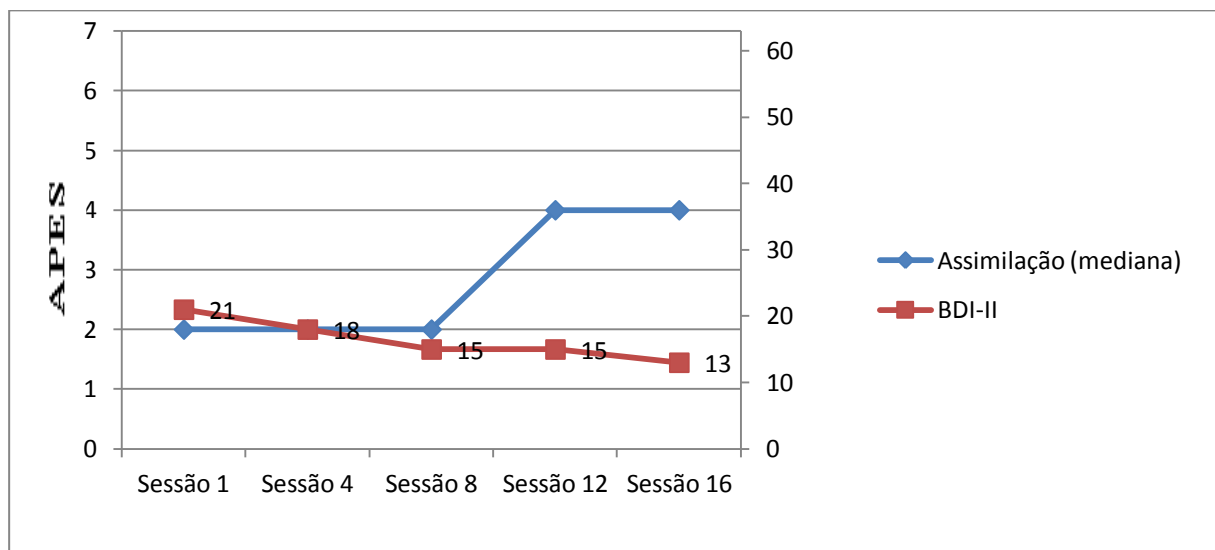
Evolução entre a assimilação e a sintomatologia depressiva da Luísa de acordo com o OQ-45



Da análise desta medida de processo, percebemos que apesar de haver uma pequena alteração da sintomatologia ao longo das primeiras sessões, é precisamente na sessão 12, na qual a cliente atinge o seu nível máximo de assimilação (nível 3), que o valor da sintomatologia reduz. Ou seja, é possível observar, à semelhança do descrito anteriormente em relação aos dados do BDI-II, que à medida que o nível de assimilação de acordo com a APES aumentou, a sintomatologia depressiva decresceu e, contrariamente, à medida que o nível de assimilação diminuiu a sintomatologia aumenta, como acontece na sessão 16. Estes dados apontam novamente para a existência de relação negativa entre o processo de assimilação e a sintomatologia demonstrada. Mais ainda, na sessão 16 a assimilação decresce novamente para o nível 2 e a sintomatologia aumenta novamente, o que parece mais uma vez indicar a existência desta relação negativa entre a sintomatologia e o processo de assimilação.

Figura 10

Evolução entre a assimilação e a sintomatologia depressiva da Margarida de acordo com o BDI-II

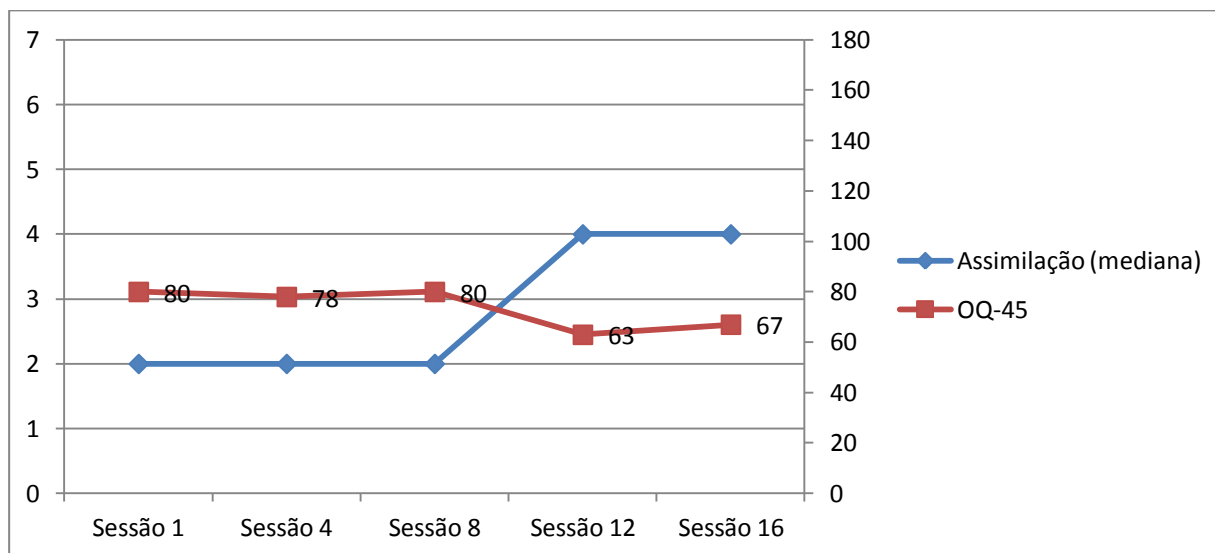


Da análise do presente gráfico ilustrativo da relação existente entre a assimilação e a sintomatologia depressiva de acordo com o BDI-II no caso da *Margarida*, observou-se que a sintomatologia depressiva foi decrescendo gradualmente, enquanto que, a assimilação se manteve constante até a sessão 8 e, nas restantes sessões aumentou substancialmente.

No caso de *Margarida* verificou-se mudanças clinicamente significativas, uma vez que no final da intervenção apresenta valores do BDI-II abaixo do ponto de corte (14) e uma diferença entre o início e o fim da terapia, superior a 7.75, tendo por base o valor obtido mediante os critérios de mudança clinicamente significativa (Jacobson & Truax, 1991). No entanto, podemos considerar que isso acontece marginalmente, já que tem valor final de 13 (muito próximo do 14). Verificámos ainda, que a cliente atinge o nível 4 antes de ficar com sintomatologia sem relevância clínica e, registam-se níveis muito elevados de assimilação (5 e 6) em sessões em que mantém valores relevantes de BDI – II, como no caso da sessão 12 e 16. De igual forma, a figura 11 realça a evolução da relação existente entre a assimilação e a sintomatologia geral da *Margarida* de acordo com o OQ-45.2.

Figura 11

Evolução entre a assimilação e a sintomatologia depressiva da Margarida de acordo com o OQ-45.2.



Com efeito, através da análise do gráfico, percebemos que em termos de sintomatologia, nas primeiras 3 sessões, apenas se registaram pequenas alterações e, em relação à assimilação, esta mantém-se constante. Nas sessões seguintes, a assimilação aumenta e a sintomatologia diminui. Verificou-se que no caso da sintomatologia geral, de acordo com o OQ-45.2, perdura uma relação negativa entre a assimilação e a sintomatologia da *Margarida*. De notar que em ambos os casos, no momento em que a sintomatologia diminui, a assimilação aumenta.

3.1.4. Comparação do caso de Luísa e do caso de Margarida

Relativamente à análise da relação entre as variáveis assimilação e sintomatologia (Figura 11), o caso de insucesso (*Luísa*) e o caso de sucesso (*Margarida*) foi efetuado o teste *Rho de Spearman* para testes não paramétricos, através do SMA. Este tipo de programa foi desenvolvido para analisar dados temporais que podem ser correlacionados e, permite encontrar a relação entre as variáveis. Neste sentido, os resultados obtidos indicam que existe uma correlação negativa significativa entre a variável assimilação e a variável da sintomatologia geral ($Rho = -0,7260223$, $p = ,024$, para a correlação entre o OQ- 45.2 e mediana da assimilação). Contudo, apesar de se verificar a existência de uma correlação

negativa entre o BDI-II e a mediana da assimilação ($Rho = -0,278014$, $p = ,0227$), esta é bastante mais modesta. Importa também fazer referência que, a sessão 4 do caso de insucesso não foi gravada, tendo sido substituída pela sessão 3, como descrito anteriormente. Neste caso foi necessário converter os valores do OQ-10 em valores comparáveis com os potencialmente obtidos pelo OQ-45 (multiplicação por 4,5).

4. Discussão dos resultados

O Modelo de Assimilação foca-se no processo de mudança psicológica, na descrição de um relacionamento de mudança entre vozes de experiências problemáticas e a comunidade de vozes dominante, estando a ser cada vez mais utilizado no contexto psicoterapêutico. Assim sendo, o presente estudo foca-se numa abordagem Cognitivo-Comportamental, devido a escassez de investigações neste tipo de abordagem (Caro Gabalda, 2003a). Deste modo, o presente estudo debruça-se sobre um caso de sucesso (*Margarida*) e um caso de insucesso em terapia Cognitivo-Comportamental (*Luísa*), a fim de tentar perceber a evolução da assimilação das experiências problemáticas, fornecendo desta forma, um aprofundamento do conhecimento empiricamente validado sobre a teoria. Outro aspeto que gostaríamos de destacar prende-se ao facto de estarmos perante um estudo longitudinal, o que nos permite analisar a relação que se estabelece entre sintomatologia e assimilação ao longo do processo psicoterapêutico e, uma maior compreensão sobre a relação entre estas duas variáveis.

Em primeira instância, gostaríamos de perceber como evoluiu o processo de assimilação de experiências problemáticas no caso de sucesso e de insucesso em Terapia Cognitivo-Comportamental, através da comparação de ambos os casos. Deste modo, em diferentes abordagens terapêuticas, a sequência da classificação dos níveis da APES, nos discursos dos clientes, não é linear; pelo contrário, segue um padrão irregular ou dentado, mesmo nos casos considerados de sucesso (Caro Gabalda & Stiles, 2009; Goodridge & Hardy, 2009; Osatuke et al., 2005). À semelhança dos estudos levados a cabo por Caro Gabalda (2006a, 2006b) em casos de sucesso e insucesso, os nossos resultados mostram que o progresso ao longo da APES esta longe de ser regular, denotando-se muitas flutuações, registando-se um padrão irregular em todo o processo, mostrando retrocessos dentro das sessões. Isto indica que o progresso na terapia raramente é contínuo e, que pode ser

caracterizado por um movimento que regista avanços e recuos e, segundo Osatuke et al. (2005) trata-se de um padrão mais característico em terapias cognitivas. O facto de se verificarem retrocessos ao longo da psicoterapia, não significa que bons resultados terapêuticos não sejam alcançados (Caro Gabalda & Stiles, 2009), como foi possível concluir no presente estudo.

Por outro lado e, consistentemente com as expectativas do modelo de assimilação, o caso de sucesso atingiu níveis médios de assimilação superiores ao caso de insucesso. Este estudo também aponta para a confirmação da importância da passagem da assimilação do nível 3 para o nível 4. Teoricamente, esta passagem é caracterizada por uma reconciliação entre as vozes internas, facilitando desta forma, a compreensão e assimilação da experiência problemática (Brinegar, Salvi, Stiles & Greenberg, 2006). Na formulação de vozes do Modelo de Assimilação, o nível 4 da escala de APES indica que a voz dominante e a voz problemática conseguem reconhecer e dialogar, construindo uma ponte de significado (Osatuke et al., 2007). Os diversos estudos parecem indicar que a obtenção de, pelo menos, o nível 4 da APES encontra-se associado ao sucesso terapêutico, permitindo inferir a relação positiva existente entre a assimilação de experiências problemáticas e a mudança ocorrida durante o processo psicoterapêutico (Detert et al., 2006; Caro Gabalda, 2003, Caro Gabalda, 2006b), o que bem corroborar os nossos resultados. Deste modo, o presente estudo longitudinal parece apontar para que esta passagem possa ser não só essencial para o sucesso, mas como também parece anteceder a diminuição da sintomatologia para níveis subclínicos. Goodridge e Hardy (2009) verificaram que, um aumento médio dos níveis da APES (pelo menos o nível 4), caracteriza-se pela redução da sintomatologia, aspeto sustentado na presente investigação. Assim sendo, através da análise de ambos os casos e, em concordância com os resultados obtidos por Detert e colaboradores (2006), relativamente à relação que se estabelece entre o sucesso terapêutico, sublinhamos a obtenção de, pelo menos o nível 4 da APES, para se atingir o sucesso terapêutico. De outra forma, foi possível constatar que o caso de sucesso atingiu os níveis mais elevados da escala, estabelecendo-se, desta forma, o diálogo cooperativo entre as vozes, através da construção de *pontes de significado*, levando à redução da sintomatologia depressiva apresentada, conferindo então, o sucesso psicoterapêutico.

Por último, analisamos qual a relação entre a assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia ao longo do processo da Terapia Cognitivo-Comportamental. Assim sendo, no que se refere à sintomatologia foi possível verificar a

existência de uma relação negativa entre a assimilação de experiências problemáticas e a sintomatologia apresentada, ou seja, à medida que se regista um aumento do nível de assimilação, a sintomatologia depressiva diminui e, contrariamente, quando a assimilação diminui, a sintomatologia aumenta. Isto está de acordo com as expectativas geradas por estudos prévios, se bem que sem uma avaliação longitudinal ao longo do processo (Caro Gabalda, 2003a; Detert et al., 2006; Field et al., 1994; Honos-Webb et al., 1998, Stiles, 1999; Stiles et al., 1991). Contudo, é imperativo realçar o facto de, no caso de *Margarida*, ter-se verificado a presença do nível 4 da APES antes de ficar com sintomatologia sem relevância clínica e, ter-se registando níveis muito elevados de assimilação (5 e 6) em sessões em que a cliente mantém valores relevantes de BDI-II. Neste sentido, o facto de se registarem níveis elevados de assimilação e valores relevantes do BDI-II, simultaneamente, serve como indicador de que o nível 4 antecipa, neste caso, a redução sintomatológica para níveis subclínicos, ou seja, primeiro ocorre a assimilação e, posteriormente se regista a redução da sintomatologia.

No caso de *Luísa* constatámos que podem haver resultados subclínicos no BDI-II sem que haja assimilação superior. Quer isto dizer que, possivelmente, pelo facto de não ter atingido nível 4 de assimilação levou a que os progressos fossem efémeros, houvesse rapidamente um retrocesso no processo, com aumento da sintomatologia depressiva. Isto pode ainda indicar que para haver uma redução sintomatológica significativa e estável pode ser importante atingir, primeiramente níveis de assimilação mais elevados e, que coloca a hipótese que por isso é que a cliente, apesar de responder ao tratamento, ainda apresenta sintomas clinicamente significativos

As observações e outros estudos de caso de assimilação de Honos-Webb, Stiles, et al. (1998) (por ex., Field et al., 1994; Honos-Webb et al., 1999; Shapiro et al., 1992; Stiles et al., 1991, 1992, 2004) sugeriram que a melhoria sintomática está associada ao entendimento ou percepção da experiência problemática (nível 4 da APES). Paralelamente, Kivlighan, Multon, e Patton (2000) após uma análise de 20 sessões de aconselhamento para 12 clientes, concluíram que o aumento da percepção da experiência problemática leva à redução de sintomas, pelo que a presente investigação vem corroborar esses resultados, visto que, no caso de sucesso a obtenção de níveis superiores da APES permitiu o progresso terapêutico. A assimilação é essencial para a mudança terapêutica, bem como com a prova de que níveis superiores de

assimilação estão associados a melhores resultados dos clientes, como foi possível verificar no presente estudo, relativamente ao caso de sucesso.

5. Conclusão, Limitações e Direções Futuras

O presente estudo pretende dar conta da relação existente entre o processo de assimilação de experiências problemáticas e a mudança terapêutica ao longo de um processo terapêutico de sucesso e de insucesso em TCC, relacionando-o com os resultados terapêuticos, no que se refere à sintomatologia depressiva. Assim, o modelo de assimilação é um modelo integrativo e consistente, que identifica os processos de mudança comuns e articula diferenças sistemáticas entre as diferentes abordagens. Pode ser entendido como o aparecimento e aceitação de vozes problemáticas na comunidade de vozes existente no *Self* (Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 2011). Assim, o modelo pretende indicar como se perspectiva a mudança terapêutica ao longo do processo, em função da assimilação (Stiles, 2001; 2002).

Tendo por base a escala APES, foram codificados e analisados os casos de *Margarida e Luísa*, com o intuito de aprofundar o conhecimento em relação a este modelo, segundo uma abordagem Cognitivo-Comportamental, uma vez que, que a maioria dos estudos levados a cabo, assentam em abordagens Experienciais. Deste modo, a pertinência do presente estudo advém da escassez de investigações que analisem o processamento da assimilação de experiências problemáticas à luz de uma abordagem Cognitivo Comportamental. Por essa razão, torna-se cada vez mais importante que sejam aprofundados os estudos neste tipo de abordagens, para compreender de forma mais complexa e detalhada o processo terapêutico, bem como, o resultado obtido em terapia. Assim sendo, de acordo com o modelo de assimilação (Stiles et al., 1990, 2011), quando estamos perante casos de sucesso, os clientes seguem uma sequência mais ou menos regular do processamento das experiências problemáticas, demonstrando o aumento de níveis mais elevados da APES. No que se refere à sintomatologia foi possível verificar a existência de uma relação negativa entre a assimilação e a sintomatologia. Quer isto dizer que, a medida que uma aumenta, a outra automaticamente diminui.

Stiles (2003) argumentou que os estudos de caso são tão científicos quanto qualquer outro método. Desta forma, a presente investigação teve por base a análise de dois estudos de

caso, o que permitiu um conhecimento mais aprofundado dos significados atribuídos pelos clientes às experiências problemáticas.

Os principais resultados deste estudo focam que, comparando o caso de sucesso com o caso de insucesso, em ambos os casos o processo não é linear, apresentado retrocessos ao longo do processo terapêutico. No que respeita à assimilação, foi possível verificar que no caso de sucesso terapêutico, registaram-se níveis mais elevados da escala de APES e, no caso de insucesso, apenas se registou o nível 3 como máximo, o que vem corroborar com os estudos anteriormente analisados. Verificou-se ainda, a existência de uma relação negativa entre a assimilação e a sintomatologia.

Importa referir que, apesar de exaustiva, a presente investigação comporta, de igual forma, algumas limitações, como, o facto de não serem analisadas todas as sessões de cada um dos casos, podendo ter-se perdido algum conteúdo de relevância.

Efetivamente, a maior parte dos estudos realizados sobre o modelo de assimilação de experiências problemáticas, focam-se em abordagens Experienciais ou Psicodinâmicas, denotando-se uma escassez em estudos em abordagens Cognitivo-Comportamental, pelo que a presente investigação contribui para a consolidação da análise do modelo neste tipo de abordagem. Por outro lado, trata-se de um estudo comparativo de sucesso versus insucesso, dentro da mesma abordagem terapêutica, o que permite realizar uma minuciosa leitura sobre como se processa a assimilação das experiências problemáticas.

Em jeito de conclusão, considero que futuras investigações, devem, para além de estudar um maior número significativo de processos terapêuticos em abordagem Cognitivo-Comportamental, aliar a relação que se estabelece em relação à sintomatologia, a fim de generalizar resultados e produzir um conhecimento mais válido e representativo do modelo de assimilação, de forma a permitir inferir que o modelo de assimilação é uma boa medida do processo de mudança terapêutica. Por último, parece-me integrante, tentar perceber o que acontece especificamente no nível 4 da escala da Apes, uma vez que, tendo por base a revisão da literatura, trata-se do ponto de viragem e preditor do sucesso terapêutico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T.; Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Brinegar, M. G., Salvi, L. M., Stiles, W.B. & Greenberg, L.S. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from Problem formulation to understanding. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 165-180. doi:10.1037/0022-0167.53.2.165
- Brinegar, M. G., Salvi, L. M., & Stiles, W. B. (2008). The case of Lisa and the assimilation model: The interrelatedness of problematic voices. *Psychotherapy Research*, 18, 657-666. doi:10.1080/10503300802183694
- Caro Gabalda, I. (2003a). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación (I) [The resolution of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation on the assimilation model (I)]. *Boletín de Psicología*, 79, 31-57.
- Caro Gabalda, I. (2003b). La resolución de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación según el modelo de asimilación: El análisis de Silvia (II) [The resolution of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation according to the assimilation model: Silvia analysis (II)]. *Boletín de Psicología*, 79, 59-84. doi: 10.1080/10503300600756436
- Caro Gabalda, I. (2005). A micro-analysis of the assimilation process in the linguistic therapy of evaluation. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 133-148. doi: 10.1080/09515070500136744

- Caro Gabalda, I. (2006a). The assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: How did María assimilate the experience of dizziness?. *Psychotherapy Research, 16*, 422-435. doi: 10.1080/10503300600756436
- Caro Gabalda, I. (2006b). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 16*, 436-452. doi: 10.1080/10503300600743897
- Caro Gabalda, I. (2007). La asimilación de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación. ¿Cómo asimiló María su incapacidad para hacer cosas? [The assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation. How assimilated Mary his inability to do things?]. *Boletín de Psicología, 89*, 47-73.
- Caro Gabalda, I. (2008). Assimilation of problematic experiences: A case study. *Journal of Constructivist Psychology, 21*, 151-172. doi: 10.1080/10720530701853735
- Caro Gabalda, I., & Stiles, W.B. (2009). Retrocesos no contexto de terapia linguística de avaliação. *Análise Psicológica, 2* (XXVII), 199_212.
- Caro Gabalda, I., Stiles, w.(2012). Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research, 23:1*, 35-53, DOI:org/10.1080/10503307.2012.721938.
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry, 17*, 222-2.
- 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*, 393-407. doi: 10.1080/10503300500294728
- Field, S. D., Barkham, M., Shapiro, D. A., & Stils, W. B. (1994). Assessment of Assimilation in Psychotherapy: a quantitative case study of problematic experiences with a

- significant other. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 397-406. doi: 10.1037/0022-0167.41.3.397
- Goodridge, D., & Hardy, G.E. (2009). Patterns of change in psychotherapy: An investigation of sudden gains in cognitive therapy using the assimilation model. *Psychotherapy Research*, 19, 114-123. doi: 10.1080/10503300802545611
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliot, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: Guilford.
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35, 23-33. doi: 10.1037/h0087682
- Honos-Webb, L., & Stiles, W. B. (2002). Assimilative Integration and Responsive Use of the Assimilation Model. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12, 406-420. doi: 10.1037/1053-0479.12.4.406
- 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, 264-286.
- Honos-Webb, L., Stiles, W.B., & Greenberg, L.S. (2003). A Method of Rating in Psychotherapy Based on Markers of Change. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 189-198. doi: 10.1037/0022-0167.50.2.189
- 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, 448-460.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). A Statistical Approach to Denning Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 12-19. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.12
- Kivlighan, D. M., Multon, K. D., & Patton, M. J. (2000). Insight and symptom reduction in time-limited counseling. *Journal of Counseling*, 47, 50-58. doi: 10.1037/0022-0167.47.1.50

- Lambert, M. (2012). The Outcome Questionnaire-45. *Integrating Science and Practice*, 2 (2), 24-27.
- Lambert, M. J., Hansen, N.B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M., Huefner, J., & Reisinger, C. (1996). *Administration and scoring manual for the OQ 45.2*. Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services.
- Lani, J. A., Glick, M. J., Osatuke, K., Brandenburg, C., Gray, M. A., Humphreys, C. M., Reynolds D., & Stiles, W. B. (2002). *Markers of assimilation manual*. Manuscrito não publicado. Department of Psychology, Miami University, Oxford, Ohio.
- Machado, P. P., & Fassnacht, D. (2014). (Paper submitted for publication). *Normative data, reliability and clinical significance cut-offs for the Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45)*.
- Mergenthaler, E. & Stinson, C. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2, 125-142. doi: 10.1080/10503309212331332904
- Osatuke, K., Glick, M. J., Stiles, W. B., Greenberg, L. S, Shapiro, D. A., & Barkham, M. (2005b). Temporal patterns of improvement in client-centered therapy and cognitive-behaviour therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 18, 95-108. doi: 10.1080/09515070500136900
- Osatuke, K., Humphreys, C. L., Glick, M. J., Graff-Reed, R. L., Mack, L. T., & Stiles, W. B. (2005a). Vocal manifestations of internal multiplicity: Mary's voices. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 78, 21-44.
- 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: In Session*, 63, 153-164. doi: 10.1002/jclp.20338
- Osatuke, K., Stiles, W. B., Barkham, M., Hardy, G. E., & Shapiro, D. A. (2011). Relationship between mental states in depression: The assimilation model perspective. *Psychiatry Research*, 190, 52-59. doi: 10.1016/j.psychres.2010.11.001

- Osatuke, K., Stiles, W. B., Barkham, M., Hardy, G. E., & Shapiro, D. A. (2011). Relationship between mental states in depression: The assimilation model perspective. *Psychiatry Research, 190*, 52-59. doi: 10.1016/j.psychres.2010.11.001
- Shapiro, D. A., Barkham, M., Reynolds, S., Hardy, G., & Stiles, W. B. (1992). Prescriptive and exploratory psychotherapies: Toward an integration based on the assimilation model. *Journal of Psychotherapy Integration, 2*, 253- 272.
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. Stiles, W. B. (1997). Signs and voices: Joining a conversation in progress. *British Journal of Medical Psychology, 70*, 169-176.
- Stiles, W.B.(1999): Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*,1-21. doi: 10.1080/10503309912331332561
- Stiles, W.B.(2001): Assimilation of problematic experiences. *Psychotherapy, 38*, 462-465. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.462
- Stiles, W.B.(2002): Assimilation of problematic experiences. In J.C. Norcross (comp.), *Psychotherapy relationships that works*. Cary: Oxford University Press.
- Stiles, W. B. (2003). When is a case study scientific research?. *Psychotherapy Bulletin, 38*, 6-11.
- Stiles, W. B. (2006). Assimilation and the process of outcome: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research, 16*, 389-392. doi: 10.1080/10503300600735497
- Stiles, W.B. (2007). Theory-building case studies of counseling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research, 7*, 122-127. doi: 10.1080/14733140701356742
- Stiles, W. B. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research, 21*, 367-384. Doi: 10.1080/10503307.2011.582186
- Stiles, W.B., & Angus, L. (2001). Qualitative research on clients' assimilation of problematic experiences in psychotherapy. In J. Frommer & D.L. Rennie (Eds.), *Qualitative*

- psychotherapy research: Methods and methodology* (pp. 112_127). Lengerich, Germany: Pabst Science Publishers.
- Stiles, W.B., Elliott, R., Llewelyn, S.P., Firth-Cozens, J.A., Margison, F.R., Shapiro, D.A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27, 411-420.
- Stiles, W. B., Meshot, C. M., Anderson, T. M., & Sloan, W. W. (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2, 81-101. doi: 10.1037/0033-3204.38.4.462
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 28, 195-206.
- Stiles, W. B., Osatuke, K., Glick, M. J., & Mackay, H. C. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. In H. H. Hermans & G. Dimaggio (Eds), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91- 107). New York: Brunner-Routledge.
- Stiles, W. B., Shankland, M. C., Wright, J., & Field, S. D. (1997). Aptitude-treatment interactions based on clients' assimilation of their presenting problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 889-893. doi: 10.1037/0022-006X.65.5.889
- Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Harper, H., & Morrison, L. A. (1995). Therapist contributions to psychotherapeutic assimilation: An alternative to the drug metaphor. *British Journal of Medical Psychology*, 68, 1-13.