



Olga Rodrigues

Nº 30796

Evolução do trabalho terapêutico com trabalho de cadeiras: Um estudo de caso

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob orientação do Professor Doutor João Salgado

Outubro, 2017

Resumo

O presente estudo analisa as intervenções do terapeuta no decorrer de um caso de sucesso em Terapia Focada nas Emoções. Especificamente, pretende-se investigar as tarefas de cadeiras usadas na intervenção, os estádios alcançados e a evolução na sintomatologia depressiva da participante. Além disso, analisa-se a evolução do trabalho terapêutico com tarefas de cadeiras num caso de sucesso de Terapia Focada nas Emoções. Tendo em conta que vários estudos indicam a aplicação eficaz das tarefas de cadeiras na Terapia Focada nas Emoções, é fulcral analisar o impacto da sua aplicação associada a melhorias significativas ao nível da sintomatologia. Neste sentido torna-se emergente a clarificação neste estudo da relação das tarefas de cadeiras com a melhoria da sintomatologia.

No decorrer do estudo foram analisadas 16 sessões de um caso de sucesso em Terapia Focada nas emoções, a participante foi diagnosticada com Perturbação Depressiva *Major*. Foi utilizado o *Enacting Tasks Coding System* (Lourenço, Mendes & Salgado, 2017) com o objetivo de identificar as tarefas realizadas, os respetivos estádios e o tempo despendido em trabalho de cadeiras. Os resultados do estudo indicam que a terapia abrangeu a tarefa de diálogo de duas cadeiras para autocrítica e para autointerrupção e diálogo de cadeira vazia para assuntos inacabados. Através dos resultados deste estudo pode constatar-se que o diálogo de cadeira vazia para assuntos inacabados foi fulcral uma vez que a evolução no diálogo de cadeiras para autocritica é notória para estádios mais elevados (superiores ao estágio 4) depois de realizada a tarefa, o que confirma estar associado à redução da sintomatologia depressiva da participante.

Palavras-chave: terapia focada nas emoções, diálogo de duas cadeiras para autocritica, diálogo de duas cadeiras para autointerrupção, diálogo de cadeira vazia para assuntos inacabados, estádios, tarefas.

Abstract

The following study analyzes the interventions of the therapist in the course of a successful case in Emotions Focused Therapy. Specifically, we intend to investigate the tasks of subjects used in the intervention, the stages reached and the evolution in the depressive symptomatology of the participant. In addition, we analyze the evolution of the therapeutic work with tasks of chairs in a case of success of Therapy Focused in the Emotions. Considering that several studies indicate the effective application of the tasks of chairs in Emotions Focused Therapy, it is essential to analyze the impact of its application associated with significant improvements in symptomatology. In this sense the clarification in this study of the relation of the tasks of chairs with the improvement of the symptomatology becomes clear. In the course of the study, 16 sessions of a successful case in Emotion-Focused Therapy were analyzed; the participant was diagnosed with Major Depressive Disorder. The Enacting Tasks Coding System (Lourenço, Mendes & Salgado, 2017) was used to identify the tasks performed, the respective stages and the time spent in working chairs. The results of the study indicate that the therapy covered the two-chair dialogue task for self-criticism and for self-interruption and empty chair dialogue for unfinished subjects. Through the results of this study, it can be seen that the empty chair dialogue for unfinished subjects was crucial since the evolution in the dialogue of chairs for self-criticism is notorious for higher stages (higher than stage 4) after the task was completed, which confirms that it is associated with the reduction of the depressive symptomatology of the participant.

Keywords: therapy focused on emotions, dialogue of two chairs for self-criticism, dialogue of two chairs for self-interruption, dialogue of empty chair for unfinished business, stages, and tasks.

Índice

| | |
|---|----|
| Introdução..... | 1 |
| Capítulo 1. - Enquadramento teórico | 2 |
| 1.1. A Terapia Focada nas Emoções | 2 |
| 1.1.1. O Papel das Emoções na TFE | 3 |
| 1.1.2. Princípios da Mudança Emocional | 6 |
| 1.2. Depressão | 10 |
| 1.2.1. Tratamento da Depressão segundo a TFE | 11 |
| 1.2.1.1. Fases do Tratamento da Depressão na TFE | 12 |
| 1.2.1.2. Princípios de relacionamento e Princípios de Tarefa..... | 14 |
| 1.2.1.3. Marcadores e Tarefas | 16 |
| Capítulo 2. - Estudo empírico..... | 18 |
| 2.1. Objetivos | 18 |
| 2.2. Método..... | 19 |
| 2.2.1. Participante..... | 19 |
| 2.2.2. Terapeuta..... | 20 |
| 2.2.3. Investigadores/Juízes | 20 |
| 2.2.4. Intervenção | 20 |
| 2.2.5. Medidas | 20 |
| 2.2.5.1. Medidas Qualitativas do trabalho de Cadeiras | 20 |
| 2.2.5.2. Medidas de Resultado | 22 |
| 2.2.7. Procedimentos..... | 23 |
| 2.2.7.1. Procedimentos de Avaliação do Resultado Terapêutico..... | 23 |
| 2.2.7.2. Procedimentos relativos ao ECTS..... | 24 |
| 2.2.7.3. Procedimentos de Formulação Clínica..... | 24 |
| 2.2.7.4. Procedimentos de Descrição da Mudança Terapêutica | 25 |
| 2.3. Resultados | 25 |

| | |
|---|----|
| 2.3.1. Formulação clínica do caso | 25 |
| <i>Figura 1.</i> Diagrama de formulação de caso | 28 |
| <i>Tabela 2.</i> Resultados dos testes BDI-II; OQ-45;OQ-10..... | 29 |
| 2.3.2. Tempo na realização de tarefas de cadeiras e sua evolução | 29 |
| <i>Figura 3.</i> Duração de cada Tarefa em cada Estádio..... | 38 |
| Capítulo 3. – Discussão | 38 |
| Capítulo 4. - Conclusão | 40 |
| Referências | 42 |

Índice de Figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1. Diagrama de Formulação de Caso | 30 |
| Figura 2. Evolução das tarefas de cadeiras..... | 30 |
| Figura 3. Duração de cada Tarefa em cada Estádio | 38 |

Índice de tabelas

| | |
|--|----|
| Tabela 1. Tabela de marcadores e tarefas | 22 |
| Tabela 2. Resultados testes BDI-II; OQ-45;OQ-10..... | 29 |

Introdução

A Terapia Focada nas Emoções (TFE), em algumas publicações denominada como Terapia Processo-Experiencial, foi desenvolvida por Leslie S. Greenberg e colaboradores nos anos 80 (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Greenberg, 2002; Greenberg & Johnson, 1988; Greenberg & Watson, 2006). A TFE, com base teórica e princípios de uma abordagem humanisto-experiencial, integra várias influências, tais como: a Terapia Centrada no Cliente (TCC, Rogers, 1961), a terapia da *Gestalt* (Perls, Hefferline e Goodman, 1951), e *Focusing oriented psychotherapy* (Gendlin, 1996). Esta terapia tem sido empiricamente apoiada e considerada eficaz em diversas situações clínicas, como no tratamento da depressão (Greenberg & Watson, 1998, 2006), da ansiedade social (Shahar, 2013) e ansiedade generalizada (Timulak, & McElvaney, 2015), perturbações do comportamento alimentar (Ivanova & Watson, 2014), nas situações de trauma interpessoal complexo (Paivio & Nieuwenhuis, 2001; Mlotek & Paivio, 2017), e nos problemas interpessoais (Paivio & Greenberg, 1995).

A investigação anterior tem vindo a demonstrar que a Terapia Focada nas Emoções é eficaz na redução da sintomatologia depressiva (Greenberg & Watson, 1998, 2006; Pos, Greenberg, Korman, & Goldman, 2003; Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, & Steckley, 2003; Greenberg, 2012). No entanto, os estudos que especificam a evolução da sintomatologia depressiva através da utilização das tarefas de cadeiras na Terapia Focada nas Emoções são escassos, bem como estudos sobre as intervenções dos terapeutas focados, particularmente, na evolução do trabalho terapêutico com tarefas de cadeiras. Assim sendo, o presente estudo responder a esta lacuna investigando por isso, um caso de sucesso na Terapia Focada nas Emoções. Especificamente, pretende-se perceber quais as tarefas de cadeiras usadas na intervenção do caso, quais os estádios alcançados, e a evolução da sintomatologia da participante.

Capítulo 1. - Enquadramento teórico

1.1. A Terapia Focada nas Emoções

A Terapia Focada nas Emoções (TFE) foi desenvolvida nos anos 80 por Leslie S. Greenberg e colaboradores (Elliott & Greenberg, 2007; Greenberg, 2010), sendo em algumas publicações denominada como Terapia Processo-Experiencial (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993; Greenberg, 2002; Elliott & Greenberg, 2007; Elliott, 2012). O desenvolvimento da TFE foi baseado em estudos empíricos do processo de mudança da terapia experiencial, de base teórica humanista, fenomenológica e construtivista, bem como em abordagens fundamentadas nas teorias psicológicas contemporâneas do funcionamento emocional (Elliott & Greenberg, 2007; Greenberg, 2006; Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007). Na sua prática, a TFE integra várias influências tais como: 1) o estilo relacional da Terapia Centrada no Cliente (TCC, Rogers, 1961), através da consideração positiva incondicional, momento a momento, onde o psicoterapeuta demonstra total aceitação ao cliente sem qualquer julgamento, e da marcada empatia na experiência do cliente (Rogers, 1961); 2) a Terapia *Gestalt* (Perls, Hefferline & Goodman, 1951), através de uma nova visão holística da procura pela tomada de consciência ou conscientização baseada na experiência individual do momento atual do cliente (aqui e agora); e 3) *Focusing oriented psychotherapy* (Gendlin, 1996), criando uma atmosfera receptiva que encoraje o cliente a explorar o que está a experienciar e a sentir no momento (Elliott & Greenberg, 2007; Elliott, 2012; Goldman, Greenberg, & Angus, 2006; Greenberg et al., 1993; Greenberg & Safran, 1989; Greenberg, Watson, & Goldman, 1998).

Inicialmente, a designação TFE surgiu associada à abordagem desta modalidade de tratamento na terapia de casal (Greenberg & Johnson, 1988; Johnson & Greenberg, 1985; Johnson, Hunsley, Greenberg, & Schindler, 1999). Desde o final da década de 1990, o

termo Terapia Focada nas Emoções passou a ser aplicado tanto à terapia individual quanto à de casal, uma vez que foi-se desenvolvendo uma melhor compreensão do papel da emoção no ser humano (Greenberg, 2002; Greenberg & Watson, 2006; Yazar & Greenberg, 2010). Assim, a melhor compreensão do papel da emoção no ser humano levou a que a TFE considerasse as emoções como sendo de importância central para alcançar a mudança psicológica (Pos & Greenberg, 2007; Greenberg, 2010).

1.1.1. O Papel das Emoções na TFE

Vários autores têm defendido que a emoção é fundamental na vida e na experiência do ser humano, na construção do *self* e na sua auto-organização (Greenberg, 2004; Greenberg, 2006; Greenberg, 2010; Herrmann, Greenberg, Auszra, 2014). Segundo Damásio (1999) e Herrmann, Greenberg, e Auszra (2014), as próprias emoções são inatas e têm a capacidade de se transformar numa emoção adaptativa ou desadaptativa, conforme a experiência de cada ser humano. Greenberg (2004) acrescenta que as emoções são uma forma de processamento de informação, uma vez que permitem que o ser humano se ajuste e adapte ao meio ambiente, promovendo o seu bem-estar. Além disso, a emoção é vista pelos teóricos como um sistema significativo para a sobrevivência do ser humano, pois orientam e transmitem informações essenciais sobre as suas necessidades, prioridades e preocupações para cada situação (Elliott & Greenberg, 2007; Greenberg 2002; Greenberg, Elliott, & Pos, 2007; Greenberg & Safran, 1987; Paivio, 2013; Pos & Greenberg, 2007). Neste sentido, é importante que o ser humano consiga aceder às suas emoções, entre em contacto com as mesmas e as consiga reconhecer e atribuir um significado (Greenberg & Pascual-leone, 2006; Greenberg & Watson, 2006; Pos & Greenberg, 2007).

O trabalho da emoção em terapia permite que se perceba, de melhor forma, como esta influencia o dia-a-dia do ser humano, bem como a experiência de si mesmo, tanto no

funcionamento adaptativo quanto desadaptativo (Pos & Greenberg, 2007). Na TFE, os clientes são auxiliados a trabalharem na identificação, compreensão, experiência e controle das suas emoções (Pos & Greenberg, 2007). Assim sendo, a TFE propõe que é através da ativação e da consciência emocional que se consegue ajudar os clientes a mudar e transformar os estados emocionais que poderão estar na causa dos seus “problemas” e das suas experiências indesejadas (Greenberg, 2002; Greenberg, Elliott & Pos, 2007). A TFE tem defendido que é importante mudar estes estados e emoções desadaptativas por outras emoções adaptativas (Goldman et al., 2006; Greenberg, 2004; Greenberg, 2008; Greenberg 2012; Greenberg, Elliott, & Pos, 2007; Greenberg & Watson, 2006; Herrmann, Greenberg, Auszra, 2014), uma vez que vários estudos têm demonstrado que a mudança terapêutica é mais duradoura quando se trabalha diretamente com o sistema e esquema emocional (Hendriks, 2002; Pos & Greenberg, 2007; Yazar & Greenberg, 2010).

Os esquemas emocionais baseiam-se em respostas emocionais de organizações internas mais complexas como a cognição (Yazar & Greenberg, 2010). A TFE sustenta que os esquemas emocionais desempenham um papel central na formação da experiência emocional e do *self*, uma vez que são idiossincráticos e altamente variáveis ao longo do tempo (Herrmann, Greenberg, Auszra, 2014). Assim, os esquemas emocionais são o alvo da intervenção e da mudança terapêutica (Greenberg, 2010) e exigem uma avaliação individualizada e flexível através da empatia do terapeuta e da autoexploração do cliente (Elliott, 2012). Parece importante salientar que, apesar de os esquemas emocionais serem de extrema importância para a terapia, estes apenas são compreendidos através da experiência pessoal do cliente (Pos & Greenberg, 2007). Neste sentido, a TFE tem defendido que é de extrema importância fazer distinções entre diferentes tipos de experiências e respostas emocionais (Greenberg, 2004). Estas distinções na resposta emocional são importantes porque cada categoria de emoção é trabalhada de forma

diferente na terapia (Greenberg & Paivio, 1997; Paivio, 2013). Segundo Greenberg e Safran (1987), os esquemas emocionais podem ser organizados em quatro categorias distintas de resposta emocional como: 1) as emoções primárias adaptativas que se referem a respostas emocionais imediatas e não aprendidas que ajudam o indivíduo a tomar a ação apropriada (Greenberg & Safran, 1987; Elliott, 2012), uma vez que ao serem acedidas organizam a ação (Greenberg, 2004; Greenberg, 2008); 2) as emoções primárias desadaptativas são, tal como as emoções primárias adaptativas, respostas emocionais imediatas estando, no entanto, relacionadas com experiências negativas passadas, de sobre-aprendizagem, maioritariamente de natureza traumática (Greenberg & Safran, 1987; Greenberg & Watson, 2006). Estas emoções desadaptativas não se alteram com a mudança de circunstância, nem fornecem direções adaptativas para resolver problemas quando são experienciados (Greenberg, 2004; Greenberg, 2006). Estas emoções precisam ser acedidas e reguladas para serem transformadas e alteradas (Greenberg, 2005); 3) as respostas emocionais secundárias remetem-nos para as reações emocionais a experiências emocionais primárias adaptativas ou desadaptativas que são percebidas como ameaçadoras ou avassaladoras (Greenberg & Safran, 1987). Geralmente, as respostas emocionais secundárias servem para evitar e/ou regular as respostas mais primárias (Greenberg, 2010). Estas emoções podem ser respostas a pensamentos ou sentimentos ou podem também ser emoções sobre emoções (Greenberg & Watson, 2006); e 4) as emoções instrumentais referem-se a expressões e respostas emocionais (que podem ser aprendidas, deliberadas ou conscientes) que são usadas com o objetivo de obter um efeito externo, bem como de influenciar e controlar os outros (Greenberg & Safran, 1987; Greenberg & Safran, 1989).

1.1.2. Princípios da Mudança Emocional

Estudos têm demonstrado que os processos emocionais e a criação de significado para as emoções são princípios centralmente importantes para uma mudança na psicoterapia (Hendriks, 2002; Pos, Greenberg, Goldman, & Korman, 2003; Greenberg & Pascual Leone, 2006). Trabalhar com esses princípios requer que, primeiramente, se identifique e se diferencie entre as experiências emocionais adaptativas ou desadaptativas e as emoções que são primárias e secundárias (Greenberg & Pascual Leone, 2006). Visa-se ainda que a mudança deve ser introduzida no processamento das emoções, orientando a atenção e a consciência do cliente para estas e para os processos implícitos nas mesmas (Greenberg, 2002; Greenberg, 2004). Assim sendo, a TFE postula que os processos de mudança emocional ocorrem através de seis princípios: consciencialização, expressão, regulação, reflexão, transformação da emoção, e experiência emocional corretiva através de um ambiente e relação empáticos (Greenberg, 2010; Greenberg, 2012).

- 1) **Consciencialização.** A promoção da consciência emocional é o primeiro princípio para a mudança psicológica (Greenberg & Pascual-leone, 2006; Greenberg, Elliott & Pos, 2007; Pos & Greenberg, 2007; Yazar & Greenberg, 2010). O objetivo deste princípio passa por ajudar os clientes a compreenderem e atribuírem um significado à sua experiência pessoal, bem como permitir o acesso tanto à informação adaptativa quanto à tendência de ação na emoção (Greenberg, 2004; Pos & Greenberg, 2007; Greenberg, 2010). A consciência emocional possibilita que o cliente se identifique e responda às suas necessidades, objetivos e/ou preocupações (Greenberg & Watson, 2005; Greenberg & Pascual-Leone, 2006). Assim sendo, o terapeuta orienta o cliente a falar, sentir, reconhecer, e a aceitar a emoção, sendo este o primeiro passo para a mudança emocional (Greenberg, 2004; Greenberg, 2008; Greenberg & Pascual-Leone, 2006;

Greenberg, 2010). Alguns autores acrescentam que é importante incentivar o cliente a enfrentar as suas emoções, pois o evitamento das mesmas poderá distorcê-las, iniciando sentimentos de culpa e de medo, traumas e perturbações de ansiedade, e ruminação obsessiva (Greenberg & Safran, 1987; Foa & Jaycox, 1999; Leahy, 2002).

- 2) **Expressão.** A expressão emocional na TFE envolve o incentivo do cliente a superar a evitação e a abordar, ao longo da terapia, a emoção que lhe causa dor, dando lugar à experiência de emoções primárias (Greenberg, 2008; Greenberg, 2010). Este princípio ajuda os clientes a responder e a esclarecer preocupações centrais e promove a procura de novo objetivos e mudança de crenças explícitas (Greenberg, 2010; Greenberg & Bolger, 2001; Yazar & Greenberg 2010). Além disso, muito mais que o desabafo, o cliente deve responder à sua expressão e experiência emocional que consiste em envolver o corpo em situações que promovem a percepção interna da própria ação e simbolização da ação (Greenberg, 2012). Vários estudos tem demonstrado que a expressão emocional é extremamente importante no ajustamento emocional de indivíduos com cancro da mama (Stanton et al., 2000), na resolução de problemas interpessoais (Greenberg & Malcolm, 2002; Greenberg & Watson, 2006), na exposição e superação de traumas (Paivio, Hall, Holowaty, Jellis e Tran, 2001; Paivio & Nieuwenhuis, 2001), e perturbações de ansiedade (Kendall & Hedtke, 2006). Apesar destes resultados, alguns estudos defendem que a expressão emocional não é, por si só, suficiente para a mudança terapêutica, pois não têm a mesma utilidade no dia-a-dia dos clientes que os restantes princípios (Greenberg, 2004; Greenberg, 2008; Greenberg, Auszra, & Herrmann, 2007).

- 3) **Regulação.** O segundo princípio do processamento emocional refere-se à regulação da emoção e envolve a capacidade de tolerar, rotular e regular a experiência emocional (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg 2004; Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007). As emoções precisam de ser reguladas quando deixam de transmitir ao cliente qual a ação adaptativa a tomar (Pascual-Leone & Greenberg, 2007) e, por isso, as emoções que necessitam de uma maior regulação são, geralmente, as emoções secundárias (e.g. medo, desespero e desesperança), e as emoções primárias desadaptativas (e.g. vergonha de não ter valor, ansiedade, insegurança) (Greenberg, 2006; Yazar & Greenberg, 2010). Uma regulação emocional eficaz requer a capacidade de aceder e aumentar a emoção, bem como de conter ou moderar a emoção, dependendo da ação a tomar (Elliott, 2012). Assim, a regulação emocional passa por providenciar um ambiente seguro, validador e empático, uma vez que isso ajuda os clientes a desenvolverem capacidades de se acalmarem para regular as emoções sem esforço deliberado à medida que são geradas (Greenberg, 2002; Greenberg, 2008; Greenberg, Elliott & Pos, 2007; Pos & Greenberg, 2007).
- 4) **Reflexão.** A reflexão ajuda o cliente a criar novos significados, dar sentido narrativo, e desenvolver novas narrativas para explicar a experiência (Angus & Greenberg, 2011; Greenberg & Angus, 2004; Greenberg, 2012; Pos & Greenberg, 2007; Yazar & Greenberg, 2010). Além disso, a reflexão emocional promove a assimilação de emoções não processadas para narrativas (Greenberg & Paivo, 1997; Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Greenberg, 2008). No decorrer deste princípio vão-se identificando os sentimentos, as necessidades, a autoexperiência, e os objetivos do *self*, ajudando o cliente a reconhecer e compreender a sua experiência problemática e as situações que provocaram a emoção (Pos &

Greenberg, 2007; Greenberg, Elliott, & Pos, 2007). Através deste processo, as experiências são reformuladas resultando, assim, na criação de novas visões de si e do mundo (Greenberg, 2006; Greenberg, 2010; Greenberg, Elliott & Pos, 2007). Segundo Pennebaker (1995), isto acontece porque a utilização da linguagem ajuda os clientes a tornarem as suas experiências emocionais em processos mais conscientes.

- 5) **Transformação.** O quinto princípio da mudança emocional envolve a transformação emocional (Greenberg, 2002; Greenberg, 2004; Greenberg, 2008; Greenberg, 2010; Greenberg 2012; Greenberg, Elliott, & Pos, 2007; Greenberg & Pascual-leone, 2006; Pos & Greenberg, 2007; Yazar & Greenberg, 2010). Apesar de transformação da emoção passar, mais frequentemente, pela exposição, experiência, e a expressão da emoção, a TFE defende que este princípio é um processo de mudança de emoção com emoção (Greenberg, 2002; Greenberg, 2004; Greenberg, 2008; Greenberg 2012; Greenberg, Elliott, & Pos, 2007), mais concretamente, a transformação de emoções primárias desadaptativas através do contacto com emoções mais adaptativas (Greenberg, 2002; Greenberg 2010). Assim, o objetivo da TFE passa por alcançar uma emoção desadaptativa para torná-la acessível à transformação (Pascual-Leone, 2006; Pos & Greenberg, 2007). Para tal, o terapeuta procura a ativação de uma experiência ou emoção adaptativa, incompatível com a desadaptativa, e ajuda a transformar e desfazer a antiga resposta emocional fortalecendo a resistência interior (Greenberg, Elliott, & Pos, 2007; Greenberg 2012; Pos & Greenberg, 2007).
- 6) **Experiência emocional corretiva.** O último princípio da mudança emocional diz respeito à experiência emocional corretiva através de uma relação empática com o terapeuta. A experiência emocional corretiva consiste em colocar o cliente a

vivenciar novas experiências no mundo com outras pessoas para que a emoção anterior, e a ação face à mesma, se modifiquem (Greenberg, 2012; Greenberg, 2010; Yazar & Greenberg, 2010). Neste princípio, o terapeuta deve demonstrar total aceitação face às emoções do cliente e oferecer novas experiências de sucesso, fazendo com que o mesmo desconforme as suas crenças patológicas e corrija padrões de emoções pré-estabelecidos. De salientar que as experiências emocionais corretivas ocorrem, maioritariamente, na relação terapêutica e, por isso, o ambiente terapêutico desempenha um papel importante na correção da experiência emocional (Pos & Greenberg, 2007). Assim sendo, o terapeuta deve estar presente e demonstrar aceitação incondicional, pois isto reduz os sentimentos de insegurança, aumenta a confiança e aceitação, e valida o mundo interior do cliente (Greenberg & Watson, 2006; Yazar & Greenberg, 2010).

1.2. Depressão

Segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) a depressão é uma doença mental bastante comum que afeta, negativamente, o estado emocional, físico e cognitivo do ser humano podendo prejudicar o funcionamento laboral/escolar ou familiar. Esta doença é marcada por sentimentos de tristeza e / ou perda de interesse e prazer em atividades antes apreciadas. Além destes sintomas, a depressão pode levar a uma variedade de outros problemas como alterações no apetite, problemas no sono, perda de energia ou aumento da fadiga, sentimentos de desvalorização e baixa autoestima, dificuldades de concentração ou na toma de decisões e ideação suicida. Existem vários tipos de psicoterapias com abordagens baseadas em evidências específicas para o tratamento da depressão como a TFE (Greenberg, 2012; Greenberg & Watson, 2006; Missirlan, Toukmanian, Warwar, & Greenberg, 2005; Pos, Greenberg, Korman, & Goldman, 2003; Watson & Bedard, 2006).

1.2.1. Tratamento da Depressão segundo a TFE

Do ponto de vista da TFE, a depressão parece resultar, maioritariamente, de um processamento emocional incompleto e desajustado (Greenberg & Paivio, 1997), tornando este um foco importante para o processo de mudança (Greenberg, Watson, & Lietaer, 1998; Watson & Greenberg, 1996). Assim sendo, a TFE na depressão tem o objetivo de ajudar o cliente a regular o seu funcionamento e experiência emocional, modular as suas reações afetivas, e transformar esquemas emocionais inadequados e habituais que sustentam os sintomas depressivos (Greenberg, 2012). Especificamente, a TFE pretende que o cliente seja capaz de aceder a respostas emocionais adaptativas às diversas situações que poderá enfrentar no dia-a-dia que, conseqüentemente diminuam as suas emoções desadaptativas (e.g. falta de esperança, medo, sentimentos de inutilidade e abandono, tristeza e vergonha) (Goldman, Greenberg, & Angus, 2006; Greenberg, 2012).

Vários estudos tem demonstrado e apoiado a eficácia da TFE no tratamento da depressão. Segundo Greenberg e Watson (1998) tanto a TCC quanto a TFE são eficazes no tratamento da depressão com tamanhos de efeito semelhantes. No entanto, a TFE parece apresentar melhorias, significativas, maiores do que a TCC nos problemas interpessoais e na autoestima dos clientes. Com resultados semelhantes, o estudo de Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, e Steckley (2003) concluíram que a TFE apresenta uma eficácia equivalente à Terapia Cognitivo-Comportamental, sendo que a TFE demonstra uma redução dos problemas interpessoais superior. Goldman, Greenberg, e Angus (2006) acrescenta que a TFE conjugada com um relacionamento empático centrado no cliente apresenta menores taxas de recaída e melhores resultados do que um tratamento relacional empático da terapia centrada na pessoa isolada. Blatt e Maroudas (1992) defendem que a TFE apresenta resultados bastante eficazes no tratamento da

depressão porque além de conter a validação e exploração empática da TCC, tenta também encontrar processos emocionais desadaptativos da autocrítica e da dependência.

1.2.1.1. Fases do Tratamento da Depressão na TFE

O tratamento da depressão segundo a TFE compreende três fases principais, sendo que cada uma é constituída por diferentes objetivos e etapas que indicam o curso da perturbação ao longo da terapia (Greenberg & Watson, 2006).

- 1) **Fase 1: Vínculo e Consciência.** A primeira fase é a mais importante do tratamento e centra-se em alguns objetivos principais: o desenvolvimento de um vínculo e ambiente relacional de confiança e seguro; a promoção da consciência emocional, concretamente, a compreensão das experiências que estão a gerar a depressão; o atendimento e validação das emoções do cliente; e o estabelecimento de um foco para o tratamento (Greenberg & Watson, 2006; Yazar & Greenberg, 2010). Para isso, desde a primeira sessão, o terapeuta mantém uma atitude terapêutica empática e uma consideração positiva, fornecendo ao cliente uma noção de como o trabalho com a emoção ajudará na diminuição da depressão. Além disso, o terapeuta ajuda o cliente a aproximar-se da sua experiência emocional, valorizando-a e regulando-a (Greenberg, Elliott & Pos, 2007; Pos & Greenberg, 2007; Yazar & Greenberg, 2010).
- 2) **Fase 2: Evocação e Exploração.** A fase da evocação e exploração passa pelo estabelecimento e avaliação do apoio para a experiência emocional, pelo acesso e evocação das emoções primárias desadaptativas e sentimentos problemáticos (Greenberg & Watson, 2006). Assim sendo, é importante que o terapeuta, primeiramente, avalie e garanta os recursos internos e externos do cliente, bem como a sua capacidade e resiliência para processar a experiência emocional. Após estas condições reunidas, o terapeuta conseguirá ajudar, da melhor forma, o

cliente a experienciar e explorar as suas preocupações e emoções centrais (Greenberg & Watson, 2006; Greenberg, Elliott & Pos, 2007; Pos & Greenberg, 2007; Yazar & Greenberg, 2010). De salientar que ainda nesta fase, os terapeutas oferecem a sua experiência como facilitadores de processos, auxiliando os clientes a experienciarem fisicamente aspetos de si que ainda não teriam sido sentidos conscientemente ou que poderiam ter sido negados (Greenberg & van Balen, 1998). É ainda nesta fase que o terapeuta ajuda o cliente a ultrapassar a evitação e interrupção da experiência emocional, incentivando-os a tomarem consciência dos caminhos e reações (e.g. mudar de assunto) que tomam para evitar as emoções (Greenberg, Elliott & Pos, 2007; Pos & Greenberg, 2007).

- 3) **Fase 3: Transformação e Construção de alternativas.** Nesta última fase, a ênfase da terapia muda para a construção de formas alternativas de responder aos esquemas desadaptativos centrais (Greenberg & Watson, 2006). A mudança ocorre quando a experiência emocional é evocada e explorada na sessão, sendo que o terapeuta auxilia o cliente na construção de novos significados, encontrando diferentes formas de aceder a novas respostas emocionais adaptativas (Greenberg & Watson, 2006; Greenberg, Elliott & Pos, 2007). Esta construção e transformação emocional fornece ao cliente um novo sentido para a experiência emocional, sendo a mudança visível através do processo dialético com novas explicações e narrativas que os ajudam a entender as mudanças em sua experiência de si mesmos e do mundo (Greenberg & Watson, 2006; Pos & Greenberg, 2007). Além disso, na terceira fase é importante que se promova a reflexão e a validação dos novos sentimentos e, por isso, o terapeuta deve ajudar o cliente a usar a autovalidação recém-descoberta como base para os diferentes

tipos de ação que podem consolidar a mudança (Greenberg, Elliott & Pos, 2007; Pos & Greenberg, 2007).

1.2.1.2. Princípios de relacionamento e Princípios de Tarefa

Os princípios de relacionamento e de tarefa são princípios de tratamento que conduzem a postura relacional e as ações do terapeuta (Elliott et al., 2004). A TFE, como descrito anteriormente, rege-se pela empatia e pela valorização da experiência do cliente e, como tal, é dada uma grande importância ao relacionamento com o mesmo (Greenberg, 2010). Assim sendo, os princípios de relacionamento na intervenção em TFE envolvem: 1) a sintonização empática que consiste na presença e curiosidade do terapeuta sobre a experiência imediata e evolutiva do cliente (Greenberg, Elliott & Pos, 2007). Este ponto envolve a compreensão da experiência, das emoções e dos significados centrais para o cliente (Elliott & Greenberg, 2007); 2) o vínculo terapêutico através da comunicação empática e autêntica, da presença e genuinidade, e da aceitação e validação do terapeuta sobre a experiência do cliente (Geller & Greenberg 2002; Greenberg, 2010). O vínculo terapêutico é considerado o ponto-chave para o sucesso da terapia uma vez que cria o ambiente seguro no qual os clientes podem experienciar as suas emoções (Orlinsky, Ronnestad, & Willutzki, 2004). Este vínculo pode ser perceptível através das respostas de reflexão e exploração, mas também através da entrega sensível de outras respostas, como a autorrevelação, o tom apropriado de voz, e a expressão facial (Elliott & Greenberg, 2007); 3) a colaboração de tarefas tem como objetivo a participação ativa do cliente e, por isso, consiste no seu envolvimento nos objetivos gerais da terapia e nas tarefas imediatas dentro da sessão e das atividades terapêuticas (Elliott & Greenberg, 2007). Aqui o terapeuta trabalha para entender a visão do cliente, para esclarecer os seus objetivos terapêuticos primários, e estabelece-se as tarefas que irão descrever os processos emocionais envolvidos (Greenberg, 2002) O envolvimento dos clientes na terapia

proporciona-lhes um contato mais profundo e imediato com as emoções e ajuda-os na compreensão das mesmas (Greenberg et al., 1993).

Os princípios de relacionamento devem ser combinados com os três princípios de tarefas que orientam as tarefas terapêuticas no decorrer da intervenção (Elliott & Greenberg, 2007; Greenberg, Elliott & Pos, 2007; Yazar & Greenberg, 2010). Estes princípios são utilizados pelo terapeuta para ajudar o cliente na resolução de problemas internos relacionados com a sua experiência emocional (Yazar & Greenberg, 2010). Neste sentido, os princípios de tarefas são: 1) o processamento experiencial que visa atender ao estado imediato do cliente, com o objetivo de ajudá-lo a trabalhar de diferentes formas produtivas, de momento a momento, a experiência interna em momentos diferentes (Elliott & Greenberg, 2007; Greenberg, Elliott & Pos, 2007). Para alcançar este princípio o cliente deve: a) prestar atenção e procurar ativamente a experiência interna para identificar e colocar em palavras o que não é claro ou emergente, b) ativar a experiência interior e ter um contato interpessoal com a mesma, c) refletir sobre a experiência para atribuir um novo significado, e d) planejar a ação como alguém capaz de agir e sentir de maneira diferente (Elliott & Greenberg, 2007); 2) a conclusão da tarefa onde é crucial que os terapeutas ajudem e trabalhem com os clientes a identificação dos principais focos de tratamento acompanhando-os para a conclusão das suas tarefas atuais em cada sessão (Elliott & Greenberg, 2007; Greenberg, Elliott & Pos, 2007); e 3) o autodesenvolvimento refere-se à promoção da responsabilidade e empoderamento do cliente, fomentando o seu crescimento pessoal (Elliott & Greenberg, 2007). Aqui, os terapeutas enfatizam a importância da liberdade dos clientes em escolher as suas ações, reforçando o potencial, a autodeterminação e o autodesenvolvimento do mesmo (Timulak & Elliott, 2003; Elliott & Greenberg, 2007).

1.2.1.3. Marcadores e Tarefas

A intervenção em TFE é marcada por marcadores e tarefas terapêuticas no decorrer de cada sessão (Elliott & Greenberg, 2007). Assim sendo, à medida que a intervenção avança, os terapeutas vão estando atentos e identificando marcadores do estado emocional do cliente (Greenberg, Elliott & Pos, 2007; Pos & Greenberg, 2007). Estes marcadores consistem em comportamentos do cliente que contribuem para a compreensão das suas maiores dificuldades e problemas afetivos e indicam o foco da intervenção no momento (Greenberg et al., 1993; Pos & Greenberg, 2007). De salientar que por cada marcador é atribuída uma tarefa específica, que visa a resolução do problema emocional associado (ver tabela 1). Neste sentido, assim que o terapeuta identificar um marcador saberá também que tarefa terapêutica deverá trabalhar nas sessões com o cliente (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004). As tarefas envolvem objetivos imediatos dentro da sessão e fornecem ao terapeuta detalhes de como resolver um problema emocional específico do cliente (Greenberg, Elliott & Pos, 2007; Elliott & Greenberg, 2007; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004). De salientar que as tarefas, geralmente, não são concluídas na primeira vez que são tentadas (Elliott & Greenberg, 2007).

Tabela 1

Marcadores e respetivas tarefas (Greenberg, Pos & Elliott, 2007)

| Marcadores | Definição e Exemplos | Tarefa Terapêutica | Explicação |
|----------------------------|---|-------------------------------------|---|
| Reações problemáticas | Perplexidade demonstrada sobre as próprias respostas emocionais e/ou comportamentais em situações particulares (e.g. “Estava a ler um livro e comecei a chorar e não sei porquê”). | Desdobramento evocativo sistemático | Promoção da revivência da experiência estabelecendo-se conexões entre as reações externas, a experiência e os pensamentos, com vista a alcançar o significado implícito da situação que dá sentido à reação. |
| Sentimento pouco claro | Dificuldade em simbolizar e compreender claramente a experiência emocional na sua totalidade (e.g. “tenho este sentimento, mas não sei o que é”). | Focalização (Gendlin, 1969) | Foco nos aspetos internos da experiência do cliente. O terapeuta guia e incentiva o cliente a tomar consciência das sensações sentidas no corpo, de forma a conseguir experienciá-las, aceitá-las e colocar em palavras a experiência. |
| Divisão de autocrítica | Divisão interna ou conflito com uma parte do <i>self</i> (<i>Top dog</i>) que é crítico ou coercivo em relação à outra parte (<i>Under dog</i>) ou divisão interna acerca de uma decisão a tomar (e.g. “sinto-me um incompetente, não valho mesmo nada, quero desistir”). | Diálogo de duas cadeiras | As duas partes do <i>self</i> entram em contato uma com a outra através de um diálogo real onde os pensamentos, sentimentos e necessidades dentro de cada parte são explorados para alcançar uma suavização da voz crítica e uma integração entre os lados. |
| Divisão de autointerrupção | Uma parte do <i>self</i> interrompe ou restringe a experiência e expressão emocional (e.g. “Posso até sentir as lágrimas a surgir mas seguro-as, não posso chorar.”). | Diálogo de duas cadeiras | Através do mesmo método utilizado no marcador anterior, o cliente torna consciente a forma como interrompe e diz como está a fazê-lo para que possa experienciar-se a si mesmo e possa desafiar a parte interruptiva do eu. |
| Assuntos inacabados | Sentimento persistente não resolvido em relação a um outro significativo (geralmente é um outro negativo) (e.g. a minha mãe nunca esteve lá para mim. Eu nunca a perdoei por isso”). | Diálogo de cadeira vazia | Conversa com representação interna de uma figura significativa externa. Ativação da sua voz interna e do outro significativo, explorando as suas reações e experiências emocionais com o outro. Mudanças passam por uma nova visão de si e dos outros. |
| Vulnerabilidade | Sentimento de fragilidade, vergonha, e insegurança em relação a algum aspeto de sua experiência (e.g. eu não tenho nada para dar, não devia tentar sequer, já sei que não vou conseguir”). | Validação Empática | O terapeuta deve aceitar calorosamente o cliente, validar e normalizar a sua experiência. |

Capítulo 2. - Estudo empírico

2.1. Objetivos

O presente estudo pretende contribuir para o estudo das intervenções do terapeuta no decorrer de um caso de sucesso em Terapia Focada nas Emoções, especificamente na investigação das tarefas de cadeiras usadas na intervenção, os estádios alcançados e a evolução da sintomatologia da participante. Existem vários estudos que indicam a aplicação eficaz das tarefas de cadeiras na Terapia Focada nas Emoções embora sejam escassos os estudos sobre as intervenções dos terapeutas que se foquem particularmente na evolução do trabalho terapêutico com tarefas de cadeiras.

O estudo baseia-se na descrição do tratamento em TFE de um caso clínico de depressão, tendo como objetivo investigar a nível individual a relação entre o desenvolvimento na resolução das tarefas de cadeira e a sua associação com a evolução ocorrida. Assim propõe-se a estudar, mais especificamente, as seguintes questões de investigação:

Qual a evolução das tarefas de cadeira ao longo do processo terapêutico?

O sucesso da terapia está diretamente relacionado com as tarefas terapêuticas de cadeira?

Se os resultados forem coerentes com a teoria, e tratando-se de um caso de sucesso, espera-se que numa fase inicial e intermédia da terapia as tarefas centrais se fiquem por estádios iniciais (até nível 3), sendo que numa fase posterior se espera que atinja níveis mais elevados. Prevê-se ainda que a resolução parcial (estádio 4) e resolução total (estádios 5 e 6) das tarefas centrais de duas cadeiras ou de cadeira vazia estejam associadas a melhorias na sintomatologia.

2.2. Método

O caso do presente estudo foi selecionado a partir de uma amostra de casos clínicos de um projeto realizado no Instituto Universitário da Maia, intitulado de “Descentralização e Mudança em Psicoterapia: Estudo sobre eficácia da psicoterapia em depressão ligeira e moderada” (Projeto financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia, com referência PTDC/PSI PCL/103432/2008 (também conhecido internacionalmente como “ISMAI Depression Study”). Foi analisado um caso de sucesso em Terapia Focada nas Emoções, de tratamento de depressão, com dezasseis sessões.

2.2.1. Participante

A participante do estudo foi recrutada e cumpriu os requisitos de inclusão no estudo “ISMAI *Depression Study* (Salgado et al., 2014). É do sexo feminino, tem um filho a frequentar o pré-escolar, está empregada e foi avaliada pelo protocolo de avaliação onde foi diagnosticada com Perturbação Depressiva Major, Moderada, Recorrente.

Uma vez que se trata de um estudo de caso, foi selecionado e analisado um caso em Terapia Focada nas Emoções no tratamento da Depressão com 16 sessões. No que concerne aos critérios para a inclusão da participante no estudo foram tidos em conta os seguintes: (1) o diagnóstico de Perturbação Depressiva Major; (2) a ausência de medicação atual do cliente; (3) a obtenção de níveis de Avaliação Global de Funcionamento superiores a 50 (AGF>50). No que diz respeito aos critérios de exclusão, foram considerados os seguintes: (1) presença atual de medicação; (2) Diagnóstico atual ou passado de uma das seguintes perturbações do Eixo I do DSM-IV: perturbação de pânico, abuso de substâncias, psicótica, bipolar ou alimentar; ou perturbações do Eixo II do DSM-IV: perturbação estado-limite, antissocial, narcísica ou esquizotípica; (3) presença de risco alto de suicídio. Este caso foi considerado de sucesso de acordo com o RCI do BDI-II (S0-32 /S16-7).

2.2.2. Terapeuta

A terapeuta do caso de estudo é do sexo feminino, tinha 31 anos de idade e era doutorada em Psicologia Clínica e da Saúde. Tinha 4 anos de experiência clínica e 2 anos de experiência em TFE.

2.2.3. Investigadores/Juízes

Os investigadores são dois Juízes com diferentes graus académicos. Um dos juízes é do sexo feminino, licenciada em Psicologia e frequenta o último ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, sendo também a autora da tese. O segundo juiz é do sexo masculino, licenciado em Psicologia e Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde e frequenta o Doutoramento de Psicologia Aplicada. O segundo Juiz tem 7 anos de experiência em Psicologia clínica e 5 anos em TFE.

2.2.4. Intervenção

Na intervenção em TFE os marcadores é que indicam se o cliente está pronto para trabalhar um problema específico, tendo o presente estudo permitido analisar três marcadores: divisão de autocrítica (divisões entre partes do *self*), divisão de autointerrupção que tem como tarefa o diálogo de duas cadeiras e o marcador de assuntos inacabados que corresponde à tarefa de diálogo de cadeira vazia. (Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007).

No presente estudo constatamos que o marcador que mais se destaca é a divisão de autocrítica, focando-se assim na tarefa de diálogo de duas cadeiras.

2.2.5. Medidas

2.2.5.1. Medidas Qualitativas do trabalho de Cadeiras

Enacting Tasks Coding System

O Enacting Tasks Coding System (ETCS) ou seja, Sistema de Codificação de Tarefas foi desenvolvido por Lourenço, Mendes e Salgado (2016) e fundamenta-se numa adaptação à descrição que Elliott, Watson, Goldman e Greenberg (2004) conceberam das tarefas de cadeira de EFT (Emotion Focused Therapy). O objetivo pelo qual este método foi desenvolvido prende-se com a aplicação em processos terapêuticos de TFE, podendo ainda ser aplicado a outros modelos terapêuticos, desde que integrem tarefas de cadeiras tal como previstas em TFE (Lourenço et al., 2016).

O Sistema de Codificação de Tarefas permite ao investigador acompanhar a evolução do cliente no que concerne às dificuldades que demonstra a nível do processamento emocional no decorrer do processo terapêutico. Não obstante, as tarefas que promovem a melhoria dos sintomas no cliente são analisadas ajudando a melhor compreender a evolução do cliente. Tendo em conta que o cliente pode facilmente ocultar reações, este método é preferencialmente aplicado a gravações de sessões de terapia (Lourenço et al., 2016).

O ETCS é uma medida de processo qualitativo, sendo que a sua base teórica é humanisto-experiencial, valorizando a perspetiva do juiz de avaliação. A análise deste processo é feita através do conjunto de comportamentos do cliente que caracterizam cada estágio de uma determinada tarefa. Uma vez que cada tarefa progride através da sucessão de 6 estádios, o ETCS é um tipo de medida de escala de intervalo (Lourenço et al., 2016).

No final de cada codificação deve ser calculado o acordo interjuízes, que corresponde à duração dos segmentos, ao tipo de tarefa e ao estádio apresentado. Para isto, deve ser calculado o Kappa de Cohen e o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC). O acordo sobre a duração é calculado quando o dobro da duração se sobrepõe às tarefas identificadas pelos juízes dividido pela soma da duração total das tarefas independentemente identificadas por cada juiz. Posteriormente, o produto desta fórmula

é multiplicado por 100 para obter uma percentagem de acordo. O Kappa de Cohen (Cohen, 1960; Tinsley & Weiss, 1975) e o Coeficiente de Correlação Intraclasse (Shrout & Fleiss, 1979) são calculados de acordo com as recomendações e padrões (Lourenço et al., 2016).

2.2.5.2. Medidas de Resultado

Beck Depression Inventory- II (BDI- II)

O BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) é um instrumento de autorrelato constituído por 21 itens que medem a intensidade da sintomatologia depressiva das duas semanas anteriores. A cotação do instrumento varia entre a ausência de sintoma ou não manifestação do comportamento (0) a grave com presença acentuada do sintoma ou manifestação extrema do comportamento (3 valores) (Steer, Ball, Ranieri & Beck, 1999). O instrumento classifica a sintomatologia da seguinte forma: sintomatologia ligeira (0 a 13 pontos), depressão ligeira (14 a 19 pontos), depressão moderada (20 a 28 pontos) e depressão severa (29 a 63 pontos). A versão portuguesa do Inventário da Depressão de Beck II foi desenvolvida por Coelho, Martins e Barros (2002) e tem uma consistência interna de .89, sendo o ponto de corte de 13 e o índice de mudança fiável 7.75.

Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)

O Outcome Questionnaire-45 (OQ-45, Lambert, Morton, Hatfield, Harmon, Hamilton, & Shimokawa, 2004) avalia, repetidamente, o progresso do cliente na psicoterapia (Coco, Chiappelli, Bensi, Gullo, Prestano, & Lambert, 2008). O instrumento é composto por uma escala de Likert de cinco pontos que varia entre “nunca” e “quase sempre”. É, assim, constituído por 45 itens divididos em três subescalas: a) Sintomas de Distress ou Desconforto Subjetivo; b) Relacionamento Interpessoal; e c) Desempenho no Papel Social (Lambert et al., 2004; Carvalho et al., 2009). A pontuação obtida no OQ-45 pode variar entre 0 e 180 pontos, sendo que os resultados mais altos refletem elevado

sofrimento psicológico (Carvalho et al., 2009; Lambert et al., 1996). Por fim, no que se refere à fiabilidade do OQ-45, a sua consistência interna é de .90 e uma confiabilidade teste-reteste de .84 em três semanas (Lambert, 2012).

Outcome Questionnaire-10 (OQ-10)

O Outcome Questionnaire-10 (OQ-10; Lambert et al., 1998) é instrumento de autorrelato constituído por 10 itens projetados para avaliar o progresso do cliente durante o processo de psicoterapia. O instrumento mede o resultado terapêutico em termos de mudança sintomática em dois domínios: bem-estar psicológico (cinco itens) e sofrimento psicológico (cinco itens) (Seelert, Hill, Rigdon, & Schwenzfeier, 1999). Cada item é pontuado numa escala de 0 a 4 e medem o resultado terapêutico na mudança sintomática em dois domínios: bem-estar psicológico (cinco itens) e sofrimento psicológico (cinco itens) (Seelert, Hill, Rigdon, & Schwenzfeier, 1999). Os valores do alfa de Cronbach indicaram bons níveis de fidelidade ($\alpha = 0,88$) (Seelert et al., 1999) e uma confiabilidade teste-reteste de .62 ao longo de três semanas (Lambert, Finch, Okiishi & Burlingame, 2005). Na versão portuguesa deste instrumento verificou-se uma consistência interna entre .63 e .92 e uma confiabilidade teste-reteste de .74 ao longo de uma semana. (Salgado et al., 2014).

2.2.7. Procedimentos

2.2.7.1. Procedimentos de Avaliação do Resultado Terapêutico

Esta cliente, à semelhança de todos os outros clientes atendidos no âmbito do mesmo ensaio clínico, foi avaliada com o BDI-II (medida central de resultado) e com o OQ-45 nas seguintes sessões: sessões 1, 4, 8, 12, e 16. As restantes sessões foram avaliadas com o OQ-10.

2.2.7.2. Procedimentos relativos ao ECTS

Segundo Lourenço e colaboradores (2016) é fulcral anteceder o processo de codificação pelo treino da juíza. A primeira fase do treino de codificação diz respeito à leitura e análise com supervisão dos capítulos 2, 6, 11 e 12 do livro “Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change” (Elliott, Watson, Goldman, & Greenberg, 2004). Já na segunda fase, o objetivo prevê uma maior promoção da assimilação acerca dos diferentes ETCS, correspondentes à leitura do manual de codificação elaborado por Lourenço e colaboradores (2016). Na terceira fase realizou-se a codificação completa de dois casos clínicos, identificando a tarefa e o estágio presente, bem como as suas demarcações iniciais e finais. Todas as codificações foram ajustadas de modo a que se alcançasse um grau de acordo aceitável com o interjuíz. De acordo com Lourenço e colaboradores (2016) para que o grau de acordo seja aceitável, é necessário .8 para a duração, .75 para Kappa de Cohen (Fleiss, Levin & Paik, 2003; Landis & Koch, 1977) e .75 para Coeficiente de Correlação (ICC) (Cicchetti, 1994).

Para o presente estudo, a terceira etapa foi concluída com os seguintes valores: 75,68% para a duração, 1.00 no Kappa de Cohen para a tarefa e relativamente ao ICC .61. Na quarta etapa, foi feita a codificação do caso de estudo, identificando a tarefa e o estágio presentes bem como uma pequena justificação para a escolha de ambos com excertos do texto. Esta última etapa apenas foi finalizada quando atingido um grau de acordo interjuízes recomendável.

2.2.7.3. Procedimentos de Formulação Clínica

Para que a Formulação Clínica fosse possível a autora desta dissertação, após visualização dos vídeos de todas as sessões e recolha da informação necessária, procedeu à construção da formulação clínica do caso. Após a conclusão a juíza submeteu a formulação a avaliação ao supervisor clínico do mesmo caso à data do ensaio clínico, de

forma a resultar numa discussão e correção, terminando numa formulação aprovada pelo supervisor.

2.2.7.4. Procedimentos de Descrição da Mudança Terapêutica

Para o presente estudo foi realizada uma descrição da mudança terapêutica, com o objetivo de realizar uma avaliação qualitativa. Para esse efeito, a autora deste trabalho procedeu à sua descrição qualitativa, que posteriormente foi sujeita a um processo de auditoria pelo orientador da dissertação, até obter aprovação do relato. Para a realização da descrição qualitativa do caso, foram selecionados excertos das sessões que se consideraram particularmente relevantes para a ilustração do mesmo.

2.3. Resultados

2.3.1. Formulação clínica do caso

Os problemas apresentados pela participante no decorrer da intervenção pareciam ocorrer há cerca de 1 ano e passavam por vários contextos e situações como: a) no trabalho, ao qual, anteriormente, se dedicava bastante, passou, a partir do nascimento do filho, a duvidar se o seu papel profissional ainda a preenchia; b) elevada exigência consigo mesma, tanto no trabalho como na vida familiar, tornando-se autocrítica relativamente ao seu papel de mãe; c) ausência de momentos de relaxamento; d) sintomatologia depressiva moderada visível através da desmotivação e tristeza. De salientar que, apesar da sobre-exigência, a participante mostrava-se relativamente resiliente e funcional, à exceção dos momentos em que se encontrava sozinha.

A participante apresenta algumas experiências emocionais dolorosas e pungentes, como o facto de ser muito centrada na sua competência, tendo medo do fracasso. Aqui, o fracasso parece surgir como uma das experiências mais difíceis, tendendo a ativar o padrão de sobre-exigência anteriormente descrito. O seu estilo de processamento

emocional inicial é sobretudo externo, apresentando grandes dificuldades no acesso às suas emoções mais dolorosas – com grande evitamento, a partir do qual constrói um “muro de proteção”.

A origem dos seus esquemas emocionais nucleares parece estar associada à sua relação familiar, uma vez que a mesma afirma que nunca se sentiu valorizada pelos pais, sobretudo quando comparar a forma como os mesmos tratavam a sua irmã mais nova. Aqui, a participante descreve que, desde sempre, os pais pareciam demonstrar mais tolerância, cuidado, e valorização da sua irmã, fazendo constantes valorizações da mesma. Além disso, a participante demonstra não compreender as razões para que tal aconteça, dizendo que sempre fez os possíveis para não sobrecarregar e orgulhar os pais, sentindo-se culpada por não o ter conseguido. No processo de intervenção, não se chega a este ponto de elaboração, até pelo evitamento revelado. No entanto, será coerente pensar, de modo puramente hipotético, que a participante poderá ter sentido falta de validação e reconhecimento por parte dos pais, tendo assim desencadeado uma coerção e hipercrítica sobre o seu desempenho como forma de compensação. Por outras palavras, esforçava-se ainda mais para obter tal reconhecimento. Esta falta de apoio parental parece ser a base do seu esquema emocional central, embora de difícil acesso durante o processo terapêutico, já que surge como mais evidente a sobre-exigência e autocoerção que compensará o medo primário desadaptativo em torno do fracasso.

De salientar ainda que, no que diz respeito ao evitamento em terapia, a participante direcionava as suas necessidades para o seu reconhecimento pessoal, fazendo com que o confronto com o foco da dor (o relacionamento parental como descrito anteriormente) fosse evitado. Além disso, a participante tentava direcionar a sua tristeza para o trabalho, uma vez que a dinâmica do mesmo não implicava a necessidade de ser reconhecida e validada como boa mãe. No seu todo, podemos dizer que a participante não reconhecia

as suas próprias necessidades para responder às necessidades que ela achava que os outros tinham dela, a evidência que aumentou factualmente as suas tarefas e ameaçou o seu equilíbrio, foi a maternidade, ativando uma maior autocritica e uma falta de experiências de valorização, acabando por coadjuvar a depressão. Parece ainda importante referir que a participante passou a reagir com insegurança na sua relação com o filho. Esta insegurança foi acompanhada de pensamentos de desvalorização e humilhação pessoal referentes às necessidades anteriormente descritas (afeto parental). Concretamente, pensamos que a relação deficitada com os pais poderá estar a sustentar a insegurança que a participante sente na relação com o seu filho. Acabando por incrementar o seu sentido de abandono e falta de confiança nos outros. Fazendo com que se sinta só e abandonada, só podendo contar consigo, ao mesmo tempo que sente que está ela própria a falhar, como tal, não vendo saída deprime.

Relativamente aos marcadores para trabalho de tarefas, observou-se a existência de um assunto inacabado com o ex-namorado e com os pais. No que toca ao assunto inacabado com o ex-namorado, a participante revelou que foi traída pelo mesmo e que, inicialmente, perdoou a traição. Mais tarde, acabou por descobrir que o mesmo ainda mantinha a relação extraconjugal e seria esta a razão do término. O facto de a participante ter perdoado a primeira traição faz com que se sinta culpada pela forma como as coisas aconteceram, sentindo que deveria ter mudado e ter tido mais capacidade para se proteger da situação. Foram ainda visíveis divisores de autocritica (relacionados com o seu ambiente familiar e vocacional) e de autointerrupção. Já o assunto inacabado com os pais, não trabalhado em terapia, encontra-se relacionado com o esquema central anteriormente descrito que consiste no sentimento de abandono e desproteção. Os marcadores de autointerrupção foram notórios no decorrer das sessões onde a participante evitava falar nos assuntos que pareciam ser mais dolorosos com sorrisos e gargalhadas.

A participante parece apresentar emoções secundárias que podemos considerar como uma defesa e proteção à sua dor emocional, expressas em culpa e ressentimento. Hipotetiza-se que a participante direcionava a culpa para o facto de considerar que não estaria a ser boa mãe, tendo em conta o tempo que achava necessário despende com o seu filho. Da mesma forma, parecia sentia-se culpada por não ser dedicada à profissão como sempre foi. Relativamente ao sentimento de ressentimento, a participante parecia sentir que a relação com os seus progenitores sempre foi tratada de forma diferente da relação que os mesmos teriam com a irmã, considerando que nunca lhe reconheceram os esforços que fizera ao longo do tempo. É importante dizer que a relação dela consigo mesma se encontra ela encontra-se afetada pela sua exigência e a relação dela com os outros pela ausência de proteção e assertividade. Todos estes sintomas reforçam o sentimento de tristeza desadaptada da participante.

Figura 1. Diagrama de formulação de caso

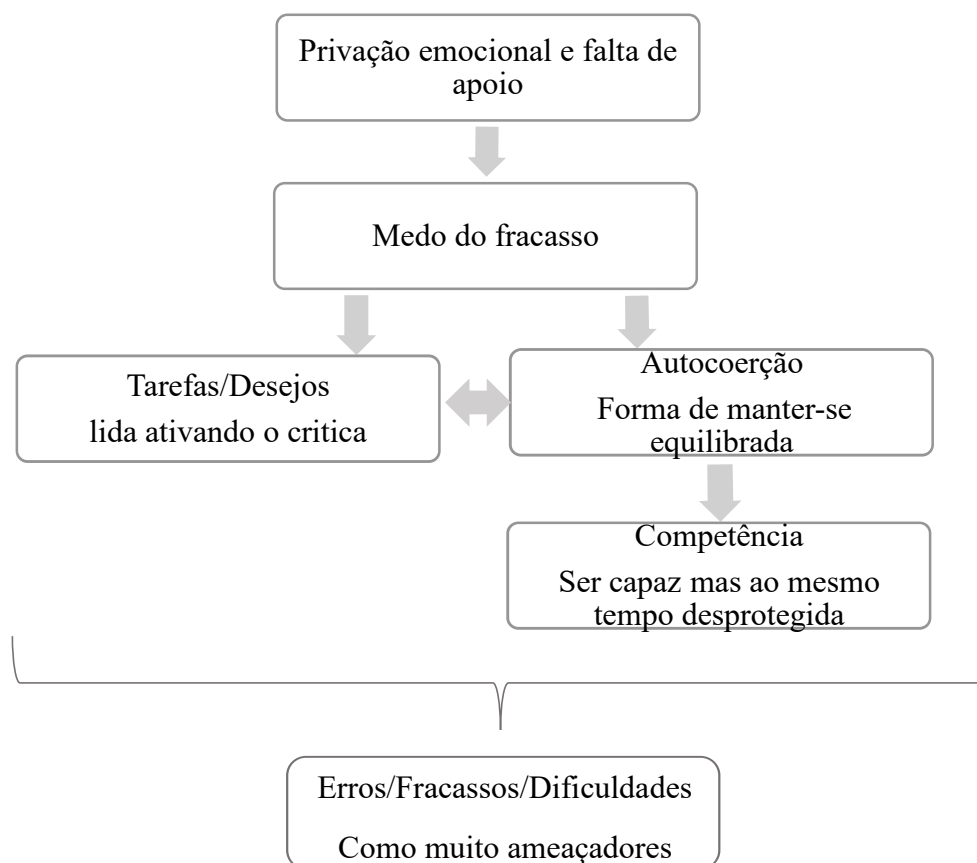


Tabela 2. Resultados dos testes BDI-II; OQ-45;OQ-10

| | S0 | S1 | S2 | S3 | S4 | S5 | S6 | S7 | S8 | S9 | S10 | S11 | S12 | S13 | S14 | S15 | S16 | FU-1 |
|---------------|----|-----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| BDI-II | 32 | 26 | | | 26 | | | | 19 | | | | 21 | | | | 7 | 4 |
| OQ-45 | 90 | 104 | | | 95 | | | | 87 | | | | 89 | | | | 56 | 55 |
| OQ-10 | 21 | 26 | 24 | 21 | 22 | 28 | 21 | 21 | 21 | 23 | 21 | 18 | 22 | 28 | 25 | 19 | 12 | 12 |

Da análise da presente tabela ilustrativa da aplicação dos testes no decorrer do processo terapêutico podemos constatar que a sintomatologia depressiva da participante foi decrescendo gradualmente. Podemos observar que a participante iniciou a terapia com resultados elevados. Conforme podemos analisar, os resultados do BDI-II na sessão 0 indicam depressão severa, e não podemos deixar de notar os valores dos testes OQ-45 e OQ-10, com valores também muito elevados. No entanto observamos ainda que no final da terapia houve uma mudança significativa comparando os valores iniciais com os finais, confirmando a evolução da sua sintomatologia.

2.3.2. Tempo na realização de tarefas de cadeiras e sua evolução

Durante a intervenção, o tempo total despendido em trabalho de cadeiras foi de aproximadamente 98,23 minutos o que corresponde a 9,21% do tempo em terapia. Podemos ainda afirmar que a tarefa Diálogo de Duas cadeiras para Divisão de Autocrítica foi a mais utilizada pela terapeuta, consumindo cerca de 87% desse tempo.

Gráfico 1. Tempo na realização de tarefas de cadeiras

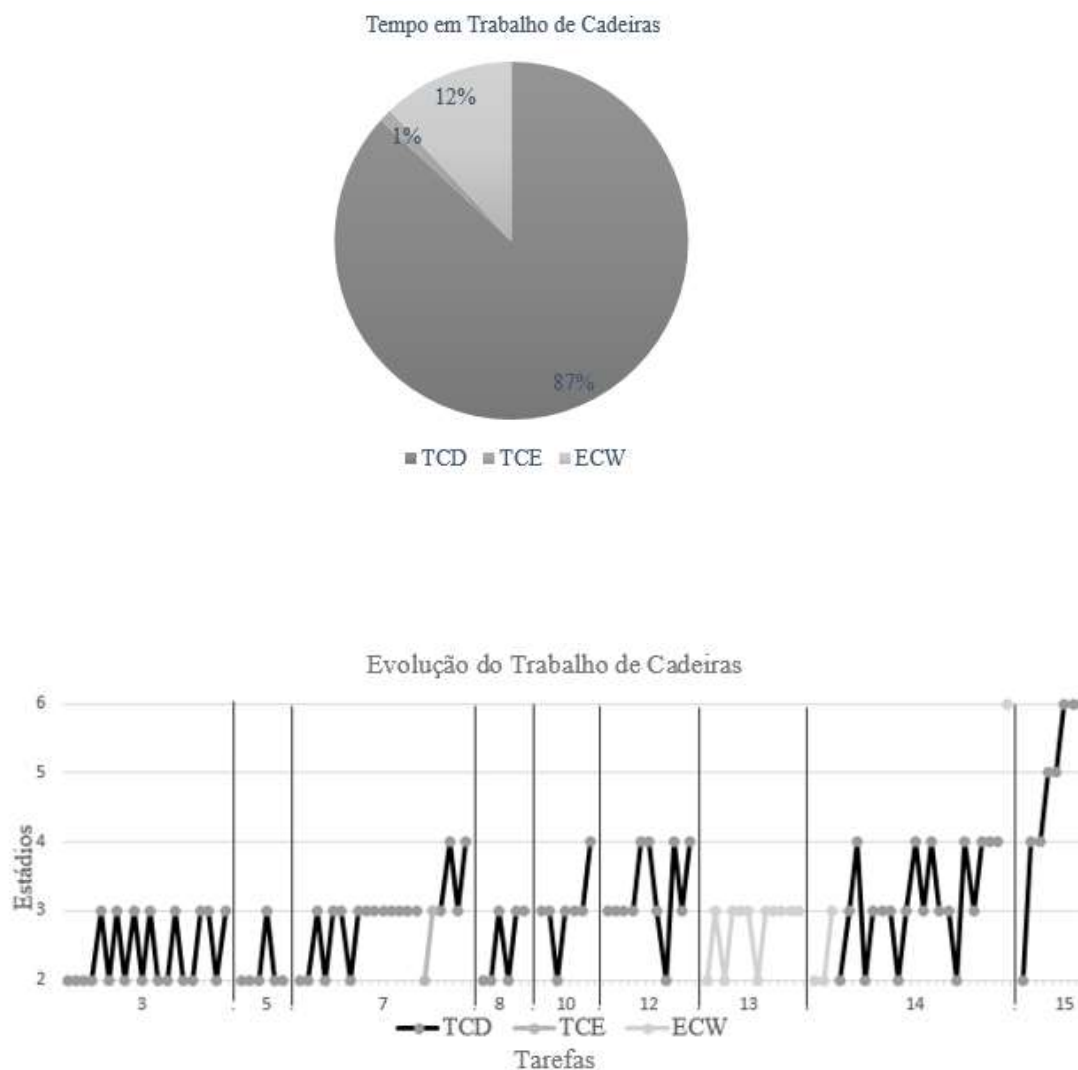


Figura 2. Evolução das tarefas de cadeiras

No gráfico podemos constatar que nas primeiras sessões foi realizado o trabalho de cadeiras com Diálogo de duas cadeiras para divisão de autocrítica (TCD), desde a terceira sessão até à sétima. É notório que a participante atingiu pela primeira vez um estado considerado de resolução parcial na resolução do trabalho de cadeiras na sessão 7. Importa ainda referir que nessa mesma sessão foi realizado com a participante o trabalho de duas cadeiras para autointerrupção (TCE), de forma a tornar consciente o processo de interrupção, bem como a contribuir para a participante poder experienciar-se a si mesma

e, ainda, desafiar a parte interruptiva do eu, ajudando-a a alcançar o estágio 4. Podemos também observar que apenas na fase final do processo terapêutico a participante atingiu os estágios 5 e 6. Será importante ressaltar que esta resolução acontece tendo um antecedente de extrema importância no processo terapêutico, pois no final da sessão 14, a terapeuta trabalha com a participante o diálogo de cadeira vazia para assuntos inacabados (ECW), de forma a gerar uma mudança significativa da sua visão de si e do “outro” referente a um sentimento persistente não resolvido na relação com o mesmo. Já na sessão 15 a participante atinge a resolução total na resolução do trabalho de cadeiras conforme podemos constatar no gráfico.

2.3.3. Descrição qualitativa da mudança e trabalho de cadeiras

No que se refere à sintomatologia depressiva, logo que se iniciou a intervenção a participante apresentava uma sintomatologia moderada com estados de tristeza, de irritação, de desânimo entre outros. A participante trazia à consulta queixas de cansaço, tristeza, alterações de humor, dificuldade em dormir, falta de paciência, tensão e angústia, apontando como principal promotor da sua situação o trabalho, tendo em conta que lhe retirava tempo de qualidade que poderia despendar com o seu filho.

Estes sintomas depressivos (e.g. da desmotivação, tristeza, e ausência de momentos de relaxamento) eram associados à sua relação familiar e à sua autoexigência no contexto de trabalho. No decorrer das sessões iniciais, foi-se percebendo que estes sintomas resultaram em insegurança na relação da participante com o filho visível através de pensamentos de desvalorização.

As primeiras sessões tiveram como principal objetivo o estabelecimento do vínculo terapêutico, de acordo com o protocolo de intervenção utilizado, e tiveram como foco a forma como percecionava as suas dificuldades e ainda os problemas apresentados. Embora a terapeuta tenha utilizado as três tarefas de cadeiras ao longo da terapia, deram

início à mesma com Diálogo de duas cadeiras para divisão de Auto crítica (TCD), tendo em conta que a participante se culpava por não ter tempo para o filho e por não ter o direito de preocupar ninguém. A participante considerava também que devia esconder aquilo que sentia e que não tinha o direito de mostrar que estava triste, julgava que devia aguentar tudo sozinha como sempre tinha feito. Esta foi a tarefa mais usada ao longo de toda a terapia, ocupando cerca de 87% do tempo gasto em trabalho de cadeiras.

Quando iniciaram TCD observou-se que a participante mantinha uma presença forte da crítica na sua vida que não permitia que considerasse as suas necessidades, sentia-se uma fracassada, sem capacidades para o seu papel de mãe e para o papel profissional, tudo o que fazia não era suficiente. Um excerto do diálogo terapêutico que exemplifica esta situação é o seguinte:

C: para de te queixar, para de te queixar, organiza-te melhor, deita-te mais cedo e acorda mais cedo e aproveita a cem por cento os momentos que tens com a tua família em vez de estar com a tua família e a pensar noutras coisas.

T: para de te queixar, tu não tens do que te queixar.

C: Sim (ri-se) não, não faz, não faz porque não sei porque, mas não faz, não, não é suficiente, sem dúvida, mesmo (troca de cadeira).

Ao longo do trabalho de cadeiras, foi possível haver um aprofundamento do lado crítico e coercivo, que se vai tornando mais específico. Assim, podemos observar como terapeuta e cliente vão intensificando a expressão da crítica no seguinte excerto da sessão 3:

C: não podes deixar os outros ver as tuas fragilidades - senão eles não te vão levar a sério (T: não te vão levar a sério) se for uma menininha frágil e insegura. (T: quem é que gosta de uma menininha frágil e insegura?) quem é que gosta? Ninguém

(riso) acho eu, só se for as minhas menininhas (riso) (T: não mostres) pois, não mostres aquilo que és! Oh meu Deus.

T: seja, seja esse lado seu, que é exigente, que a deixa ficar naquela insegurança, (incompreensível)

C: não podes ser assim, isso é um ponto fraco, é uma fraqueza, os fracos não vencem, (T: os fracos não vencem) dos fracos não reza a história, isso é bem verdade.

T: tu não podes ser fraca, (C: não) tu não podes ficar triste, tu não podes baixar os braços

C: É isso, obrigado por me ajudar

T: levanta-te e faz alguma coisa, para de te queixar

C: Basicamente é isso que eu estou sempre a dizer a mim mesma.

No seguinte excerto podemos ver como é que a cliente vai reagir a esta crítica, numa expressão típica, mas mais desenvolvida, de um estágio 3. Concretamente, a terapeuta convida a cliente a avaliar o impacto emocional da crítica, convidando-a depois a expressar essas emoções ao lado crítico, fazendo emergir algum protesto:

T: e consegues fazê-la sentir?

C: ela a mim? (T: mm-hm) a: neste momento quero conseguir, (T: (incompreensível)) porque acho que ela até tem razão, mas acho que está a ser um bocadinho injusta (riso) (T: ok) tens razão, mas estás a ser injusta (riso)

T: diga-lhe porque é que ela está a ser injusta

C: Porque já tem tanta coisa na cabeça para pensar, para planear, preciso de tempo para conseguir fazer as coisas bem-feitas, não pode ser tudo feito do pé para a mão, ou então são mal feitas e continuamos a bater na mesma, continua a ser a mesma questão, vou continuar a fraquejar e não fazer nada bem feito, porque é tudo feito em cima da hora, tudo para ontem!

T: E, portanto, quando ela fala consigo sente-se diminuída?

C: um bocadinho, sim, ai, sinto-me dividida comigo mesma, não é?

T: nesse lugar (incompreensível) sente-se diminuída, sente-se

C: sinto-me menos inteligente, menos forte, menos capaz

T: (mm-hm) diga-lhe como é duro para si tudo isto que ela faz sentir

C: (riso) é muito duro para mim, ter que ouvir de mim mesma este tipo de comentários, não sei se são comentários ou pensamentos, és muito dura comigo, acho que sim, é isso.

Podemos aferir que nas primeiras sessões a participante evolui de forma um pouco lenta, tendo em conta o seu evitamento, de forma que a terapeuta decidiu realizar trabalho de duas cadeiras para autointerrupção (TCE), na sessão 7, registe-se que esta foi a tarefa menos utilizada em toda a terapia, com cerca de 0,11% de tempo gasto em terapia. Esta tarefa fez com que a participante atingisse pela primeira vez um estado considerado de resolução parcial na resolução do trabalho de cadeiras. Isto tornou consciente a forma como se interrompia, e potenciou a experiencição de si mesma a, o que ajudou a participante a alcançar o estágio 4:

T: (pega na almofada) faça de conta que isto é a Helena e que ela está a tentar falar, o que é que lhe faz? (C: (pega na almofada)) seja essa força, o que é que lhe faz?

C: essa força que eu sinto quando tou.. Sim, quando vai falar, quando ela vai dizer, o que é que essa força lhe faz?

C: aperta-me (aperta almofada), para eu não falar...

T: não fales, cala-te.

C: Dá a sensação que vou dizer um grande disparate.

T: não digas disparates.

C: e, portanto, mais vale estar caladinha (bate na almofada).

T: faça isso outra vez, cala-te não digas disparates.

C: caladinha mesmo, não vale a pena estar para aqui a dizer coisas.

T: Tá tudo bem, tá caladinha, ok, tá tudo bem.. não mexas, está tudo bem.

Apenas na fase final do processo terapêutico a participante atingiu os estádios 5 e 6. Será importante referir que esta resolução acontece tendo um antecedente de extrema importância no processo terapêutico, pois no final da sessão 13, tendo em conta a situação que a participante aborda na terapia sobre o seu ex-namorado, após o trabalho de cadeira vazia para assuntos inacabados (ECW) referente a um sentimento não resolvido em relação a uma amiga, a terapeuta volta a trabalhar com a participante o Dialogo de cadeira vazia para assuntos inacabados, (ECW) desta vez referente a um sentimento persistente não resolvido na relação com o seu ex-namorado. de forma a gerar uma mudança significativa da sua visão de si e do seu ex-namorado

Na sessão 15 a participante atinge a resolução total na resolução do trabalho de cadeiras, conseguindo negociar com a crítica de tal forma que se sente com poder para planear novas ações. Podemos constatar uma melhoria significativa a todos os níveis, tendo em conta quer a sintomatologia da participante quer os resultados dos testes. Um excerto que exemplifica esse nível de resolução é o seguinte:

Excerto exemplificativo do estágio 5:

C: eu vou tentar ser mais compreensiva contigo, mais tolerante, mais ombro amigo (riso)

T: porque eu quero, eu gosto de te ver assim

C: Sim, gosto, mais forte, apesar de triste esta semana, mas mais forte ainda assim, mais segura, acho que sim

Excerto exemplificativo estágio 6:

C: eu é q mando! (T: eu é que mando) acho que é isso mesmo

C: acha que lhe consegue dizer isso a ela? A este lado?

C: acho que sim (t: eu é que mando) eu é que mando! (riso) I'm in charge (riso) acho que ela não tá a dizer nada, (T: ela ta a deixá-la) acho que sim, acho que tá: tá mais controlada (T: (mm-hm) ela disse que tava orgulhosa de a ver assim) eu acho que sim, eu acho que fazemos uma boa equipa (riso) (T: agora) desde que: (T: (incompreensível) não tanto, às vezes até preciso de ser ela, para não me deixar levar pelo dolce fare niente (riso) mas: pelo menos sem aquele dedo acusatório, sem aquele stress todo, (T: sem gritos, nem agressividade) sem gritos nem agressividade, exatamente, sem peso! Aquele peso horrível nos ombros

T: estar ao meu lado e não contra mim

C: exato, ah! é isso! Acho que sinto mais isso agora (T: (mm-hm)) está mais do meu lado e não contra mim, temos estado, dantes, acho que dantes era mais a sensação de mais um inimigo (T: (mm-hm)) do que propriamente uma parte de mim, não é, e acho que agora não, acho que agora não sinto como um alvo a abater (riso)

T: (incompreensível) como uma equipa

C: exatamente, acho que é isso mesmo, e acho que é importante...

T: e as equipas negociam (C: sim) tentam chegar a um consenso

C: é eu acho que sim, é eu acho que é mesmo isso que tem acontecido, (T: não é elas andarem a sobrepor e a anular uma a outra) acho que sim, acho que sim (riso)

T: é estranho vê-la assim?

C: é estranho vê-la tão quietinha e caladinha (riso) sem chatear, é quase como se: como se fosse a irmã mais velha orgulhosa da irmã mais nova (riso) e que está ali assim só para apoiar, só para ver, mais nada, sem comentários, sem nada disso, mas que (T: isso também é bom, senti-la orgulhosa de si, apoia-la) é, acho que sim (T: é isso que

é aconchegante, confortante?) e me faz sentir assim tão tranquila ou pelo menos mais tranquila, bastante mais tranquila

T: é isto que eu preciso de ti

C: bom senso (riso) bom senso (T: que estejas a meu lado) e sensibilidade já há (riso)

T: que sejas sensível àquilo que eu sinto, aquilo que eu preciso aquilo

C: sim, a: sem passar por cima, sem atropelar (T: não atropeles) não atropeles, isso mesmo

T: está ao meu lado, não estejas contra mim

C: eu acho que ela está agora (T: (incompreensível) acho que mudou os pneus, já não são todo-terreno (riso) até acho que está mais ao meu lado, a: dá mais força, a: mesmo para ultrapassar as situações menos positivas, não é? É mais fácil ultrapassá-las se estivermos as duas juntas, em vez de estarmos as duas separadas uma de cada lado, é difícil ultrapassar barreiras assim, uma a ir para trás outra a ir para a frente, era difícil

T: era difícil de ultrapassarmos se imaginarmos ela sempre em cima de si e a acusar e (incompreensível) sempre a ficar mais pequenina, mais pequenina, mais sem força, mais sem força, é difícil ultrapassar porque quando estamos assim pequeninos não conseguimos andar (C: exato, não temos força nem vontade) (incompreensível) esmagados pelo mundo (C: completamente) estando a seu lado permite caminhar, de pé (incompreensível) de lutarem

C: acho que assim é mais fácil, ter mais, mais consciência das coisas, não ser só aqueles monstros aqui à volta (coloca mãos à volta da cabeça) (T: (mm-hm)) a: olhar para as coisas e ver a verdadeira dimensão delas, aquilo que elas valem verdadeiramente, do que é que é mais importante e menos importante, o que é que é prioritário e o que é que não é, ter essa consciência é: é bom (riso)

T: porque permite viver aquilo que é mais importante

C: sim, sem dúvida, quer dizer

T: e haver espaço também para se sentir, para querer e se sentir querida

C: sim, também (riso) também

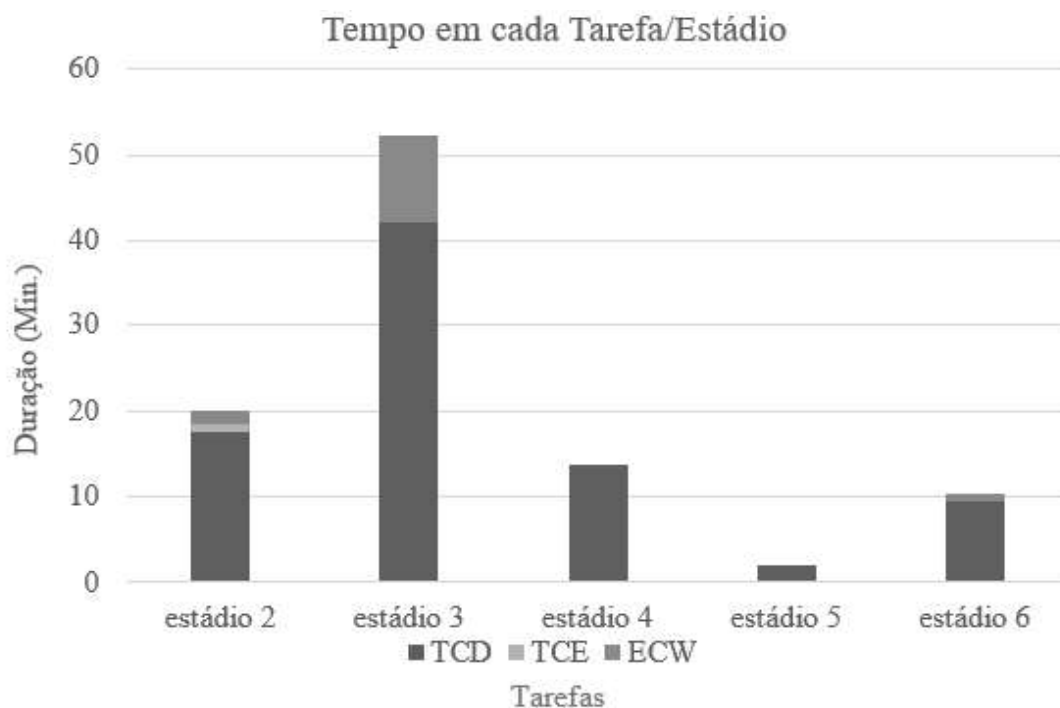


Figura 3. Duração de cada Tarefa em cada Estádio

Capítulo 3. – Discussão

No que concerne aos resultados deste estudo podemos aferir que foram confirmadas as hipóteses previamente definidas, contribuindo assim para o cumprimento dos objetivos a que este estudo se propôs. Relativamente à evolução da sintomatologia depressiva ao longo do processo terapêutico, foi possível verificar mudanças significativas para a sua resolução, o que vai de encontro ao estudo que demonstra que a Terapia Focada nas Emoções é eficaz na redução da sintomatologia depressiva (Greenberg & Watson, 1998, 2006; Pos, Greenberg, Korman, & Goldman, 2003; Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, & Steckley, 2003; Greenberg, 2012).

Os resultados que indicam que a participante teve uma melhoria na sintomatologia foram atestados através dos resultados dos testes BDI II; OQ – 45; OQ – 10. Os resultados deste estudo apontam que a participante numa fase inicial da intervenção apresentava uma sintomatologia depressiva, com estados de tristeza, de irritação, de desânimo entre outros, com os seguintes resultados dos testes: BDI II (S0-32); OQ-45 (S0 – 90); OQ-10 (S0 – 21), na fase inicial e intermédia da terapia, as tarefas centrais ficaram por estádios iniciais (até nível 3); entretanto numa fase posterior, as tarefas atingiram uma resolução parcial (estádio 4), sendo quando terminada a intervenção conseguiu atingir a resolução total na resolução do trabalho de cadeiras (estádios 5 e 6) das tarefas centrais que estão associadas com a melhoria da sintomatologia, ou seja, consegue negociar com a crítica de tal forma que se sente com poder para planear novas ações, sente-se confiante. Podemos constatar uma melhoria significativa a todos os níveis, tendo em conta os resultados dos testes BDI II (S16 – 7) e do OQ – 45 (S16 – 56). Deste modo concluímos que existiu uma evolução na sintomatologia depressiva ao longo do processo terapêutico.

No que diz respeito à evolução da resolução das tarefas que se prevê que esteja associada com a melhoria dos sintomas, podemos aferir que neste estudo é notória a evolução das tarefas. Olhando para as intervenções da terapeuta no decorrer do processo terapêutico, podemos aferir que a participante no início do processo terapêutico evoluiu de forma um pouco lenta, devido o seu evitamento, pelo que a terapeuta decidiu realizar trabalho de duas cadeiras para autointerrupção (TCE), o que fez com que a participante atingisse pela primeira vez um estado considerado de resolução parcial na resolução do trabalho de cadeiras, o que ajudou a participante a alcançar o estágio 4 e fosse notória uma melhoria na sintomatologia da participante através da comparação dos resultados dos testes BDI II e do OQ entre as sessões 4 e 8. Deste modo, será importante referir que

a participante atingiu a resolução total na resolução do trabalho de cadeiras, o estágio 6, após o trabalho de cadeira vazia para assuntos inacabados (ECW), conseguindo negociar com a crítica de tal forma que se sentia com poder para planejar novas ações. Constatamos uma vez mais que os sintomas da evolução da resolução das tarefas conforme se previa estavam associadas com a melhoria dos sintomas tendo em conta a sintomatologia da participante através dos resultados dos testes BDI II (S16 – 7); OQ – 45 (S16 – 56); OQ – 10 (S16 – 12). Verificamos ainda que o sucesso da terapia esteve diretamente relacionado com as tarefas efetuadas pelo terapeuta uma vez que para a evolução da resolução das tarefas se verificar, o terapeuta aplicou a tarefa que mais se adequou à realidade da participante. A aplicação das tarefas TCE e ECW foram cruciais para a evolução da resolução das tarefas, tendo em conta as problemáticas da participante, daí a evolução logo de seguida para estádios superiores. Em suma, podemos confirmar que o desenvolvimento do trabalho de cadeiras está relacionado com as mudanças qualitativas da participante, tendo em conta todos os resultados verificados.

No presente estudo podemos destacar como limitação principal ser um estudo de caso, pelo que os seus resultados devem ser entendidos de modo descritivo e não generalizável. Apesar disso, embora vários estudos indiquem a utilidade das tarefas de cadeiras na Terapia Focada nas Emoções, este estudo dará um contributo para clarificar o impacto da relação das tarefas de cadeiras com a melhoria da sintomatologia.

Capítulo 4. - Conclusão

Os objetivos a que este estudo se propôs foram cumpridos, tendo em conta que os resultados confirmaram as hipóteses previamente definidas. Deste modo os resultados deste estudo contribuíram para clarificar o impacto da relação das tarefas de cadeiras com a sintomatologia. No entanto é importante salientar a necessidade dos terapeutas estarem

atentos às especificidades dos clientes, tendo em conta as suas problemáticas, de forma a poder orientar o processo terapêutico e aplicar as tarefas da forma mais adequada a cada situação.

De salientar ainda situações como o riso e o evitamento, que criam distância em relação às emoções e hesitação no envolvimento da tarefa, dificultando o envolvimento na tarefa e dificultando o processo terapêutico, implicam um maior empenhamento por parte da terapeuta, de forma a garantir o sucesso da terapia, tendo em conta que as tarefas efetuadas comprometem a evolução da resolução das tarefas.

Em suma, considero que futuras investigações deveriam estudar um maior número de casos e comparar resultados de forma a melhor compreender a evolução da sintomatologia. Seria também interessante além de estudar a evolução da sintomatologia no decorrer do processo terapêutico, tentar perceber se a adesão ao trabalho de cadeiras está de alguma forma interligada com a relação empática criada com a terapeuta.

Referências

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association.
- Angus, L., & Greenberg, L. (2011). *Working with narrative in emotionfocussed therapy: Changing stories, healing lives*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Beck, A. T. , Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory–II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Blatt, S. J., & Maroudas, C. (1992). Convergences among psychoanalytic and cognitive behavioural theories of depression. *Psychoanalytic Psychology*, 9 (2), 157-190.
- Carvalho, L. F. & Rocha, G. M.A. (2009). Tradução e adaptação cultural do Outcome Questionnaire (OQ-45). *Psico-USF*, 14(3), 309-316.
- Coco, G.L., Chiappelli, M., Bensi, L., Gullo, S., Prestano, S., & Lambert, M.J. (2008). The Factorial Structure of the Outcome Questionnaire-45: A Study with an Italian Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8 15, 418-423.
- Damasio, A. (1999). *The Feeling of What Happens: Body and emotion in the making of consciousness*. New York: Harcourt.*+-
- 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, 222-226.
- Elliott, R. (2012). Emotion-focused therapy. In: *The tribes of the person-centred nation*. PCCS Books, Ross-on-Wye, pp. 103-130.
- Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007) The essence of process experiential: emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(3), 241-254.

- Elliot, R., Watson, J. E., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-focused therapy: The Process-Experiential approach to change*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Elliott, R. (2012). Emotion-focused therapy. In Pete Sanders (Ed.), *The tribes of the person-centred nation* (pp. 103-130), Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Foa, E.B., & Jaycox, L.H. (1999). Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. In: Spiegel D, editor. *Efficacy and cost-effectiveness of psychotherapy: Clinical Practice*. Vol. 45. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Foa, E.G., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Geller, S. M., & Greenberg, L. S. (2002). Therapeutic presence: Therapists' experience of presence in the psychotherapeutic encounter. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 1, 71-86.
- Gendlin, E. (1996). *Focusing oriented psychotherapy*. New York: Guildford.
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16, 536-546.
- Greenberg, L. S. (2002). Integrating an emotion-focused approach to treatment into psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12(2), 154-189.
- Greenberg, L.S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3-16.
- Greenberg, L.S. (2006). Emotion-Focused Therapy: A Synopsis. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 87-93.

- Greenberg, L. S. (2007). A guide to conducting a task analysis of psychotherapeutic change. *Psychotherapy Research, 17*, 15-30.
- Greenberg, L. S. (2008). Emotion and Cognition in Psychotherapy: The Transforming Power of Affect. *Canadian Psychology, 49*(1), 49-59.
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *Focus, 3*(1), 32-42.
- Greenberg, L. S. (2012). Emotions, the Great Captains of Our Lives: Their Role in the Process of Change in Psychotherapy. *American Psychologist, 67*(8), 697-707.
- Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies, 1-12*.
- Greenberg, L. S., & Angus, L. E. (2004). The contributions of emotion processes to narrative change in psychotherapy, a dialectical constructivist approach. In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 331– 350). Thousand Oaks, CA: Sage Press.
- Greenberg, L. S., Auszra, L., & Herrmann, I. R. (2007) The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research, 17* (4), 482-493.
- Greenberg, L. S., & Bolger, E. (2001). An emotion-focused approach to the overregulation of emotion and emotional pain. *Journal of Clinical Psychology, 57* (2), 197-211.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., & Pos, A. (2007). Emotion-focused Therapy: An Overview. *European Psychotherapy, 7* (1), 19-39.
- Greenberg, L. S., & Johnson, S.M. (1988). *Emotionally focused therapy for couples*. New York, NY: Guildford.

- Greenberg, L. S., & Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70* (2), 406-416.
- Greenberg, L. S. & Paivio, S. C. (1997). *Working with emotions in psychotherapy*. New York, NY: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in psychotherapy: A practice friendly research review. *Journal of Clinical Psychology, 62*, 611-630.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment by moment process*. New York, NY: Guilford Press.
- Greenberg, L.S., & Safran, J.D. (1984). Integrating affect and cognition: A perspective on the process of therapeutic change. *Cognitive Therapy and Research, 8* (6), 559-578.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1987). *Emotion in psychotherapy: Affect, cognition, and the process of change*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist, 44* (1), 19-29.
- Greenberg, L. S., & Van Balen, R. (1998). The theory of experience-centered therapies. In L. S. Greenberg, J. C. Watson, & G. Lietaer (Eds.), *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 28–57). New York, NY: Guilford Press.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*, 210-224.
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Greenberg, L.S., Watson, J., & Lietaer, G. (1998). *Handbook of experiential psychotherapy*. New York: Guilford.
- Hendricks, M. N. (2002). Focusing-oriented/experiential psychotherapy. In D.J. Cain (Ed.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practice* (pp. 221-251). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Herrmann, I. R., Greenberg, L. S., & Auszra, L. (2014) Emotion categories and patterns of change in experiential therapy for depression. *Psychotherapy Research*, 26 (2), 178-195.
- Ivanova, I. & Watson, J. (2014). Emotion-focused therapy for eating disorders: enhancing emotional processing, *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 13 (4), 278-293.
- Johnson, S.M., & Greenberg, L. S. (1985). Differential effects of experiential and Problem solving interventions in resolving marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 175-184.
- Johnson, S.M., Hunsley, J., Greenberg, L. S., Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 67-79.
- Kendall, P.C., & Hedtke, K. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual*. Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Lambert, M. J. (2012). Helping clinicians to use and learn from research-based systems: The OQ-Analyst. *Psychotherapy*, 49, 109-114.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. N., Umphress, V., Hanse, N.B., Vermeersh, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 249-258.

- Lambert, M., Finch, A., Okiishi, J., & Burlingame, G. (2005). *OQ-10.2 Manual*: American Professional Credentialing Services, LLC.
- Lambert, M., Finch, A., Okiishi, J., Burlingame, G., McKelvey, C., & Reisinger, C. 29 (1998). *Administration and scoring manual for the OQ- 10.2: An adult outcome questionnaire for screening individuals and population outcome monitoring*. Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M.J., Morton, J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R., Shimokawa, K., Christopher-son, C.D., & Burlingame, G. (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)* (3rd ed.). Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services LLC.
- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 177-190.
- Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., & Greenberg, L. S. (2005). Emotional arousal, client perceptual processing, and the working alliance in experiential psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (5), 861-871.
- Mlotek, A. E., & Paivio, S.C. (2017): Emotion-focused therapy for complex trauma. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(3), 198-214.
- Orlinsky, D.E., Ronnestad, M.H., & Willutzki, U. (2003). Process and Outcome in Psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfields Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th Ed; pp. 307-389). New York: Wiley.
- Paivio, S.C. (2013). Essential Processes in Emotion-Focused Therapy. *Psychotherapy*, 50(3), 341-345.

- Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (1995). Resolving "unfinished business": Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63* (3), 419-425.
- Paivio, S. C., Hall, I. E., Holowaty, K. A. M., Jellis, J. B., & Tran, N. (2001). Imaginal confrontation for resolving child abuse issues. *Psychotherapy Research, 11*, 433-453.
- Paivio, S.C. & Nieuwenhuis, J. A. (2001). Efficacy of emotionally focused therapy for adult survivors of child abuse: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress, 14*, 115-134.
- Pascual-Leone, A. (2006). Disrupting the brain to guide plasticity and improve behavior. *Progress in Brain Research, 157*, 315-329.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why "The only way out is through.". *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 875-887.
- Pennebaker, J.W. (1995). *Emotion, disclosure and health*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Perls, F., Hefferline, R.F. & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. NY: Dell.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Korman, L. M. (2003). Emotional processing during experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1007-1016.
- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused Therapy: The Transforming Power of Affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 37*, 25-31.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy, 18*, 51-60.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston, MA: Houghton Mifflin.

- Seelert, K. R., Hill, R. D., Rigdon, M. A., & Schwenzfeier, E. (1999). Measuring patient distress in primary care. *Family Medicine, 31*(7), 483–487.
- Shahar, B. (2014). Emotion-Focused Therapy for the Treatment of Social Anxiety: An Overview of the Model and a Case Description. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21* (6), 536-547.
- Stanton, A.L., Kirk, S.B., Cameron, C.L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: Scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*, 1150-1169.
- Steer, R. A. , Ball, R., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1999). Dimensions of the Beck Depression Inventory-II in clinically depressed outpatients. *Journal of Clinical Psychology, 55*, 117-128.
- Timulak, L., & Elliott, R. (2003). Empowerment Events in Process-Experiential Psychotherapy of Depression: A Qualitative Analysis. *Psychotherapy Research, 13*, 443-460.
- Timulak, L. & McElvaney, J. (2015). Emotion-focused therapy for generalized anxiety disorder: An overview of the model. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 46*(1), 41-52.
- Watson, J. C., & Bedard, D. L. (2006). Clients' emotional processing in psychotherapy: A comparison between cognitive-behavioral and process-experiential therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74* (1), 152-159.
- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (1996). Pathways to change in the psychotherapy of depression: Relating process to session change and outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 33* (2), 262-274.

- Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, F. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential and cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 773-781.
- Yazar, K., & Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused Therapy: An Overview. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal, 4* (33), 1-12.