



Isaura Maria Bandeira de Araújo

21252

Intervenções do terapeuta e a tarefa de cadeira vazia: Estudo de dois casos de sucesso e dois casos de insucesso em Terapia Focada nas Emoções

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Carla Cunha – Instituto Universitário da Maia (ISMAI)

Setembro, 2014

Agradecimentos

Esta página dá-me a possibilidade de expressar o meu agradecimento a todas aquelas pessoas que de uma forma ou de outra contribuíram para que chegasse até aqui. Deste modo, em primeiro lugar, aos meus pais devo-lhes tudo, porque sem eles não estaria neste momento a escrever esta dissertação nem teria conseguido o curso que tanto desejo. Apoiaram-me em todas as minhas decisões, fizeram de tudo para que nada me faltasse e conseguisse terminar o meu curso, a eles expressei a minha gratidão por todo o carinho, dedicação e força que me deram ao longo destes 5 anos e nunca terem deixado de acreditar em mim.

À minha avó, que neste momento está com um problema de saúde, mas com 86 anos continua com força de viver e sempre me apoiou e incentivou dando-me força ao longo de todo este percurso.

Ao meu namorado que esteve sempre comigo nos bons e maus momentos, me apoiou e sempre me ajudou quando precisei de alguma coisa. No momento certo esteve sempre lá e acreditou sempre em mim.

Às minhas amigas Joana Lima, Sílvia Neto, Manuela Cardoso e Sara Marques que marcaram este meu percurso com a sua amizade e que nunca me deixaram cair. À Joana Ribeiro que tive oportunidade de conhecê-la no início deste ano letivo e que também contribuiu para este processo.

À minha amiga Tânia Carrilho que todos os fins de semana saíamos para momentos de convívio e nunca deixou de acreditar em mim, dando-me sempre apoio para que tudo corresse bem.

À minha cadela Nina pelos momentos de descontração e carinho que me proporcionou.

É claro que também esta tese não seria possível sem o apoio e a presença incansável da Doutora Carla Cunha, a minha orientadora, que sempre mostrou a sua disponibilidade, prontidão e auxílio quando eu mais necessitei. A ela estou muito agradecida, pois além de ser uma excelente docente que marcou o meu percurso académico enquanto aluna, desde o meu primeiro ano no ISMAI até ao término do mestrado, também foi uma ótima orientadora que sempre me apoiou, motivou e me fez crescer enquanto futura psicóloga e enquanto pessoa. Estou orgulhosa deste trabalho conjuntamente com ela, e também por todos os momentos que me proporcionou não só nas reuniões semanais como nas reuniões individuais sempre transmitindo-me

conhecimentos e confiando e acreditando em mim e nas minhas capacidades. Foi sem dúvida um pilar durante este ano que sempre me auxiliou na direção dos passos que devia tomar em diante, sempre foi muito compreensiva comigo e permitiu que eu concluísse esta etapa que tanto anseio.

Ao Doutor João Salgado, que além de nas reuniões semanais sempre demonstrar a sua disponibilidade e dedicação para esclarecer dúvidas e transmitir conhecimentos, também enquanto sua aluna, oportunidade esta que surgiu no meu primeiro ano de mestrado, teve impacto na minha formação porque é um docente que contribuiu para desenvolver as minhas capacidades e conhecimentos.

À Dra. Ana Sofia Teixeira pela sua dedicação e disponibilidade que sempre demonstrou nas reuniões e também pela força e motivação que me deu ao longo deste ano letivo.

À Dra. Anabela Couto pela sua prontidão em ajudar quando precisei.

Quero também deixar aqui um agradecimento especial ao meu tio que perdi, infelizmente, por problemas de saúde no início deste ano letivo e que ansiava por me ver mestre em psicologia. A ele deixo esta pequena marca porque sempre esteve presente em todos os momentos da minha vida, e este percurso académico não foi exceção.

Para acabar gostaria de agradecer a todos os docentes do ISMAI que me acompanharam ao longo deste meu percurso. De certa forma, cada um deles deixou um pouco de si em mim, contribuindo assim para o desenvolvimento das minhas competências e formação de base em Psicologia. Não posso esquecer todos os serviços desde a secretaria, tesouraria, gabinete de pós-graduações, biblioteca, bar e direção do ISMAI que sempre fui bem recebida. Se voltasse atrás faria tudo exatamente igual, porque o ISMAI foi sem dúvida uma das experiências da minha vida mais gratificantes e contribuídas para a minha formação enquanto futura psicóloga.

Por fim, um agradecimento especial à Papelaria Caloiro, em particular ao Sr. António que me possibilita a entrega da tese atempadamente e por toda a sua disponibilidade, compreensão e apoio nos seus serviços ao longo destes 5 anos.

Intervenções do terapeuta e a tarefa de cadeira vazia: Estudo de dois casos de sucesso e dois casos de insucesso em Terapia Focada nas Emoções

Resumo

Este estudo analisa as intervenções do terapeuta ao longo de dois casos de sucesso e dois casos de insucesso em Terapia Focada nas Emoções para a depressão e, em particular, analisa as intervenções terapêuticas usadas ao longo das tarefas de cadeira vazia, e em diferentes estádios de resolução da tarefa.

Os quatro casos de sucesso e insucesso analisados aqui foram selecionados da amostra de clientes do projeto de: “Descentração e Mudança em Psicoterapia: Estudo sobre eficácia da psicoterapia em depressão ligeira e moderada”, realizado no ISMAI-Instituto Universitário da Maia.

A identificação das diferentes intervenções do terapeuta foi efetuada de acordo com o modelo Helping Skills System à luz de um estudo anterior de Cunha, et al. (2012), e a adesão às tarefas de cadeira vazia foi medida através da Medida de Adesão às tarefas de Goldman, Greenberg e Angus (2006).

Os resultados do estudo indicam que as intervenções focadas na exploração são mais usadas ao longo da terapia quer nos casos de sucesso quer nos casos de insucesso.

Em relação às tarefas de cadeira vazia, as intervenções focadas no insight parecem ser as mais utilizadas nos casos de insucesso, e as intervenções focadas na ação parecem ocorrer em maior frequência nos casos de sucesso.

No que respeita às intervenções do terapeuta nas diferentes fases de evolução da tarefa de cadeira vazia, os resultados parecem apontar algumas diferenças nos casos de sucesso para os casos de insucesso no primeiro estádio de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia.

Palavras-chave: Intervenções do terapeuta; Terapia focada nas emoções; Tarefa da cadeira vazia; Depressão

Therapist interventions and the Empty Chair Task: A study of two cases of a good and poor outcome cases of Emotion-Focused Therapy

Abstract

This study aims to analyze not only the therapist's interventions in four cases of good and poor outcome of Emotion-Focused Therapy for depression, but also intends to analyze the therapeutic interventions used particularly along the empty chair tasks, in different stages of resolution the task.

These four cases were selected from the sample of the research project: "Decentering and Change in Psychotherapy: A study on the efficacy of psychotherapy for mild and moderate depression", conducted at ISMAI- Maia University Institute.

The identification of different therapist interventions was carried out according to the Helping Skills System model following a previous study by Cunha, et al. (2012), and the task of joining the empty chair was measured by Measure of Accession to the tasks of Goldman, Greenberg and Angus (2006).

The results of the study indicate that interventions focused on exploration are commonly used throughout the therapy and in cases of a good or in poor outcome cases.

Regarding tasks chair empty interventions focused insight seem to be the most used in poor outcome cases, and interventions focused on action seem to occur more frequently in good cases.

With regard to the therapist's interventions at different stages of evolution of the task of the empty chair, the results seem to point out some differences in the good cases for poor outcome cases in the first stage of development of task empty chair.

Keywords: Therapist interventions; Emotion-focused therapy; Empty Chair Task; depression

Índice

Resumo	v
Abstract	vi
Introdução	1
Capítulo I: Enquadramento teórico	
1. O papel da emoção em psicoterapia.....	2
2. Terapia focada nas emoções.....	4
2.1.Princípios da mudança emocional.....	5
2.2. Fases do tratamento.....	7
2.3.Princípios do tratamento.....	8
2.4.Intervenção.....	9
2.4.1. Marcadores.....	9
2.4.2. Tarefas.....	10
2.4.3. Tarefa do diálogo de cadeira vazia.....	12
2.4.3.1. Etapas de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia.....	14
2.5.Dificuldades nas tarefas.....	16
3. Intervenções do terapeuta.....	18
Capítulo II: Estudo Empírico	
4. Questões de investigação e objetivos.....	22
5. Método.....	23
5.1.Participantes.....	23
5.2.Medidas.....	25
5.2.1. Medidas de resultado.....	25
5.2.1.1. Beck Depression Inventory – II (BDI-II).....	25
5.2.1.2. Outcome Questionnaire-45 (OQ-45).....	25
5.2.2. Medidas de processo.....	26
5.2.2.1 Helping Skills System (HSS).....	26
5.2.2.2. Escala de adesão às tarefas.....	27
6. Procedimentos.....	28
7. Resultados.....	30
8. Discussão.....	43
9. Limitações do estudo.....	46
10. Conclusão.....	47
11.Referências bibliográficas.....	48

Índice de tabelas

Tabela 1. Tipos de marcadores e respetivas tarefas.....	11
Tabela 2. Trabalho de cadeira vazia para unfinished business	17
Tabela 3. Helping Skills System	21
Tabela 4. Pontuações dos clientes no BDI e OQ-45 da 1ª à 16ª sessão.....	24
Tabela 5. HSS ao longo dos diferentes casos de sucesso e insucesso.....	30
Tabela 6. Nível de adesão médio na tarefa de cadeira vazia e estágio atingido.....	32
Tabela 7. HSS nas diferentes sessões de tarefas de cadeira vazia nos casos de sucesso e insucesso.....	36
Tabela 8. HSS nas fases de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia nos casos de sucesso.....	39
Tabela 9. HSS nas fases de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia nos casos de insucesso.....	40

Índice de figuras

Figura 1. HSS ao longo do tempo.....	31
Figura 2. HSS nas diferentes sessões de tarefas de cadeira vazia.....	37
Figura 3. Descrição específica do HSS nas tarefas de cadeira vazia.....	37

Índice de abreviaturas

TFE- Terapia Focada nas Emoções

EFTT- Terapia Focada nas Emoções para Trauma

HSS- Helping Skills System

IMCS- Sistema de Codificação dos Momentos Inovadores

BDI- Inventário de Depressão de Beck

OQ-45- Outcome Questionnaire

DP- Desvio Padrão

Introdução

O presente trabalho de investigação surge para a realização da dissertação da autora para a conclusão do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Universitário da Maia, no ano letivo 2013/1014. Neste sentido, a presente tese pretende não só analisar as intervenções do terapeuta ao longo de dois casos de sucesso e dois casos de insucesso em Terapia Focada nas Emoções para a depressão, mas também as intervenções terapêuticas ao longo das tarefas de cadeira vazia, em particular, nas diferentes fases resolução da mesma. Para analisar as intervenções do terapeuta este estudo utiliza o modelo Helping Skills System- HSS (Hill, 2009), que inclui 12 categorias nominais mutuamente exclusivas do comportamento verbal do terapeuta, que podem ser organizadas em três macrocategorias: 1: Exploração (inclui aprovação e confiança, questões fechadas, questões abertas, paráfrases e reflexões de sentimentos); 2: Insight (inclui desafios e interpretações, auto-revelações e proximidade) e 3: Ação (inclui informações e diretivas) (Hill, 2009). As declarações do terapeuta não relacionadas com o processo terapêutico ou com problemas do cliente, como saudações ou conversas banais são integrados numa outra categoria (12- Outros) (Cunha et al., 2012).

A presente dissertação organiza-se em dois capítulos: um teórico e outro empírico. O primeiro realiza uma revisão da literatura acerca da temática em análise. Deste modo, começa por fazer uma breve referência ao papel da emoção na psicoterapia, apresenta a terapia focada nas emoções e as intervenções do terapeuta, bem como os estudos mais relevantes. O segundo capítulo apresenta o estudo empírico. Assim, integra a contribuição empírica da dissertação, descreve os objetivos e as questões de investigação, os participantes do estudo, as medidas utilizadas e os procedimentos de recolha e análise dos dados. De seguida apresenta os resultados obtidos e a discussão dos mesmos. Por fim, refere as principais limitações do estudo, relacionando com futuras investigações, e termina com uma breve conclusão acerca de todo o processo.

Em suma, esta investigação apresenta-se enquanto relevante devido à escassez de estudos de investigação do modelo HSS aplicado às tarefas de TFE, de modo a analisar a adesão e a capacidade de resolução das mesmas em ambos os processos terapêuticos.

Capítulo I: Enquadramento Teórico

1. O papel da emoção em psicoterapia

Diversos modelos teóricos focam o papel da emoção no funcionamento humano e em terapia. Neste sentido, vários estudos sugerem que, na psicoterapia, a emoção e os processos emocionais associados, podem desempenhar um papel e uma forte relevância na promoção e compreensão da mudança terapêutica (Greenberg, 2010; Greenberg & Safran, 1989).

Três principais perspectivas terapêuticas caracterizam a emoção de formas distintas (Greenberg & Safran, 1989). Na primeira – terapia psicodinâmica/ psicanálise, as emoções são vistas como processos de descarga fisiológica associadas a impulsos involuntários e a sua expressão consiste na satisfação de necessidades.

Em contraste com a psicanálise, surge a visão comportamental e cognitivo-comportamental. Na perspectiva comportamental, o indivíduo é visto como uma tábua rasa que aprende as respostas emocionais em relação às contingências ambientais (Skinner, 1953, in Greenberg & Safran, 1989). A abordagem cognitivo-comportamental defende que o significado atribuído a uma dada situação determina a resposta emocional a esta (Beck, 1976; Ellis, 1962, in Greenberg & Safran, 1989).

Nas abordagens humanistas, as emoções fornecem informações acerca das respostas a determinadas situações, que ajudam o ser humano a orientar-se de forma adaptativa ao ambiente. Nesta perspectiva, a terapia envolve respostas empáticas que não só pretendem ajudar os clientes a tomar consciência da sua experiência emocional e do significado por estes atribuído, mas também sobre os processos subjacentes que interromperam a sua experiência emocional. O evitamento ou bloqueio das emoções adaptativas, e do significado que lhes está associado, pode levar a uma má resolução de problemas (Greenberg & Safran, 1989).

Esta abordagem emocional pode ser classificada em cinco processos gerais de mudança, tais como: 1- Sintetizar e reconhecer respostas emocionais anteriormente não reconhecidas, com o objetivo de aumentar a consciência sobre as informações de respostas adaptativas; 2- Evocar e intensificar a emoção para promover novas respostas comportamentais; 3- Reestruturação emocional; 4- Acesso às crenças centrais; 5- Modificar as respostas emocionais primárias mal-adaptativas.

Na primeira categoria (Sintetizar e reconhecer respostas emocionais anteriormente não reconhecidas), pretende-se que o indivíduo traga à consciência respostas emocionais que no passado não foram atendidas, ou seja, uma experiência que no passado não tenha sido aceita, para que posteriormente seja capaz de aceitá-la. Assim, passará a ser simbolizada na consciência e a ação associada à emoção pode ser expressa de forma aceitável.

Relativamente à segunda categoria (Evocar e intensificar a emoção), a emoção é intensificada através de formas expressivas, nomeadamente meios de estimulação verbais e não-verbais. Deste modo, a utilização de imagens, músicas, encenações, ou a utilização de meios verbais como a repetição, o exagero de determinadas palavras/frases-chave e gestos por parte do cliente podem ser eficazes no despertar da emoção.

No que concerne à reestruturação emocional (3ª categoria), as respostas problemáticas subjacentes são aceitas, de modo a serem suscetíveis de reestruturação. Neste sentido, possibilita-se a criação de novos significados.

O acesso às crenças centrais (4ª categoria), permite compreender os esquemas emocionais que no passado estavam inacessíveis à consciência, e que uma vez disponíveis podem gerar mudança cognitiva. Assim, possibilita a compreensão do surgimento destes e a forma de agir para estruturar a própria experiência.

Quanto à mudança de respostas emocionais primárias mal-adaptativas, é necessário compreender quais as avaliações subjetivas que estão subjacentes aos estímulos que condicionaram as respostas aprendidas, por exemplo, sentir medo ou raiva perante uma resposta de carinho ou afeto.

As emoções são consideradas fundamentais uma vez que, não só são vistas como formas peculiares de processamento de informação essencial para a sobrevivência e adaptação, bem como possuem um potencial inato e adaptativo que quando ativado pode ajudar os clientes a mudarem estados emocionais problemáticos ou experiências indesejadas. Este ponto de vista das emoções é baseado na crença, que tem vindo a ganhar apoio empírico (Damásio, 1994, in Pos & Greenberg, 2007), de que as emoções são um sistema inato e adaptativo que nos ajuda a sobreviver e guiar no sentido de satisfazer as nossas necessidades. Elas sinalizam e alertam-nos para situações importantes, comunicam aos outros o nosso estado emocional através das expressões faciais e corporais, e desta forma, regulam o eu e o outro (Greenberg, 2004; Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007).

2. Terapia Focada nas Emoções

A Terapia Focada nas emoções – TFE, também denominada por terapia processual-experiencial, integra princípios neo-humanistas, com teorias contemporâneas da emoção, técnicas da gestalt e noções dialético-construtivistas (Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007). Deste modo, dos princípios neo-humanistas destacam-se os seguintes: a experiência como objeto central, ou seja, a nossa vida é um processo contínuo de experiências; a hipótese do livre arbítrio, em que nós temos a capacidade de tomar decisões que podem mudar a nossa vida; perspectiva holística, que vê o ser humano como um todo integrado; defesa do pluralismo e igualdade, ou seja, múltiplas versões sobre as mesmas realidades; defesa da presença e autenticidade como facilitadoras da mudança nas relações humanas, o que implica que quanto mais genuíno, mais facilitadas as condições de mudança; crença no crescimento ao longo da vida, desta forma, o ser humano tende a orientar-se para uma maior complexidade e uma maior capacidade para lidar com as suas dificuldades (Elliott & Greenberg, 2007; Greenberg, 2004; Pos & Greenberg, 2007).

Numa visão construtivista dialética, o cliente é visto como um agente que está num processo constante de simbolização corporal para criar um novo significado da sua experiência. Ou seja, as sensações corporais atuam como sinais de significado da forma como uma determinada experiência é sentida e organizada, e através de tais sinais são construídas novas narrativas (Greenberg, 2004; Greenberg & Smith, 2007).

O foco da terapia é na emoção, como ponto crucial do processo de mudança dos clientes, uma vez que se pretende alterar emoções com emoções, ou seja, a informação relacionada com a emoção adaptativa é utilizada para transformar os significados emocionais mal-adaptativos (Paivio, 2013). Deste modo, o objetivo da terapia propõe-se não só aceder aos recursos emocionais adaptativos, como também transformar ou substituir emoções desadaptativas por emoções mais adaptativas. Tendo em conta que as emoções refletem experiências, elas podem tornar-se respostas inadequadas de situações através da socialização e aprendizagem. Assim, o objetivo é que o cliente compreenda e integre melhor alguns episódios do passado, e de como estes estão relacionados com a problemática atual, (Fosha, 2000 in Greenberg, 2004; Pos & Greenberg, 2007).

De forma sucinta, esta terapia foca-se no aqui e agora, o terapeuta segue e controla a experiência interna do cliente, acompanhando-o momento a momento, de

modo a aceder aos processos nucleares dela, particularmente, aquilo que mais magoa ou prejudica o cliente. Desta forma, o objetivo é a auto-organização das respostas emocionais associadas aos problemas, e a criação de condições para que os clientes pensem de forma diferente (Elliott & Greenberg, 2007; Pos & Greenberg, 2007).

De acordo com a terapia, os esquemas emocionais são organizados em quatro categorias distintas de respostas emocionais (Greenberg & Safran, 1987 in Pos & Greenberg, 2007). Tendo por base estas quatro categorias, três delas são consideradas problemáticas para um funcionamento adaptativo, e somente uma é considerada adaptativa (Pos & Greenberg, 2007).

A primeira categoria é relativa às emoções primárias adaptativas, que se caracterizam em respostas imediatas a situações que ajudam o indivíduo a praticar ações adequadas. No caso de uma violação, a raiva sentida ajuda, assertivamente, na definição de limites, os quais impedirão futuras violações.

Seguem-se as emoções primárias mal-adaptativas, que tal como acontece nas emoções primárias adaptativas também são respostas imediatas, porém são alvo de sobre aprendizagem de experiências prévias, frequentemente traumáticas. Ou seja, envolvem reações diretas a situações que desencadeiam respostas baseadas em sobre aprendizagens prévias. Como é exemplo, perante uma violação emerge a raiva, contudo a raiva também pode emergir posteriormente perante um carinho, de modo desadaptativo.

À terceira categoria pertencem as emoções secundárias. Estas são reações emocionais a experiências emocionais primárias. Por exemplo, sentir medo perante uma situação perigosa e em seguida sentir vergonha de si próprio como consequência do medo sentido.

Por fim, as emoções instrumentais são respostas emocionais que visam controlar ou influenciar outros. São exemplos a tristeza para obter ajuda de outros ou a raiva para intimidar.

2.1. Princípios da mudança emocional

As distintas respostas emocionais referidas são importantes, uma vez que cada categoria emocional é trabalhada de forma diferente em terapia (Greenberg & Paivio, 1997, in Pos & Greenberg, 2007).

De acordo com a terapia focada nas emoções, a mudança caracteriza-se por cinco princípios emocionais: consciência, regulação, reflexão, transformação da emoção e ambiente relacional (Greenberg, 2004; Pos & Greenberg, 2007).

A consciência é identificada como o princípio mais essencial, para tal, aceitar a experiência emocional é o primeiro passo no trabalho da consciência (Greenberg & Pascual-Leone, 2006). Nesta etapa, os clientes vão, progressivamente, ganhar mais consciência daquilo que o seu corpo está a sentir perante determinada experiência emocional. Assim, o terapeuta é visto como treinador da emoção (*coaching*), e o objetivo é que os clientes tomem consciência das suas emoções primárias adaptativas, aceitando a sua experiência emocional ao invés de evitá-la ou transformá-la quando é mal-adaptativa. O treino da emoção em psicoterapia baseia-se em duas fases: “Chegar e sair. Não se pode sair de um lugar sem que antes se tenha chegado a ele” (Greenberg, 2004, p.9). Em suma, o cliente consegue dar sentido à sua experiência emocional, promovendo novas narrativas e criação de novos significados (Greenberg, 2004; Greenberg, 2010).

De seguida, é importante ter a capacidade de tolerar e regular a experiência emocional. Neste sentido, os terapeutas ajudam os clientes a desenvolverem capacidades para autorregular os seus sentimentos. Frequentemente, os terapeutas pedem aos clientes que encontrem palavras para o que estão a sentir naquele momento. Geralmente as emoções que exigem regulação emocional são as emoções secundárias ou emoções primárias mal-adaptativas. Deste modo, regular a respiração, observar o cliente, deixar e vir as emoções são aspetos importantes na regulação das emoções.

O terceiro princípio é relativo à reflexão. A reflexão permite dar sentido à experiência que foi ativada, ou seja, o cliente reconhece a criação da sua experiência problemática e é capaz de refletir sobre o que está a sentir, simbolizando em palavras. Assim, todos os seus pensamentos, sentimentos, objetivos e necessidades das diferentes partes do self são identificadas e cria-se um novo significado para a experiência emocional, o que ajuda os clientes a desenvolverem novas narrativas para explicarem as suas experiências (Greenberg & Pascual-Leone, 2006).

A transformação da emoção tem como objetivo aceder às emoções mal-adaptativas, de modo a transformar ou substituí-las por emoções mais adaptativas (Greenberg, 2007). Desta forma, o terapeuta ajuda o cliente a aceder e experimentar não só as emoções primárias adaptativas, bem como aceder ao modo de processamento de esquemas prévios que desencadeiam uma emoção mal-adaptativa. Uma vez acedidos,

facilita-se a construção de uma nova resposta emocional e de um novo significado. Em suma, é transformada uma emoção mal-adaptativa por outra emoção mais adaptativa (Greenberg, 2010).

É importante referir que os princípios referidos devem ser trabalhados num ambiente acolhedor, com um terapeuta psicologicamente presente, empático, autêntico, genuíno e de aceitação incondicional (Greenberg & Watson, 2006, in Pos & Greenberg, 2007; Rogers, 1957). As qualidades referidas aumentam a segurança do cliente e a sua necessidade de ser aceite sem juízos de valor. O terapeuta deve estar com a pessoa momento a momento de forma a transmitir uma verdadeira compreensão da experiência interna do cliente (Pos & Greenberg, 2007; Watson, 2007).

É de salientar que vários estudos apontam para a relação terapêutica, o processamento do esquema emocional e os significados emergentes como sendo os alvos fundamentais de intervenção e mudança terapêutica, em terapia focada nas emoções (Paivio, 2013; Watson, 2007). Assim, a mudança ocorre quando, em terapia, é provocada a ativação da experiência emocional mal-adaptativa, e de seguida acede-se às emoções adaptativas. Nesta visão é necessário criar e desenvolver novas narrativas que assimilem as experiências, construindo novos significados. Para tal, a empatia, aceitação e congruência devem estar presentes, para que o cliente, facilmente, se sinta à vontade para explorar a sua experiência com o terapeuta (Greenberg, 2010; Greenberg & Angus, 2003, in Greenberg, 2004; Paivio, 2013; Watson, 2007).

2.2. Fases do tratamento

O processo terapêutico inclui três grandes fases: inicial – ligação e consciência, intermédia – evocação e exploração e final – transformação e criação de alternativas (Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007).

Na primeira fase constrói-se um ambiente terapêutico seguro, explica-se a importância das emoções no processo, e juntamente com o cliente determina-se o foco do tratamento. Deste modo, é importante que ambos negociem e clarifiquem objetivos de modo a otimizar todo o processo de terapia.

Numa fase intermédia devem trazer-se para o aqui e agora as emoções e, se necessário, intensificá-las. Procura-se chegar a um nível mais profundo das emoções primárias, com o objetivo de desmontá-las, quer sejam adaptativas ou desadaptativas. Para tal, são usadas técnicas como a cadeira vazia, diálogo de duas cadeiras.

Por fim, relativamente à fase de transformação e criação de alternativas, são construídos novos modos de resposta emocionais, cognitivos e comportamentais criando-se novos significados e narrativas que refletem um sentido mais integrado do self. Deste modo é dado um novo sentido à experiência através do acesso a novos recursos internos sob a forma de respostas emocionais adaptativas.

2.3 Princípios do tratamento

Considera-se uma experiência emocional corretiva como sendo uma forma final de mudar uma emoção, ou seja, ter uma experiência nova e diferente no mundo, que altera um sentimento antigo. Deste modo, o objetivo da TFE, é que os clientes, em condições mais favoráveis de terapia, re-experienciem emoções que, no passado, não conseguiam lidar. O terapeuta deve ser visto pelo cliente como alguém que está em sintonia com ele e que valida o seu mundo interior. Por exemplo, o cliente sente vergonha numa determinada experiência e, em terapia, esta experiência é aceite ao invés de ser desprezada. Tal fato leva a que o terapeuta facilite a mudança do sentimento de vergonha, podendo o cliente expressar vulnerabilidade sem ser punido ou censurado (Greenberg, 2010).

Como referido anteriormente, a TFE caracteriza-se por um estilo terapêutico que valoriza a relação terapêutica e as respostas empáticas relativas à experiência do cliente, assim, o terapeuta deve estar totalmente presente, ser empático, congruente e genuíno. Neste sentido, existem três princípios de relacionamento e três princípios de tarefas. Dos primeiros fazem parte: Sintonia empática, vínculo terapêutico e colaboração na tarefa. A sintonia empática acompanha o cliente, entrando, ativamente, no mundo deste e percebendo quais os significados mais importantes na experiência do cliente em determinado momento. Sintonia empática é um processo fundamental em todas as tarefas (Elliott & Grenberg, 2007; Greenberg, 2010).

Relativamente ao vínculo terapêutico, o terapeuta deve ser capaz de comunicar empatia, carinho e presença para o cliente. Neste sentido, o terapeuta deverá ter um tom de voz adequado, ser genuíno, autêntico, possibilitando uma boa relação terapêutica (Greenberg, 2010).

Na colaboração das tarefas, o terapeuta deve facilitar o envolvimento nas tarefas e objetivos específicos da terapia. Assim, o cliente deve ser envolvido como um participante ativo no processo terapêutico.

No que concerne os princípios de tarefas, fazem parte: o processamento experiencial, conclusão de tarefas e auto-desenvolvimento.

Um elemento chave em TFE é de que os clientes, ao longo dos diferentes momentos na terapia, têm formas distintas e produtivas de expressar e processar o seu estado interno. Assim o terapeuta deve ajudar o cliente neste processo, de acordo com o momento da terapia em questão. Este princípio refere-se ao processamento experiencial.

Em relação à conclusão de tarefas, o terapeuta deve auxiliar o cliente no sentido de facilitar a realização das tarefas terapêuticas. Porém o cliente tem um papel ativo na conclusão das tarefas, pois só passará para a próxima fase de resolução quando estiver emocionalmente pronto.

Por fim, o auto-desenvolvimento, foca-se na promoção da responsabilidade do cliente. Deste modo o terapeuta, através da escuta ativa ajuda o cliente a explorar as suas capacidades de crescimento e o seu desenvolvimento pessoal.

2.4 Intervenção

Em TFE, os distintos tipos de emoções e dificuldades de processamento emocionais exigem distintos tipos de intervenções (Paivio, 2013).

A exploração empática caracteriza-se pelo modo de intervenção mais básico em TFE. Tal explica-se pelo fato de que terapeuta deve acompanhar o cliente, momento a momento, naquilo que lhe é mais doloroso, respondendo de forma verbal e não verbal às suas narrativas. Neste sentido, este modo de intervenção é essencial, pois só desta forma se torna possível capturar a atenção do cliente para explorar as suas problemáticas (Greenberg, 2010; Watson, 2010).

2.4.1. Marcadores

Como forma de intervenção, o terapeuta deve guiar-se pelos marcadores. Estes apontam para determinados tipos de problemas ou dificuldades, assim, caracterizam-se por comportamentos, na sessão, que balizam que o cliente está pronto para trabalhar num problema específico ou tarefa (Elliott & Greenberg, 2007). Os principais marcadores são seis: reações problemáticas; sentimento pouco claro; divisões de auto-crítica (divisões entre partes de si em conflito); divisões de auto-interrupção; assuntos inacabados e vulnerabilidade (Greenberg, 2010; Pos & Greenberg, 2007).

Após identificados os marcadores, são atribuídas as tarefas correspondentes a cada um deles (Pos & Greenberg, 2007).

2.4.2. Tarefas

Rice e Greenberg (1984), desenvolveram uma característica que diferencia a TFE, que se denomina: análise das tarefas terapêuticas (*task analysis*).

Esta análise de tarefas possui uma base de orientação terapêutica voltada para a terapia centrada no cliente e Gestalt. Greenberg (1977) adaptou o modelo e aplicou-o em TFE, para resolver os problemas trazidos pelo cliente à psicoterapia. É de salientar que o modelo de tarefas compreende quatro elementos: um marcador; um modelo de resolução da tarefa do cliente, uma intervenção geral do terapeuta e uma resolução (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004).

De acordo com os autores, o modelo de análise de tarefas é um mapa ou uma mini teoria de como fazer um determinado tipo de trabalho terapêutico. Assim, se é perceptível um marcador, por exemplo, no qual o cliente experimenta um estado interno de sensações e sentimentos não resolvidos em relação a um outro significativo, tal indica a tarefa que o terapeuta deve trabalhar e orienta as sessões. Após acordada a tarefa a ser trabalhada, é necessário avaliar o progresso e a adesão dos clientes nas tarefas. Neste sentido, Elliott et al (2004) desenvolveram um grau de escala de resolução de cada tarefa, o qual facilita uma síntese genérica e útil para cada tarefa.

A tabela 1 ilustra os diferentes marcadores da terapia e as respectivas tarefas.

Tabela 1. Tipos de marcadores e respetivas tarefas (Pos & Greenberg, 2007).

Marcadores	Definição	Tarefa correspondente	Exemplos
Reações problemáticas	Caraterizam-se pela perplexidade que é expressa perante determinada resposta emocional ou comportamental numa situação específica.	Desdobramento evocativo sistemático	“Naquele momento senti-me triste e não sei porquê”
Sentimento pouco claro	Consiste numa confusão por parte da pessoa, em que não existe uma noção clara da sua experiência.	Focalização	“Eu só tenho este sentimento mas não sei o que é.”
Divisão de auto-crítica	Referem-se a uma parte do self que critica a outra, ou seja existe o crítico (Top dog) e o criticado (Under dog). O primeiro exerce uma influência negativa sobre o segundo, e o segundo é sempre visto como inferior.	Diálogo de duas cadeiras	Um lado diz: “Eu quero acabar o mestrado e desempenhar um bom estágio”, o outro lado diz: “tu és fraco, não vais conseguir”.
Divisão de auto-interrupção	Uma parte interrompe ou bloqueia a parte emocional da outra, ou seja uma parte de nós interrompe a outra parte de se exprimir.	Diálogo de duas cadeiras	“Estou a sentir as lágrimas a chegar mas vou serrar os dentes para não chorar”.
Assuntos inacabados	Referem-se a sentimentos não resolvidos relativos a um outro significativo. Estes assuntos pendentes interferem, inconscientemente, com as relações atuais da pessoa.	Diálogo de cadeira vazia	“O meu pai nunca estive lá para mim”.
Vulnerabilidade	Na vulnerabilidade, a pessoa sente-se, profundamente, envergonhada, frágil ou insegura sobre algum aspeto da sua experiência.	Empatia	“Eu sinto que não tenho mais nada, é pedir demais a mim mesmo para continuar e seguir em frente”.

O presente estudo foca-se na tarefa do diálogo de cadeira vazia. Para tal, de seguida apresenta-se uma breve definição da tarefa, estudos relativos à mesma e as várias fases de resolução.

2.4.3. Tarefa do diálogo de cadeira vazia

O marcador denominado de assuntos inacabados (*unfinished business*) apela à tarefa do diálogo de cadeira vazia. Esta tarefa é derivada da Gestalt Terapia e assenta no princípio da gestalt, o qual sustenta a conceção de que as necessidades não satisfeitas não desaparecem totalmente da consciência (Perls, Hefferline & Goldman, 1951; Polster & Polster, 1973, in Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004).

Na utilização da técnica da cadeira vazia, o cliente ativa os significados implícitos dos acontecimentos passados, explora a sua reação emocional para o outro significativo e compreende-a, colocando o processo interno (que anteriormente não se pode colocar) em movimento. Tal acontece, uma vez que os esquemas específicos da emoção associados a outros significativos são ativados, e o cliente re-experencia reações emocionais não resolvidas, permitindo processá-las e lidar com, ou concretizar as necessidades anteriormente não resolvidas (Greenberg et al, 1993, in Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004).

Em sùmula, a tarefa de cadeira vazia, caracteriza-se por um método terapêutico que orienta o cliente através de um diálogo imaginário com um outro significativo, que visa a reestruturação das memórias emocionais do cliente e a visão de si e do outro. Esta forma de confronto imaginária envolve o acesso e a expressão de sentimentos dolorosos, e identifica e valida as necessidades que não foram satisfeitas anteriormente (Greenberg & Malcolm, 2002).

De acordo com os autores Greenberg e Safran (1987), o processo chave de mudança no trabalho de cadeira vazia com assuntos inacabados, envolve não só a ativação emocional e a expressão de emoções primárias, previamente, interrompidas, como também a identificação e expressão de necessidades não satisfeitas. Deste modo, a mudança ocorre quando as experiências emocionais anteriormente suprimidas passam a estar disponíveis à consciência. Assim, as emoções recém-acedidas podem ser usadas para reestruturar os esquemas prévios, e o terapeuta deve auxiliar os clientes a analisarem as suas reações emocionais (Greenberg & Safran, 1987; Shiffrin & Schneider, 1977, in Greenberg & Malcolm, 2002).

Existem dois indicadores clínicos para assuntos inacabados: negligência ou abandono e abuso ou trauma. O primeiro tipo de assuntos inacabados pode surgir em relações atuais importantes, incluindo companheiros, chefes ou figuras de autoridade. Os assuntos inacabados de relações atuais (current interpersonal issues) estão simbolicamente relacionados com relações anteriores.

No segundo indicador para assuntos inacabados, o agressor -“abusador” pode ser um amigo, amante ou cuidador, e a pessoa pode ter sido exposta a um único evento traumático ou a repetida vitimização por vários anos pelo agressor (Paivio & Nieuwenhuis, 2001, in Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004).

Em alguns casos de trauma, a tarefa de cadeira vazia não é aconselhável, particularmente quando existe um risco de retraumatização, comportamento de automutilação, tendências suicidas, ou comportamento de extrema agressividade. No caso de o cliente estar num nível elevado de ativação, deve usar-se a empatia ou tarefas menos evocativas como a criação de significado (Clarke, 1993, in Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004).

A terapia focada nas emoções para o Trauma (EFTT), especificamente para lidar com este tipo de situações, é um modelo de terapia, que envolve o acesso a sentimentos e memórias traumáticas, como um mecanismo de mudança. Deste modo, com a ajuda do terapeuta, o cliente através da expressão e verbalização de experiências dolorosas por meio de processos de dessensibilização, constroi um novo significado e uma visão mais adaptativa de si, dos outros e dos eventos traumáticos (Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991, in Paivio & Kunzle, 2007).

No modelo terapêutico referido realçam-se as emoções adaptativas, que são previamente bloqueadas, na promoção de um funcionamento saudável (Damásio, 1999 & Ledoux, 1996, in Paivio & Kunzle, 2007).

De acordo com esta terapia, os maus tratos na infância estão associados aos distúrbios nos adultos, na medida em que envolvem assuntos não resolvidos com figuras de vinculação. Assim, os clientes continuam angustiados e atormentados por sentimentos não expressos, necessidades não satisfeitas e memórias perturbadoras em relação a essas figuras. Estes demonstram incapacidade em separar, deixar ir e seguir em frente, até as experiências prévias serem resolvidas e os sentimentos serem expressos e processados – tarefa primordial em EFTT (Greenberg & Paivio, 1997).

Neste sentido, a EFTT é a única terapia para trauma que se baseia num modelo empiricamente validado que usa uma técnica específica derivada da Gestalt-Terapia.

Desta forma, através do diálogo de cadeira vazia, o cliente, de modo imaginário, enfrenta o(s) autor(es) do abuso e expressa pensamentos, sentimentos e necessidades previamente inibidas (Greenberg & Forester, 1996; Greenberg & Malcolm, 2002, in Paivio & Kunzle, 2007).

2.4.3.1. Etapas de desenvolvimento da tarefa cadeira vazia

De acordo com Elliott et al. (2004), existem seis etapas de resolução da tarefa de cadeira vazia. Em cada etapa existem micro processos, bem como as respostas facilitadores em cada etapa respetivamente. A primeira etapa corresponde à confirmação do marcador. As características centrais de um assunto inacabado são as seguintes: o cliente, frequentemente, tem sentimentos não resolvidos que expressam mágoa ou ressentimento; esses sentimentos estão relacionados a uma outra pessoa que foi significativa na vida dele; os sentimentos são atualmente experienciados e há evidências de que a expressão desses sentimentos é interrompida ou restrita. No marcador de assuntos inacabados, é muito vulgar a expressão de emoções reativas secundárias, por exemplo, culpar ou reclamar sobre outro; emoções primárias reprimidas, como é exemplo o ressentimento; ou em contextos de outros assuntos, por exemplo quando o cliente fala de um relacionamento atual que é difícil, porque os sentimentos de relações passadas estão a ser ativados e o cliente sente dor.

De seguida, vem a preparação do contexto e o início do exercício de cadeira vazia. No assunto inacabado de trauma é, particularmente, importante que o cliente defina o ritmo de trabalho, uma vez que se num primeiro momento o cliente se recusa a envolver no diálogo, o terapeuta deve, imediatamente, validar o medo e não se mostrar surpreendido, pode ainda sugerir que posteriormente voltem aquele assunto, mas combina com o cliente que é ele que controla o ritmo e a direção da terapia.

A terceira etapa refere-se à diferenciação de significados e à expressão de emoções primárias. Após o diálogo e o contacto criado com o outro, o objetivo é ir mais além das respostas iniciais para diferenciar significados e sentimentos subjacentes, e encorajar a expressão de estados emocionais primários, por exemplo ajudar o cliente a diferenciar o desespero ou a queixa (reações secundárias) da tristeza, raiva ou medo (emoções primárias).

De seguida, a quarta etapa: expressar e validar as necessidades não satisfeitas (resolução parcial), são necessidades que nunca foram expressas na relação original,

porque o cliente sente que não tinha o direito de fazê-lo. Nesta etapa, o terapeuta deve seguir, empaticamente, o cliente, estimular a expressão de emoções e necessidades e auxiliá-lo na simbolização e afirmação de limites.

A quinta etapa: mudança na representação do outro, a direção da mudança depende, não só da representação inicial do outro, bem como da experiência do cliente no relacionamento. Nesta fase o terapeuta deve reconhecer e apoiar a mudança na visão do outro e auxiliar o cliente na elaboração e consolidação da perspectiva do outro. Em última análise, o terapeuta reflete e incita a elaboração da perspectiva significativa do outro.

Por fim, na etapa 6: auto-afirmação e deixar ir (letting go) – resolução total, ocorre quando os clientes chegam a uma sensação de bem-estar e são capazes de deixar ir os sentimentos, previamente, maus. Tal desapego é alcançado de três formas: atribuição da responsabilidade ao outro, maior compreensão do outro, e perdoar o outro por erros do passado.

A tabela 2 apresenta as etapas de resolução da tarefa do diálogo de cadeira vazia.

De acordo com um estudo de Rochman e Amir (2010), designado “Despertar Emoções Primárias Vulneráveis num Contexto de Raiva Não-Resolvida: “Falar sobre” Versus “Falar para””, este analisou o impacto de duas intervenções designadas a despertar tristeza e mágoa no tratamento de raiva não resolvida para uma figura de vinculação, por exemplo: pai, irmão, ex-companheiro ou atual, antigo amigo, mãe.

Na primeira intervenção – reformulação relacional, o objetivo da intervenção consiste em focar a sessão na culpa atribuída em relação ao outro, e na tristeza associada à ruptura de determinada relação (Diamond & Siqueland, 1998; Moran, Diamond & Diamond, 2005, in Diamond & Rochman, 2010). Na segunda intervenção – cadeira vazia, num contexto de raiva não resolvida, o cliente é convidado, através de uma exposição imaginária, a expressar todas as suas necessidades não atendidas e dores na primeira pessoa a falar com outro significativo (Greenberg & Paivio, 2007).

Neste sentido, a reformulação relacional envolve o falar sobre a própria experiência e sentimentos que advêm. Já na intervenção de cadeira vazia, o cliente fala para o outro significativo, expressando os seus sentimentos pensamentos e necessidades, como se o outro estivesse ali presente (Diamond & Rochman, 2010).

Em suma, os resultados deste estudo indicam que a tarefa do diálogo de cadeira é uma forma de intervenção fundamental não só na ativação de emoções primárias

adapataivas ou mal adapataivas, como também na resolução de assuntos inacabados com outros significativos (Diamond & Rochman, 2010).

2.5.Dificuldades nas tarefas

Ao longo das tarefas de cadeira vazia podem ocorrer obstáculos relativamente à adesão ao longo das fases de evolução. O evitamento experiencial é o principal obstáculo que pode surgir. Este obstáculo relaciona-se com a hesitação do cliente no envolvimento do trabalho de cadeira vazia, o que pode ser explicado pelo facto de achar que o diálogo não é efetivamente real e que por isso se torna difícil imaginar a outra pessoa na cadeira vazia. Porém, o terapeuta pode explicar que este diálogo oferece uma oportunidade para resolver os seus assuntos pendentes, mas não exige ação no mundo real, portanto cabe ao cliente decidir se quer ou não entrar no diálogo (Greenberg et. al, 1993, in Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004).

Tabela 2. Trabalho de cadeira vazia para unfinished business (Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004, p. 246).

Cadeira vazia para unfinished business	Respostas do terapeuta
1. Confirmação do marcador: o cliente culpa, queixa-se/acusa ou expressa mágoa ou saudade em relação a outro significativo.	- Ouvir e refletir sobre os possíveis marcadores de unfinished business (também durante outras tarefas, tal como no diálogo de duas cadeiras).
2. Preparar o contexto e começar: o cliente fala para o outro imaginado e expressa sentimentos não resolvidos (e.g., ressentimento, mágoa).	- Propor a tarefa; - Obter o acordo do cliente fornecendo ensino experiencial e formulação experiencial sobre a tarefa;
3. Diferenciar significados e expressar emoções primárias: o cliente diferencia a queixa/acusação em sentimentos e experiências primárias subjacentes e expressa emoções relevantes (e.g., tristeza, raiva, medo, vergonha) com um elevado nível de ativação emocional	- Ajudar o cliente a entrar em contacto psicológico ou evocar a presença de uma representação do outro; - Ouvir e ajudar o cliente a lidar com dificuldades em se envolver/comprometer com a tarefa.
4. Expressar e validar necessidades não satisfeitas (resolução parcial): o cliente experiencia necessidades não satisfeitas como válidas e expressa-as assertivamente.	- Ajudar o cliente a explorar e expressar as suas necessidades não satisfeitas; - Fazer afirmações empáticas para as necessidades não satisfeitas emergentes.
5. Mudança na representação do outro: o cliente começa a compreender e ver o outro de forma diferente, isto é, ou de forma mais positiva ou como uma pessoa menos poderosa que tem ou tinha problemas.	- Incentivar a elaboração da perspetiva imaginada do outro. (pode envolver auto tranquilização ou procura de alguém que possa satisfazer a sua necessidade)
6. Auto-afirmação e <i>letting go</i> (deixar ir) (resolução máxima): auto-afirmação do cliente e abandono/ <i>letting go</i> de sentimentos não resolvidos pela compreensão, perdão, ou atribuição da responsabilidade ao outro.	- Incentivar o diálogo e fornecer apoio para o perdão, compreensão ou responsabilização do outro; - Ajudar o cliente a explorar e valorizar as auto-afirmações emergentes.

3. Intervenções do terapeuta

As intervenções do terapeuta têm sido alvo de estudo por diversos autores (Hill, 2005). Clara Hill é uma das investigadoras que tem mantido um interesse por esta temática ao longo das últimas três décadas. De acordo com a autora, existem diferentes intervenções para diferentes fases da terapia, ou seja, as intervenções do terapeuta têm um papel importante na relação terapêutica e facilitam os resultados dentro de cada fase terapêutica (Hill 2005).

Hill desenvolveu um sistema de categorização das intervenções do terapeuta: *Counselor Verbal Response Category System* (Hill, 1978), que incluía 14 categorias. Porém estudos posteriores melhoraram este sistema, criando-se o *Helping Skills System* - HSS (Hill, 2012), com 12 intervenções do terapeuta: 1) aprovação e confiança; 2) questões fechadas; 3) questões abertas; 4) paráfrases; 5) reflexão de sentimentos; 6) desafio; 7) interpretação; 8) auto-revelação; 9) proximidade; 10) informação; 11) diretiva e 12) outros, que se mantém até à presente data (Hill, 2009).

De acordo com Clara Hill (2009), as *helping skills* são intervenções do terapeuta que se caracterizam em formas de comunicação verbal e não-verbal, e que ajudam o cliente a explorar sentimentos, desenvolver algum insight e fazer mudanças na sua vida. O terapeuta guia todo o processo, contudo o cliente possui um papel ativo na elaboração da mudança, tendo a possibilidade de decidir onde, quando e como ocorre. Assim, o terapeuta e cliente trabalham em conjunto (Hill, 2009).

No modelo HSS, as 12 intervenções do terapeuta incluem-se em três fases (inicial, intermédia e final) do processo terapêutico, também denominadas de macro categorias, são elas: exploração, insight e ação (Cunha, Gonçalves, Greenberg, Hill, Mendes, Ribeiro & Sousa, 2012; Hill, 2009).

A fase de exploração visa explorar as dificuldades, problemas, sentimentos, pensamentos do cliente, e estabelecer uma relação empática. Deste modo, esta fase inicial inclui várias intervenções, tais como: aprovação e confiança, questões fechadas, questões abertas, paráfrases, e reflexões de sentimentos (Cunha et al., 2012; Hill 2009).

Numa fase intermédia, o terapeuta é mais ativo em contraste à fase inicial, uma vez que se pretende que o cliente crie uma nova perceção face às suas dificuldades e problemas, ou seja, alcance um novo insight e construa novos significados relativamente às suas experiências. Para cumprir estes objetivos, o terapeuta usa desafios, interpretações, auto-revelações e proximidade.

Por último, a fase de ação envolve informações e diretivas, de modo a, não só incitar o cliente a refletir sobre o processo terapêutico, bem como realizar mudanças na sua vida e tomar novas decisões.

É de destacar que as declarações do terapeuta não relacionadas com o processo terapêutico ou com problemas do cliente, como saudações ou conversas banais são integrados numa outra categoria (12- Outros) (Cunha et al., 2012).

Cunha e colaboradores (2012) realizaram um dos estudos mais recentes, que envolve as intervenções do terapeuta na mudança narrativa de clientes deprimidos em terapia focada nas emoções. O objetivo do estudo foi estudar a associação entre as intervenções do terapeuta e os momentos de inovação do cliente, numa fase inicial, intermédia e final em três casos de sucesso e três casos de insucesso na depressão. Os participantes foram selecionados de um estudo prévio conhecido como *York I depression study* (Greenberg & Watson, 1998 in Cunha et al, 2012).

Como medidas do estudo, os investigadores usaram o sistema de codificação dos momentos de inovação (IMCS- Gonçalves et al., 2011, in Cunha et al, 2012) e o sistema de codificação das intervenções do terapeuta (Helping Skills System – Hill, 2009).

Cunha et., al. (2012), selecionaram e utilizaram as duas sessões iniciais, intermédias e finais de cada um dos seis casos. Todas as sessões tinham sido codificadas, previamente, por Mendes et al., (2010) usando o IMCS. O treino do unitizing e codificação decorreu durante seis meses, sendo usadas as regras de codificação adaptadas por Hill (2009) a partir de Auld e White (1956). Após a realização deste treino, foi conseguido, com sucesso, um nível de acordo superior a 90%, na medida em que o valor obtido foi de 94%.

Os resultados do estudo indicaram que as intervenções de exploração foram, significativamente, mais usadas, enquanto as intervenções de insight foram, significativamente, menos usadas nos casos de sucesso do que nos casos de insucesso em todas as fases do processo. Por oposição, as intervenções de ação foram mais utilizadas na fase inicial dos casos de sucesso do que nos casos de insucesso, porém com maior frequência na fase final dos casos de insucesso do que nos casos de sucesso.

De acordo com outro estudo, realizado por Teixeira (2011) num caso de sucesso, numa fase inicial do processo terapêutico, as intervenções terapêuticas mais usadas foram: reflexões de sentimentos, paráfrases, questões fechadas e informações. No que concerna à fase intermédia da terapia, o terapeuta usou maioritariamente as seguintes intervenções: reflexões de sentimentos, paráfrases, questões abertas, diretivas e questões

fechadas. Na fase final da terapia, as paráfrases e as reflexões de sentimentos foram as intervenções terapêuticas usadas com maior frequência.

No estudo referido, ainda num caso de insucesso, relativamente à fase inicial do processo terapêutico, as intervenções terapêuticas, maioritariamente, usadas foram paráfrases, reflexões de sentimentos, questões fechadas e desafios. Na fase intermédia da terapia, o terapeuta usou mais paráfrases, reflexão de sentimentos, interpretações, questões fechadas e questões abertas. Na fase final, paráfrases, diretivas, questões fechadas e reflexão de sentimentos foram usadas, maioritariamente, pelo terapeuta (Teixeira, 2011).

Segundo um outro estudo, realizado por Couto (2013), as intervenções terapêuticas dominantes em TFE são as intervenções de exploração. Numa fase intermédia, as intervenções de insight e ação são mais usadas, porém o seu uso declina na fase final do processo terapêutico.

No que se refere à sintomatologia depressiva, as intervenções de insight e ação crescem até uma fase intermédia e atenuam até ao final da terapia. Na sintomatologia geral, as intervenções de insight e ação descem na fase final do processo terapêutico. Na sintomatologia geral, as intervenções terapêuticas de insight e ação diminuem, de forma mais rápida na fase final da terapia (Couto, 2013).

Tabela 3. Helping Skills System (Cunha et al., 2012, p 539).

Categorias de intervenção Helping Skills System		
1. Intervenções focas na exploração		
	Descrição	Exemplos em TFE
1. Aprovação	Fornece um simples incentivo, reforço ou apoio emocional	T: Eu entendo.
2. Questões fechadas	Pedido de informação ou esclarecimento, com um simples sim ou não como resposta do cliente	T: Concorda com o que ela disse?
3. Questões abertas	Perguntar aos clientes para aprofundar ou explorar mais.	T: Como está?
4. Paráfrases	Reformula o que o cliente disse, em relação ao conteúdo ou significado, tentando aumentar a clareza.	T: Então, saindo de casa permite que coloque isso de lado por enquanto
5. Reflexão de sentimentos	Reformula o que o cliente disse, em termos de exploração de sentimentos ou tentativas de identificar ou inferir sentimentos do cliente.	T: Parece doloroso para si falar sobre essa situação.
2. Intervenções focadas no Insign		
6. Desafio	Destaque discrepâncias, contradições, as crenças irracionais e conflitos que o cliente desconhece ou não quer mudar.	T: Parece que banaliza isso, mas uma parte de si está a sentir-se ressentido
7. Interpretação	Vai além do que o cliente disse e tenta dar ou promover outros significados, explicações ou razões para comportamentos, pensamentos e sentimentos.	T: é uma parte de si quase como se fosse indiferente a isso
8. Auto-Revalação	Revela algo pessoal sobre o terapeuta que transcende o imediato sentimentos e do aqui-e-agora do encontro terapêutico	T: eu também me senti assim como se está a sentir
9. Proximidade	Divulgação específica de sentimentos e pensamentos imediatos do terapeuta em relação ao eu, o cliente, ou relação terapêutica	T: Eu também tenho muita admiração por si porque acho que é muito forte.
3. Intervenções focadas na Ação		
10. Informação	Preocupações fatos ou dados sobre a terapia (como sua estrutura ou eficácia) e feedback sobre o cliente	T: estamos a chegar ao fim da sessão
11. Diretiva	Fornece sugestões, instruções ou conselhos sobre o processo terapêutico ou estratégias de resolução de problemas	T: Diga-lhe como se sentia ao ouvir isso dela

Capítulo II – Estudo Empírico

4. Questões de investigação e objetivos

O presente estudo pretende contribuir para o estudo das intervenções do terapeuta que são usadas ao longo da TFE em casos de sucesso e insucesso. Além disso, pretende averiguar, em particular, que intervenções terapêuticas são usadas ao longo da tarefa de cadeira vazia. A pertinência deste estudo reside no facto de serem escassos os estudos sobre as intervenções do terapeuta que se foquem particularmente em tarefas de TFE, neste caso na tarefa de cadeira vazia.

Assim propõe-se a estudar, mais especificamente, as seguintes questões de investigação:

1. Que intervenções terapêuticas são usadas ao longo de diferentes casos de sucesso e insucesso na depressão em TFE?;
2. Quais as intervenções terapêuticas (focadas na exploração, insight e ação) usadas ao longo das tarefas de cadeira vazia de diferentes casos de sucesso e insucesso?;
3. Quais as intervenções terapêuticas usadas nas diferentes fases de evolução da tarefa de cadeira vazia nos casos de sucesso e insucesso?;
4. De que forma, ao longo do desenvolvimento das tarefas de cadeira vazia é que estas tarefas são cessadas?

5. Método

A amostra do presente estudo foi selecionada através de um projeto realizado no Instituto Universitário da Maia, intitulado de: “Descentração 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). Foram selecionados e analisados dois casos de insucesso e dois casos de sucesso em Terapia Focada nas Emoções, na depressão, com cinco sessões cada um, correspondendo a duas sessões iniciais (sessão 1 e sessão 4), duas sessões intermédias (sessão 8 e sessão 12) e uma sessão final (sessão 16). A escolha destas sessões deve-se ao facto de serem as que têm os instrumentos de avaliação mais completos (BDI, OQ45).

5.1. Participantes

Clientes: Os clientes foram diagnosticados com Perturbação Depressiva Major Ligeira ou Moderada, através do protocolo de avaliação do estudo “Descentração e Mudança em Psicoterapia”. Os clientes cumpriram os critérios de inclusão do projeto – (i.e. Diagnóstico de Perturbação Depressiva Major Ligeira ou Moderada; Ausência de medicação; Avaliação Global do Funcionamento superior a 50), e frequentaram 16 sessões de psicoterapia.

No que respeita aos casos de sucesso, no caso A, a cliente era do sexo feminino, tinha 26 anos, era solteira, estava empregada e foi diagnosticada com perturbação depressiva major, recorrente, ligeira. Relativamente ao caso B, o cliente era do sexo masculino, tinha 42 anos, divorciado, estava empregado e foi diagnosticado com perturbação depressiva major, recorrente, moderada. Passando aos casos de insucesso, no caso C a cliente também era do sexo feminino, tinha 25 anos, solteira, empregada e diagnosticada com perturbação depressiva major, episódio único, moderado. Em relação ao caso D, a cliente era do sexo feminino, tinha 35 anos, solteira, empregada e diagnosticada com perturbação depressiva major, recorrente, moderada.

A tabela 4 ilustra as pontuações do BDI e do OQ-45 relativas aos quatro clientes (A, B, C e D) desde a primeira à décima sexta sessão.

Tabela 4: Pontuações dos clientes no BDI e OQ-45 da 1ª à 16ª sessão

Resultado terapêutico	Cliente		Sessão 1	Sessão 4	Sessão 8	Sessão 12	Sessão 16
Sucesso	A	BDI	22	9	11	4	1
		OQ-45	87	57	63	64	39
	B	BDI	17	15	14	13	6
		OQ-45	66	57	55	57	48
Insucesso	C	BDI	35	30	35	20	16
		OQ-45	97	94	95	88	71
	D	BDI	32	26	22	18	29
		OQ-45	115	99	84	87	93

Terapeutas:

A terapeuta do caso A de sucesso é do sexo feminino, doutorada em psicologia clínica e com 34 anos de idade. Tem 11 anos de experiência clínica e 3 anos de experiência em TFE. No caso B de sucesso o terapeuta é do sexo masculino, 32 anos de idade e é mestre em Psicologia Clínica. Tem 3 anos de experiência clínica e 1 ano de experiência em TFE. No caso C de insucesso, a terapeuta é do sexo feminino, doutorada em psicologia clínica e tem 33 anos de idade. Tem 6 anos de experiência clínica, e 4 anos de experiência no modelo de TFE. Por fim, o terapeuta no caso D de insucesso é do sexo masculino, doutorado em psicologia clínica e tem 45 anos. Possui 22 anos de experiência clínica e 6 anos de experiência em TFE.

Investigadores:

As investigadoras são três juízas do sexo feminino, todas com diferentes graus acadêmicos. Assim, uma das juízas é a autora da tese, licenciada em psicologia e frequenta o último ano do mestrado em psicologia clínica e da saúde, as restantes duas juízas são ambas mestres em psicologia clínica e da saúde e estudantes de doutoramento em psicologia clínica, que usaram o Helping Skills System para codificar as intervenções do terapeuta. É de salientar que todas as juízas eram desconhecedoras de codificações anteriores e do resultado terapêutico de cada caso.

5.2.Medidas

5.2.1.Medidas de resultado

5.2.1.1.Beck Depression Inventory- II (BDI- II)

O Inventário de Depressão de Beck - BDI-II (Steer, Ball, Ranieri & Beck, 1999; Versão Portuguesa de Coelho, Martins & Barros, 2002), consiste num instrumento de auto-relato constituído por 21 itens, que medem a intensidade da sintomatologia depressiva em adultos e adolescentes a partir dos 13 anos, tendo por base os critérios de diagnóstico do DSM-IV (2002). São avaliados quatro tipos de sintomas: agitação, dificuldades de concentração, inutilidade e perda de energia. As opções de resposta são referentes às duas semanas anteriores, incluindo o próprio dia do preenchimento do teste. Em média, a sua aplicação tem uma duração de 5 a 10 minutos. A sua cotação varia entre 0 (ausência de sintoma) a 3 (grave) valores, de acordo com as opções de resposta. Assim, pode obter-se uma pontuação total que varia entre 0 e 63 valores. Permite avaliar a intensidade da sintomatologia depressiva do sujeito, através das categorias: sintomatologia ligeira (0 a 13 pontos), depressão ligeira (14-19), depressão moderada (20-28) e depressão severa (29-63). Deste modo, são usadas as seguintes categorias: 0-13: sintomatologia ligeira, 14-19: depressão ligeira, 20-28: depressão moderada e 29-63: depressão severa (Community- University Partnership for the Study of Children, Youth and Families, 2011; Steer, Ball, Ranieri & Beck, 1999). Importa referir que se considera a existência de uma mudança significativa (*reliable change*) quando o cliente atinge um nível não clínico e exibe uma diferença de 9 valores entre um momento de preenchimento de um questionário e da sua replicação em outro momento temporal (McGlinchey, Atkins & Jacobson, 2002; Seggar, Lambert, & Hansen, 2002).

5.2.1.2.Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)

O OQ-45 (Lambert, Lunnen, Umphress, Hansen, & Burlingame, 1994), consiste num instrumento que avalia a sintomatologia geral do cliente. Caracteriza-se numa escala de auto-relato composta por 45 itens, com 5 opções de resposta que variam entre “nunca” e “quase sempre”, e são referentes à semana anterior ao seu preenchimento. Em média, a sua aplicação varia entre 5 a 10 minutos, e a sua cotação é feita através da soma de cada resposta. É necessário ter em atenção que em alguns casos a cotação é

invertida, ou seja, uma resposta “nunca” pode pontuar 0 ou 4, de acordo com o item a que corresponde. Os itens invertidos são: 1, 12, 13, 20, 21, 24, 31, 37 e 43. De acordo com a pontuação total obtida, pode verificar-se se a sintomatologia não possui relevância clínica (0-63), ou se tem relevância clínica (64-180). É de salvaguardar que se considera a existência de uma mudança clinicamente significativa quando o cliente atinge uma diferença de 14 valores entre um momento de preenchimento de um questionário e da sua replicação em outro momento temporal e se move para um grau de sintomatologia sem relevância clínica. Esta escala possui ainda três sub-escalas: desconforto subjetivo (essencialmente focado na sintomatologia depressiva e ansiosa), relações interpessoais (défices nos relacionamentos com outros significativos) e desempenho de papel social (referentes a contextos como escola, trabalho, família ou mesmo lazer); e 4 itens que avaliam comportamentos de risco que devem ser foco de atenção clínica: suicídio (item 8), abuso de substâncias (item 11 e 32) e comportamento agressivo (item 44) (Lambert, 2012).

5.2.2. Medidas de processo

5.2.2.1. Helping Skills System (HSS)

O HSS é um sistema que tem como objetivo caracterizar as intervenções do terapeuta (Ver tabela 4, acima, na página 21). É organizado em 3 categorias (exploração, insight e ação), que se subdividem em 12 micro-categorias (aprovação, questões fechadas, questões abertas, paráfrases, reflexões de sentimentos, desafio, interpretação, auto-revelação, proximidade, informação e diretiva). Da categoria das intervenções focadas na exploração fazem parte as seguintes intervenções do terapeuta: aprovação, questões fechadas, questões abertas, paráfrases, reflexões de sentimentos. Em relação à categoria das intervenções focadas no Insight, as intervenções do terapeuta são: desafio, interpretação, auto-revelação, proximidade. Na categoria das intervenções focadas na ação, as intervenções do terapeuta são a informação e diretiva. Por fim, existe ainda uma outra categoria, denominada Outros, que se designa a comentários não relacionados com a intervenção (por exemplo, comentários sobre o clima ou o trânsito).

5.2.2.2. Escala de Medida de Adesão às Tarefas

A Medida de Adesão às tarefas (Goldman, Greenberg & Angus, 2006; Greenberg & Watson, 1998) permite perceber em que medida a intervenção do terapeuta é realizada segundo os princípios e diretrizes do modelo da TFE. Assim, não só permite aferir o grau com que o terapeuta utiliza todos os procedimentos estabelecidos e ordenados no modelo terapêutico, como também as técnicas específicas, e o evitamento de estratégias desapropriadas (Goldman, Greenberg & Angus, 2006; Greenberg & Watson, 1998)

O grau com que o terapeuta se envolve nos comportamentos a ser medidos é avaliado através de uma escala de 1 a 7 valores. Deste modo, por exemplo, se o avaliador escolher 1, indica que a conduta do terapeuta não foi representada de modo nenhum; 3 refere que foram poucas as vezes; 5 designa moderadamente, ou seja, a maior parte do tempo, e 7 assinala extensivamente, assim sendo, o tempo todo.

A presente escala é composta por 40 itens, que por sua vez se subdividem em três seções separadas: 1- Intervenções terapêuticas gerais; 2- Tarefas terapêuticas de auto-exploração em sessão e 3- Ações terapêuticas específicas. No presente estudo somente são relevantes as tarefas terapêuticas de auto-exploração, uma vez que de acordo com o que foi analisado foram avaliadas as tarefas terapêuticas relacionadas com a tarefa de cadeira vazia. Deste modo, elabora-se este aspeto com detalhe de seguida.

As Tarefas Terapêuticas de Auto-Exploração em sessão, são compostas por três sub-escalas, que se subdividem em 7 itens. De cada sub-escala são componentes as estratégias de intervenção, incluindo o marcador e a respetiva tarefa terapêutica. Deste modo na sub-escala diálogo de cadeira-vazia para a resolução de assuntos pendentes incluem-se os seguintes itens/questões:

1. O terapeuta evoca a presença imaginada do outro significativo quando o cliente expressa um sentimento mau e persistente em relação a um outro significativo que não está a ser expresso plena e diretamente?

2. O terapeuta dirige o cliente para expressar a sua reacção emocional à presença imaginada do outro significativo na cadeira vazia quando o cliente sente a presença do outro significativo?

3. O terapeuta ajuda o cliente a identificar comportamentos expressos do outro significativo que foram experienciados como dolorosos ou perturbadores pelo cliente quando o cliente tenha sentido a presença do outro significativo?

4. O terapeuta ajuda o cliente a expressar sentimentos não expressos para o outro significativo quando o cliente manifestou a sua reação ao comportamento significativo do outro?

5. O terapeuta intensifica a expressão verbal ou não-verbal da emoção primária (s) para o outro significativo quando o cliente expressou sentimentos para o outro significativo?

6. O terapeuta facilita a expressão de necessidades ou expectativas não atendidas para o outro significativo quando o cliente acedeu e afirmou claramente e plenamente a sua principal emoção para o outro significativo?

7. O terapeuta promove o aparecimento de auto-afirmação do cliente e deixa ir as necessidades não satisfeitas quando o cliente expressa necessidades ou expectativas não atendidas para o outro significativo?

6.Procedimentos

Fase 1. Numa primeira fase fizeram-se transcrições de dois casos de TFE com cinco sessões cada um, tendo por base as regras de Mergenthaler e Stinson (1992).

Fase 2. Nesta fase fizeram-se sessões de treino relativas ao *unitizing* (divisão em unidades de análise). Dividiram-se as falas do terapeuta em unidades de análise gramaticais com base no sistema de Auld e White (1956) adaptado por Hill e O'Brien (1999). Quando os juízes chegaram a 90% de acordo, passou-se à divisão de três casos de TFE com 5 sessões cada um. Todas as falas do terapeuta foram divididas em unidades de análise, e posteriormente passou-se para a identificação, através de acordo entre os juízes, da unidade de análise predominante, para dar início à codificação.

Fase 3. Na terceira fase realizou-se o treino de codificação com o HSS. Quando se obteve um índice de fidelidade elevada (Kappa de Cohen > 0.75), iniciou-se a codificação das sessões a analisar.

Fase 4. Posteriormente seleccionaram-se os casos que apresentavam a tarefa do diálogo de cadeira vazia e que estavam codificados com HSS. Por fim, em conjunto com a orientadora da tese, visualizaram-se os vídeos desses casos e codificou-se a adesão à tarefa de cadeira vazia, através da avaliação consensual pela escala de medida de adesão às tarefas.

Fase 5. Esta fase corresponde á análise dos resultados, em se fez recurso ao Microsoft Office Excel e ao SPSS de forma a obter medidas descritivas dos dados a

analisar. Deste modo, o Microsoft Office Excel permitiu obter medidas descritivas originando gráficos para a ilustração dos resultados. No que concerne ao SPSS foi utilizado para o cálculo do Kappa de Cohen, entre as três juízas, relativamente à codificação com o HSS e para efetuar testes de diferenças de médias. É de ressaltar que os resultados da secção seguinte são estruturados de acordo com os objetivos e as questões de investigação apresentadas acima.

7.Resultados

7.1. Descrição global do HSS ao longo do tempo

A tabela 5 ilustra as percentagens médias e desvio-padrão das intervenções terapêuticas nas diferentes fases do processo terapêutico nos casos de sucesso e insucesso.

Tabela 5: HSS ao longo dos diferentes casos de sucesso e insucesso

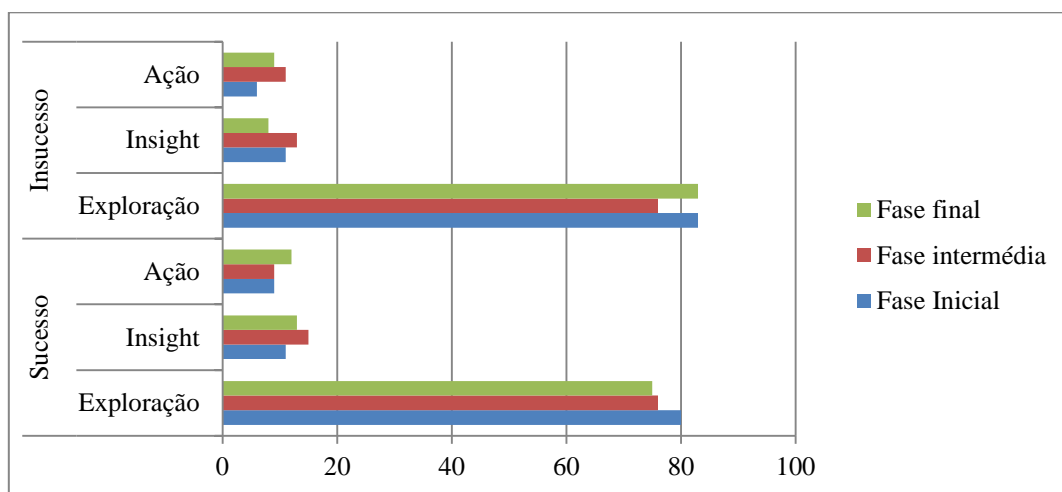
		Fase inicial	Fase intermédia	Fase final	Total
		% Média (DP)	% Média (DP)	% Média (DP)	% Média (DP) (Frequência média de falas analisadas - Fi/n)
Casos de sucesso	Intervenções focadas na exploração	80 (6,97)	76 (6,79)	75 (5,47)	77 (2,19) (940/1227= 0,77)
	Intervenções focadas no insight	11 (6,39)	15 (3,6)	13 (9,31)	13 (2,05) (161/1227= 0,13)
	Intervenções focadas na ação	9 (9)	9 (5,37)	12 (4,32)	10 (1,07) (112/1227= 0,09)
Casos de insucesso	Intervenções focadas na exploração	83 (12,70)	76 (9,78)	83 (6,41)	80 (10) (727/915= 0,79)
	Intervenções focadas no insight	11 (10,48)	13 (7,50)	8 (2,76)	11 (7,71) (98/115= 0,11)
	Intervenções focadas na ação	6 (3,96)	11 (5,36)	9 (4,32)	9 (4,68) (76/915= 0,08)

Olhando para os casos de sucesso, os resultados indicam que as intervenções focadas na exploração diminuem ao longo das diferentes fases da terapia, e apresentam uma percentagem média total de 77%. Por sua vez, as intervenções focadas no insight aumentam até à fase intermédia e voltam a diminuir na fase final, pelo que apresentam uma percentagem média total de 13%. Já as intervenções focadas na ação, na fase inicial e intermédia parecem manter-se, contudo na fase final aumentam, sendo que apresentam uma percentagem média total de 10% (conferir tabela 5).

Em relação aos casos de insucesso, os resultados mostram que as intervenções focadas na exploração diminuem até à fase intermédia, contudo voltam a aumentar na fase final, pelo que apresentam uma percentagem média total de 80%. As intervenções focadas no insight aumentam até à fase intermédia e voltam a diminuir na fase final,

sendo que apresentam uma percentagem média total de 11%. Do mesmo modo também se verifica nas intervenções focadas na ação um aumento até à fase intermédia, diminuindo na fase final, pelo que apresentam uma percentagem média total de 9% (conferir tabela 5).

Figura 1: HSS ao longo do tempo



A figura 1 mostra as intervenções terapêuticas ao longo de dois casos de sucesso e dois casos de insucesso. Comparando os casos de sucesso com os casos de insucesso, os resultados revelam que as intervenções focadas na exploração, nos casos de sucesso, diminuem ao longo do tempo, em contraste com os casos de insucesso que diminuem até à fase intermédia, mas voltam a aumentar na fase final. Já as intervenções focadas no insight, parecem não evidenciar diferenças em ambos os casos de sucesso e insucesso, uma vez que aumentam até à fase intermédia, contudo diminuem na fase final. Por fim, as intervenções focadas na ação mantêm-se na fase inicial e intermédia, porém nos casos de insucesso aumentam até à fase intermédia e diminuem na fase final (cf. tabela 5 e figura 1).

Para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas na percentagem total de intervenções terapêuticas usadas nos casos de sucesso e de insucesso (relativa à coluna Total na Tabela 5 acima), foi efetuado um teste não paramétrico de diferença de médias (Mann-Witney) (Martins, 2011). Os resultados encontrados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos (sucesso e insucesso), ao nível das intervenções focadas na exploração ($U= 2.00$; $p= 1.000$), insight ($U= 2,00$; $p= 1.000$), e ação ($U= 1,50$; $p= .667$).

7.2. Descrição do nível de adesão médio na tarefa de cadeira vazia e estágio atingido

A tabela 6 mostra o nível de adesão médio e o estágio atingido na tarefa de cadeira vazia.

Tabela 6: Nível de adesão médio na tarefa de cadeira vazia e estágio atingido

		Sessão 4		Sessão 8		Sessão 12		Sessão 16		
		Nº tarefa	Adesão média	Estádio atingido	Adesão média	Estádio atingido	Adesão média	Estádio atingido	Adesão média	Estádio atingido
Casos de sucesso	A	N= 2	6	4	5	3	-	-	-	-
	B	N= 1	-	-	2	1	-	-	-	-
Casos de insucesso	C	N= 1	-	-	5	4	-	-	-	-
	D	N= 1	-	-	-	-	4	3	-	-

No que respeita aos casos de sucesso, no caso A o nível de adesão média atingida na sessão 4 é de 6 pontos, chegando-se ao estágio 4 de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia (4. Expressar e validar as necessidades não satisfeitas - resolução parcial: são necessidades que nunca foram expressas na relação original, porque o cliente sente que não tinha o direito de fazê-lo. Nesta etapa, o terapeuta deve seguir, empaticamente, o cliente, estimular a expressão de emoções e necessidades e auxiliá-lo na simbolização e afirmação de limites). Um excerto do diálogo terapêutico que exemplifica este nível de resolução é:

Terapeuta: mm-hm o que é que esta Alice precisa? diga-lhe; (DIRETIVA)

Terapeuta: 'eu preciso de resolver o assunto' diga-lhe; (DIRETIVA)

Terapeuta: 'eu preciso de perceber o porquê'; (DIRETIVA)

Terapeuta: explique-lhe o que a põe triste na situação nas diferentes situações diga-lhe; (DIRETIVA)

Terapeuta: diga-lhe o que é que a magoou, por exemplo 'magoou-me o facto de tu não me teres dado um abraço quando nós te demos a prenda'; (DIRETIVA)

Terapeuta: diga-lhe isso 'então só te lembras de mim quando não existe mais ninguém' é isso? (DIRETIVA)

Já na sessão 8, o nível médio da adesão atingida é de 5 pontos, alcançando-se o estágio 3 de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia (3.Diferenciação de significados e expressão de emoções primárias: Após o diálogo e o contacto criado com o outro, o objetivo é ir mais além das respostas iniciais para diferenciar significados e sentimentos subjacentes, e encorajar a expressão de estados emocionais primários, por exemplo ajudar o cliente a diferenciar o desespero ou a queixa (reações secundárias) da tristeza, raiva ou medo (emoções primárias)). Um excerto do diálogo terapêutico que explica este estágio atingido é:

Terapeuta: como isso a deixa sentir?; (REFLEXÃO DE SENTIMENTOS)

Terapeuta: ok mais só triste?; (REFLEXÃO DE SENTIMENTOS)

Terapeuta: magoada também diga-lhe! (DIRETIVA)

Terapeuta: diga-lhe o quanto!; (DIRETIVA)

Terapeuta: diga-lhe quando tu falas assim comigo eu fico triste muito; (DIRETIVA)

Terapeuta: mmhm mmhm afastei-me de ti é isso?; (PARÁFRASE)

T: diga-lhe isso; (DIRETIVA)

T: mmhm mmhm o que é que a levou a afastar dele? diga-lhe explique-lhe que eu acho que ele não percebeu (aponta para a cadeira); (DIRETIVA)

No caso B, sessão 8, atinge-se 2 pontos de adesão à tarefa e apenas se consegue o estágio 1 de desenvolvimento da mesma (1.Confirmação do marcador: o cliente culpa, queixa-se/acusa ou expressa mágoa ou saudade em relação a outro significativo). Um excerto exemplificativo do diálogo terapêutico que mostra o estágio de resolução atingido é:

Terapeuta: Mh mm, vamos colocar aqui as pessoas (troca de cadeira) e o Manuel experimenta dizer-lhes aquilo que o mais sincero que gostasse de lhes dizer (INFORMAÇÃO)

Terapeuta: Vamos tentar colocar aqui alguém (aponta para cadeira em frente a Manuel) eh talvez seja útil para conseguirmos sentir ali alguém eh pensar em duas ou três pessoas ou apenas numa eh seja mais recente

ou seja alguém que está mais saliente eh a quem gostasse de facto de dizer coisas concretas e de se abrir com ela mm-hm; (INFORMAÇÃO)

Terapeuta: A hipótese de eu fazer o primeiro não vale a pena; (PARÁFRASE)

Terapeuta: É difícil; (REFLEXÃO DE SENTIMENTOS)

Terapeuta: Ok é cedo para colocar ali uma pessoa específica; (PARÁFRASE)

Terapeuta: Tem que ser adequado, tem que ser aquela pessoa em específico; (PARÁFRASE)

Terapeuta: Não é algo que possa ser generalizado para um conjunto de pessoas ok ok; (PARÁFRASE)

Terapeuta: Isto é muita pressão (REFLEXÃO DE SENTIMENTOS)

Terapeuta: Mesmo aqui dentro é muita pressão; (REFLEXÃO DE SENTIMENTOS)

Terapeuta: Mas diga-me apareceu ali alguém; (QUESTÃO FECHADA)

Terapeuta: E isso assustou-o de certa forma; (REFLEXÃO DE SENTIMENTOS)

Terapeuta: Eh que mais mais esta questão que estamos a falar se torna relevante; (PARÁFRASE)

Terapeuta: Ok o que é que se está a passar com estas pessoas? (QUESTÃO ABERTA)

Relativamente aos casos de insucesso, no caso C, sessão 8, consegue-se 5 pontos de adesão à tarefa de cadeira vazia, atingindo-se o estágio 4 de desenvolvimento da tarefa. O seguinte excerto do diálogo terapêutico ilustra o estágio de resolução atingido:

Terapeuta: o que é que quer fazer com ele então; (QUESTÃO ABERTA)

Terapeuta: mas se pudesse era afasta-lo; (PARÁFRASE)

Terapeuta: pode afastá-lo aqui na consulta podemos; (APROVAÇÃO E CONFIANÇA)

Terapeuta: o que é que fazia à cadeira? se pudesse? sabendo que o Gabriel estava ali na cadeira o que é que fazia agora; (QUESTÃO ABERTA)

Terapeuta: pode pôr a cadeira fora da porta. (APROVAÇÃO E CONFIANÇA)

No caso D, sessão 12, o nível de adesão média é de 4 pontos e consegue-se atingir o estágio 3 de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia. Um excerto do diálogo terapêutico que exemplifica este nível de resolução é:

Terapeuta: tente por um pouco pô-lo aqui o que é que se começa a passar quando começa a fazer essa tentativa de o pôr aqui?; (QUESTÃO ABERTA)

Terapeuta: mm-hm mm-hm mm-hm o que é que lhe começa a acontecer então? começa a voltar aquela sensação de compressão; (REFLEXÃO DE SENTIMENTOS)

Terapeuta: porque é que lhe está a doer? o que é que lhe está a doer? deixe vir deixe vir Susana o que é que lhe está a doer? o sentir-se rejeitada por ele, o sentir que ele não lhe corresponde à sua estima e ao seu afecto é isso?; (INTERPRETAÇÃO)

Terapeuta: sentimento de grande tristeza (pega num lenço de papel e oferece à cliente); (REFLEXÃO DE SENTIMENTOS)

Terapeuta: então há um lado seu que se sente presa a ele mas se sente muito magoada também; (REFLEXÃO DE SENTIMENTOS)

Terapeuta: é capaz de lhe dizer isso? (indica para a cadeira vazia); (QUESTÃO FECHADA)

7.3 Intervenções terapêuticas nas tarefas de cadeira

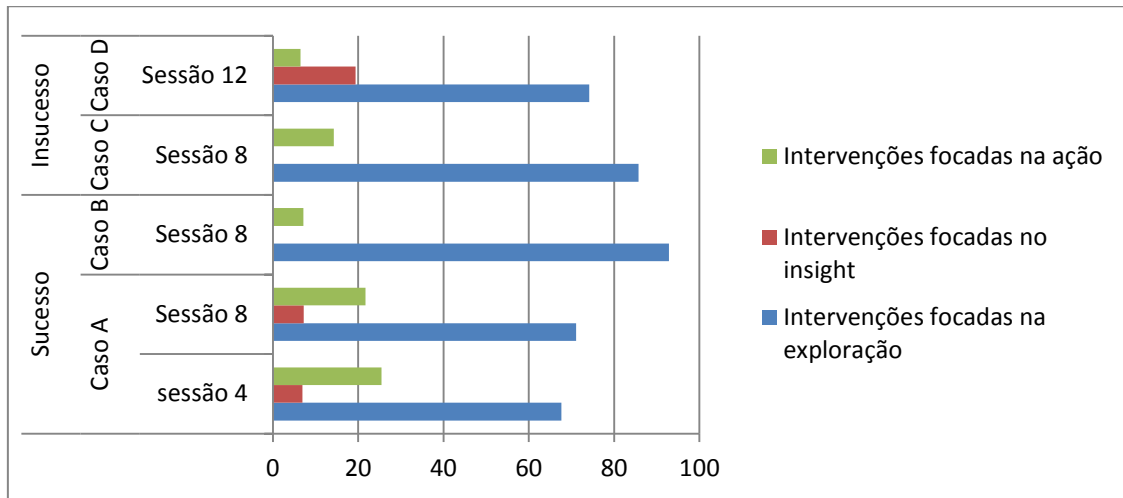
A tabela 7 demonstra as percentagens médias, desvio padrão e frequências das intervenções terapêuticas nas tarefas de cadeira vazia.

Tabela 7: HSS nas diferentes sessões de tarefas de cadeira vazia nos casos de sucesso e insucesso

	Casos de Sucesso	Casos de insucesso
	Sessão 4 e 8 e Sessão 8	Sessão 8 e Sessão 12
	% Média (DP) (Frequência média de falas analisadas - Fi/n)	% Média (DP) (Frequência média de falas analisadas - Fi/n)
Intervenções focadas na exploração	77,2 (13,66) (229/329= 0,7)	79,92 (8,14) (59/73= 0,81)
Aprovação e confiança	9,83 (4,34)	6,79 (0,48)
Questões fechadas	11,70 (5,68)	15,2 (1,30)
Questões abertas	8,58 (4,65)	15,62 (5,26)
Paráfrases	23,44 (10,75)	17,93 (11,68)
Reflexão de sentimentos	23,61 (4,63)	24,38 (2,55)
Intervenções focadas no insight	4,70 (4,07) (22/329= 0,07)	9,67 (13,68) (6/73= 0,08)
Desafio	0 (0)	0 (0)
Interpretação	4,70 (4,07)	9,67 (13,68)
Auto-Revaliação	0 (0)	0 (0)
Proximidade	0 (0)	0 (0)
Intervenções focadas na ação	18,07 (9,66) (78/329= 0,24)	10,36 (5,53) (8/73=0,11)
Informação	4,67 (3,34)	0 (0)
Diretiva	13,40 (12,43)	10,36 (5,53)

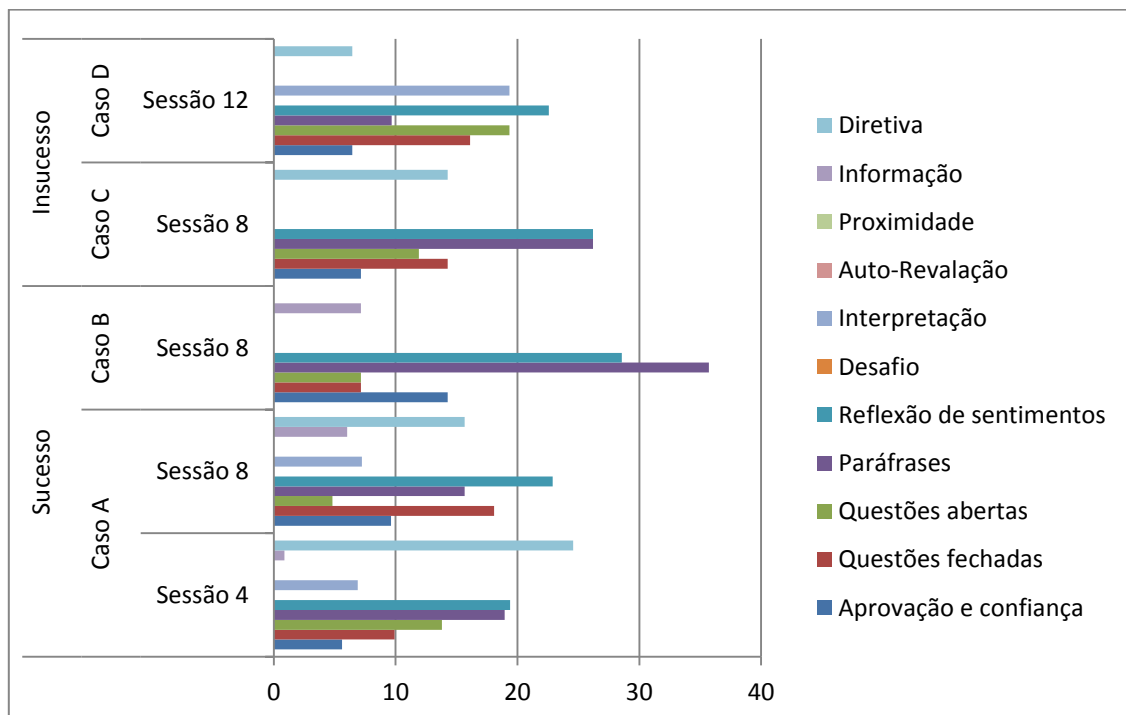
Os resultados ilustram que durante as tarefas de cadeira vazia, as intervenções focadas na exploração são mais frequentes nos casos de insucesso (Média= 79,92) e menos frequentes nos casos de sucesso (Média= 77,2). No que respeita às intervenções focadas no insight também são mais frequentes nos casos de insucesso (Média= 9,67) do que nos casos de sucesso (Média= 4,70). Por fim, as intervenções focadas na ação em contraste aos outros tipos de intervenções são mais frequentes nos casos de sucesso (Média= 18,07) do que nos casos de insucesso (Média= 10,36).

Figura 2. HSS nas diferentes sessões de tarefas de cadeira vazia



A figura 2 ilustra as intervenções terapêuticas nas diferentes sessões de tarefas de cadeira vazia nos casos de sucesso e insucesso. Deste modo, verifica-se que as intervenções focadas na exploração são as intervenções mais utilizadas pelo terapeuta ao longo das tarefas de cadeira vazia. As intervenções focadas no insight parecem ser as mais utilizadas nos casos de insucesso. Por fim as intervenções focadas na ação parecem ocorrer em maior frequência nos casos de sucesso.

Figura 3. Descrição específica do HSS nas tarefas de cadeira vazia



A figura 3 apresenta quais são as intervenções terapêuticas focadas na exploração, insight e ação que ocorrem nas sessões de tarefa de cadeira vazia nos casos de sucesso e insucesso. Assim, nos casos de sucesso e nos casos de insucesso, as reflexões de sentimentos e as paráfrases são mais frequentes, sendo que as paráfrases são mais frequentes nos casos de sucesso e as reflexões de sentimentos ocorrem mais nos casos de insucesso. Segue-se a interpretação, sendo que é mais frequente nos casos de insucesso do que nos casos de sucesso. Por fim, a diretiva e a informação são mais frequentes nos casos de sucesso, sendo que a diretiva ocorre em maior número em comparação à informação.

Para verificar se existem diferenças estatisticamente significativas na percentagem total de intervenções terapêuticas usadas nos casos de sucesso e de insucesso (relativa à coluna Total na Tabela 7 acima), foi efetuado um teste não paramétrico de diferença de médias (Mann-Witney) (Martins, 2011). Os resultados encontrados não evidenciam diferenças estatisticamente significativas nos dois grupos (sucesso e insucesso), ao nível das intervenções focadas na exploração ($U= 2.00$; $p= 1.000$), insight ($U= 1.50$; $p= .667$), e ação ($U= 1.50$; $p= .667$).

7.4. Descrição das intervenções do terapeuta nas diferentes fases de evolução da tarefa de cadeira vazia

7.4.1. Casos de Sucesso

A tabela 8 ilustra as intervenções terapêuticas que ocorrem ao longo das fases de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia nos diferentes casos de sucesso.

Tabela 8: HSS nas fases de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia nos casos de sucesso

Fases de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia	Caso A – Sessão 4			Caso A- Sessão 8			Caso B – Sessão 8		
	Exploração	Insight	Ação	Exploração	Insight	Ação	Exploração	Insight	Ação
1.Confirmação do marcador	n= 6 (1 AP; 3 P; 2 RS)	n= 1 (1 INT)	n= 0	n= 36 (6 AP; 11 QF; 1 QA; 8 P; 10 RS)	n= 5 (5 INT)	n= 1 (1 INF)	n= 13 (2 AP; 1 QF; 1 QA; 5 P; 4 RS)	n= 0	n= 1 (1 INF)
2.Preparar o contexto e começar	n= 11 (2 AP; 6 QF; 1 P; 2 RS)	n= 0	n= 2 (1 INF; 1 D)	n= 4 (2 QF; 2 P)	n= 0	n= 4 (3 INF; 1 D)			
3.Diferenciar significados e expressar emoções primárias	n= 83 (8 AP; 13 QF; 14 QA; 25 P; 22 RS)	n= 10 (10 I)	n= 38 (1 INF; 37 D)	n= 19 (2AP; 2 QF; 3 QA; 3 P; 9 RS)	n= 1 (1 INT)	n= 13 (1 INF; 12 D)	-	-	-
4.Expressar e validar necessidades não-satisfeitas	n= 56 (2 AP; 4 QF; 17 QA; 15 P; 19 RS)	n= 5 (5 INT)	n= 19 (19 D)	-	-	-	-	-	-

NOTA: AP= Aprovação e confiança; QF= Questões fechadas; QA= Questões abertas; P= Paráfrases; RS= Reflexões de sentimentos; DSF= Desafio; INT= Interpretação; AR= Auto-revelação; PROX= Proximidade; INF= Informação; D= Diretiva

Olhando para o primeiro estágio de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia (Confirmação do marcador), os resultados revelam que no caso A, sessão 4, ocorrem 6 intervenções focadas na exploração e uma intervenção focada no insight. Ainda no mesmo caso, sessão 8, ocorrem 36 intervenções focadas na exploração, 5 intervenções focadas no insight e 1 intervenção focada na ação. No caso B, sessão 8, ocorrem 13 intervenções focadas na exploração e uma intervenção focada na ação (conferir tabela 8).

No que se refere ao segundo estágio (Preparar o contexto e começar), no caso A, sessão 4, ocorrem 11 intervenções focadas na exploração e 2 intervenções focadas na ação. Dentro do mesmo caso, sessão 8, ocorrem 4 intervenções focadas na exploração e 4 intervenções focadas na ação (conferir tabela 8).

Em relação ao terceiro estágio (Diferenciar significados e expressar emoções primárias), relativamente aos casos de sucesso, no caso A, sessão 4, ocorrem 83 intervenções focadas na exploração, 10 intervenções focadas no insight e 38 intervenções focadas na ação. Ainda no mesmo caso, na sessão 8 ocorrem 19 intervenções focadas na exploração, 1 intervenção focada no insight e 13 intervenções focadas na ação (conferir tabela 8).

No último estágio (Expressar e validar necessidades não-satisfeitas), no caso A, sessão 4 ocorrem 56 intervenções focadas na exploração, 5 intervenções focadas no insight e 19 intervenções focadas na ação (conferir tabela 8).

7.4.2. Casos de insucesso

A tabela 9 esboça as intervenções terapêuticas que ocorrem ao longo das fases de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia nos diferentes casos de insucesso.

Tabela 9: HSS nas fases de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia nos casos de insucesso

Fases de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia	Caso C – Sessão 8			Caso D- Sessão 12		
	Exploração	Insight	Ação	Exploração	Insight	Ação
1.Confirmação do marcador	n= 19 (5 QF; 2 QA; 4 P; 8 RS)	n= 0	n= 0	n= 1 (1 QF)	n= 3 (3 INT)	n= 0
2.Preparar o contexto e começar	n= 7 (1 AP; 1 QF; 1 QA; 3 P; 1 RS)	n= 0	n= 4 (4 D)	n= 0	n= 0	n= 1 (1 D)
3.Diferenciar significados e expressar emoções primárias	n= 5 (3P; 2 RS)	n= 0	n= 2 (2 D)	n= 22 (2 AP; 4 QF; 6 QA; 3 P; 7 RS)	n= 3 (3 INT)	n= 1 (1 D)
4.Expressar e validar necessidades não-satisfeitas	n= 5 (2 AP; 2 QA; 1 P)	n= 0	n= 0	–	–	–

NOTA: AP= Aprovação e confiança; QF= Questões fechadas; QA= Questões abertas; P= Paráfrases; RS= Reflexões de sentimentos; DSF= Desafio; INT= Interpretação; AR= Auto-revelação; PROX= Proximidade; INF= Informação; D= Diretiva

Focando no primeiro estágio de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia (Confirmação do marcador), no caso C, sessão 8, ocorrem 19 intervenções focadas na exploração. Já no caso D, sessão 8, ocorrem 1 intervenção focada na exploração e 3 intervenções focadas no insight (conferir tabela 9).

Relativamente ao segundo estágio (Preparar o contexto e começar), no caso C, sessão 8, ocorrem 7 intervenções focadas na exploração e 4 intervenções focadas na ação. No caso D, sessão 12, ocorre 1 intervenção focada no insight (conferir tabela 9).

No que concerne ao terceiro estágio (Diferenciar significados e expressar emoções primárias), no caso C, sessão 8, ocorrem 5 intervenções focadas na exploração e 2 intervenções focadas na ação. No caso D, sessão 12, ocorrem 22 intervenções focadas na exploração, 3 intervenções focadas no insight e 1 intervenção focada na ação (conferir tabela 9)

No último estágio (Expressar e validar necessidades não-satisfeitas), no caso C, sessão 8, ocorrem 5 intervenções focadas na exploração (conferir tabela 9).

Comparando agora os casos de sucesso com os casos de insucesso, ao longo dos diferentes estágios de resolução da tarefa, os resultados parecem apontar para algumas diferenças no primeiro estágio de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia (Confirmação do marcador). Assim, nos casos de sucesso parecem ser as intervenções focadas na exploração as mais utilizadas pelo terapeuta, de seguida as intervenções focadas no insight e depois as intervenções focadas na ação. Porém no outro caso de sucesso não existem intervenções focadas no insight. Em contraste, nos casos de insucesso não existem intervenções focadas no insight e intervenções focadas na ação. Contudo no outro caso de insucesso parecem ser as intervenções focadas no insight as mais utilizadas seguindo-se as intervenções focadas na exploração, e não ocorrem intervenções focadas na ação.

7.5. Obstáculos ao desenvolvimento das tarefas de cadeira vazia

Nos casos de sucesso, apenas se verifica no caso B sessão 8, um obstáculo relativamente ao desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia. Este obstáculo refere-se à tentativa do terapeuta em iniciar a tarefa, porém o cliente menciona não se sentir preparado para imaginar as pessoas significativas e entrar em diálogo com estas. Um excerto exemplificativo do diálogo terapêutico é o seguinte:

Cliente: Não, não consigo, não me sinto preparado;

Cliente: Ainda é cedo para isso, para colocar ali uma pessoa em específico”;

Cliente: É muita pressão.

Olhando para os casos de insucesso também ocorrem obstáculos no desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia. Deste modo há um evitamento experiencial muito significativo no caso D, na sessão 12, na qual há tentativa de iniciar a tarefa, contudo esta é interrompida pela cliente.

Cliente: não sei não;

Cliente: sinto-me agitada e nervosa;

Cliente: aquele aperto sim;

Cliente: não sei;

Cliente: (chora) (respira fundo);

Cliente: (tosse) não não consigo;

Cliente: não sei fico completamente - - - não sei explicar;

Cliente: não sei sinto-me completamente paralizada;

Cliente: sim - - - não sei o que dizer ou como dizer;

No que concerne ao caso C, sessão 8, a cliente usa, frequentemente, o riso originando um discurso intelectualizado, ou seja, a cliente cria uma certa distância relativa às suas emoções, funcionando quase como um mecanismo de fuga, o que dificulta o envolvimento na tarefa e condiciona o processo terapêutico.

Cliente: C: (riso) às vezes faz-me um bocado de confusão falar para a cadeira (riso);

Cliente: uma cadeira (riso). mas, eu estou cansada de pensar em ti e não me valorizar porque eu mereço melhor;

Cliente: (riso) a cadeira faz-me confusão, tenho que pôr ali um boneco (riso) estou a brincar. mas uma pessoa tem que se preparar para estas coisas não é? tenho que acordar para a realidade;

Cliente: quando estou a olhar para isso? (riso);

Cliente: estou cansada de pensar em ti, tu não és mais que eu. tu não mereces (riso) eu mereço melhor eu mereço um mister Big como no sexo e a Cidade. (riso);

Cliente: mas que não fuja no casamento. (riso);

Cliente: estou-me a rir mas (incompreensível);

Cliente: daí // estou a brincar.

Cliente: posso? (riso)

C: o que é que fazia à cadeira? punha-a lá fora.

8. Discussão

Olhando para as intervenções do terapeuta ao longo do processo terapêutico, os resultados deste estudo sugerem que as intervenções focadas na exploração são mais usadas ao longo da terapia quer nos casos de sucesso quer nos casos de insucesso, o que vai de encontro a estudos prévios realizados por Couto (2013), Cunha (2012) e Teixeira (2011). Este resultado parece indicar uma “determinada importância dos terapeutas de TFE na utilização das intervenções focadas na exploração, também uma menor preferência dos terapeutas de TFE na utilização das intervenções focadas no insight e das intervenções focadas na ação”. (Greenberg, 2006; Greenberg, Rice & Elliot, 1993; Pos & Greenberg, 2007 in Cunha et al., 2012, p544). Esta importância da utilização das intervenções focadas na exploração poderá ser explicada pelo facto de ser nesta fase (fase de exploração) que os terapeutas pretendem explorar as dificuldades, os problemas, os sentimentos e os pensamentos do cliente, e estabelecer uma relação empática (Hill, 2009).

No que diz respeito às intervenções focadas no insight, os resultados evidenciam que estas apontam para uma menor frequência do que as intervenções focadas na exploração, o que é consistente com os estudos prévios (Cunha et al, 2012; Teixeira, 2011). Deste modo, parecem ser mais empregues nos casos de sucesso do que nos casos de insucesso, o que pode ser contrastado com o estudo de Cunha (2012). Este resultado pode ser devido à facilidade dos clientes na criação de novas perceções face às suas dificuldades e problemas, alcançando um novo insight e construindo novos significados relativamente às suas experiências, o que nos casos de insucesso parece revelar maior dificuldade em conseguir alcançar estes ganhos (Hill, 2009). Além disto, as intervenções focadas no insight parecem ser mais usadas na fase inicial e intermédia em ambos os casos de sucesso e insucesso, sugerindo o seu declínio na fase final da terapia, o que vai de encontro ao estudo de Couto (2013).

Relativamente às intervenções focadas na ação, os resultados parecem indicar que nos casos de sucesso estas intervenções aumentam na fase final da terapia, porém nos casos de insucesso aumentam até uma fase intermédia, mas diminuem na fase final do processo. Este resultado parece ir de encontro ao estudo de Cunha (2012) e Teixeira (2011), que indicam que na fase intermédia e na fase final observa-se uma diminuição das intervenções focadas na ação.

Focando agora no nível de adesão médio na tarefa de cadeira vazia e respetivo estágio atingido, a sessão 8 do caso B parece indicar maiores diferenças em contraste com os restantes casos, uma vez que somente se consegue o estágio 1 e o nível médio de adesão é de apenas 2 pontos. Estes resultados podem estar relacionados com as dificuldades sentidas no envolvimento para realizar a tarefa, nomeadamente o evitamento experiencial por parte do cliente, o que de acordo com Greenberg et al. (1993), poderá ser explicado não só pelo facto de o cliente achar que o diálogo não é efetivamente real e que por esse motivo se torna difícil imaginar a outra pessoa na cadeira vazia, mas também na dificuldade em sentir-se preparado para expressar todas as suas emoções e necessidades não satisfeitas.

Atentando agora às intervenções do terapeuta nas diferentes fases de evolução da tarefa de cadeira vazia, os resultados parecem apontar algumas diferenças nos casos de sucesso para os casos de insucesso no primeiro estágio de desenvolvimento da tarefa de cadeira vazia (1-Confirmação do marcador). Deste modo, num dos casos de sucesso parecem ser as intervenções focadas na exploração as mais utilizadas pelo terapeuta, seguindo-se as intervenções focadas no insight e as intervenções focadas na ação, porém no outro caso de sucesso parecem ser as intervenções focadas na exploração as mais frequentes seguindo-se as intervenções focadas na ação, não havendo intervenções focadas no insight. Em contraste, num caso de insucesso parecem ser as intervenções focadas na exploração as mais usadas, não havendo insight e ação, num outro caso de insucesso parecem ser as intervenções focadas no insight as mais utilizadas seguindo-se as intervenções focadas na exploração, não havendo intervenções focadas na ação. Assim, este resultado poderá estar relacionado com o facto de que nesta fase o terapeuta explora a possibilidade de sentimentos não resolvidos como a mágoa, culpa, saudade relacionados com uma pessoa significativa na vida do cliente, e existem sinais de que a expressão destes sentimentos está a ser interrompida ou bloqueada (Greenberg et al, 1993, in Elliott).

No segundo estágio de desenvolvimento da tarefa (2-Preparar o contexto e começar), os resultados apontam para as intervenções focadas na exploração como as mais frequentes, seguindo-se as intervenções focadas na ação e as intervenções focadas no insight em ambos os casos de sucesso e um caso de insucesso, contudo o segundo caso de insucesso parece ser distinto dado que as intervenções focadas na ação indicam-se as mais frequentes, não havendo intervenções focadas na exploração e insight. Deste modo, este resultado provavelmente estará relacionado com o facto de o terapeuta

preparar o cliente para entrar em contacto psicológico ou evocar a presença do outro significativo, ajudando-o a lidar com possíveis dificuldades e envolver-se/comprometer-se com a tarefa (Greenberg & Malcolm, 2003; Paivio, 2013).

No terceiro estágio (3-Diferenciar significados e expressar emoções primárias), no caso de sucesso e num caso de insucesso parecem ser as intervenções focadas na exploração as mais frequentes, seguindo-se as intervenções focadas na ação e as intervenções focadas no insight, em contraste com o outro caso de insucesso que parece apontar para as intervenções focadas na exploração como as mais utilizadas seguindo-se as intervenções focadas no insight e as intervenções focadas na ação. Assim sendo, este resultado parece apontar para o facto de o terapeuta neste estágio ajudar o cliente a explorar a sua experiência nuclear interna, ou seja, auxiliar na diferenciação de significados e sentimentos subjacentes e encorajar a expressão de emoções relevantes com um elevado nível de ativação emocional (Greenberg et al, 1993, in Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Paivio, 2013).

No quarto e último estágio atingido (4-Expressar e validar necessidades não satisfeitas), no caso de sucesso parecem ser as intervenções focadas na exploração as mais utilizadas, seguindo-se as intervenções focadas na ação e as intervenções focadas no insight, contudo no caso de insucesso os resultados sugerem que não existem intervenções focadas no insight e intervenções focadas na ação, parecendo ser as intervenções focadas na exploração as mais usadas. Assim, este resultado provavelmente estará relacionado com o facto de neste estágio o terapeuta apenas tenta seguir o cliente na sua experiência e ajuda-o a explorar e expressar as necessidades não satisfeitas de forma a validá-las e expressá-las assertivamente para o outro significativo (Greenberg et al, 1993, in Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Paivio, 2013).

9.Limitações do estudo e investigações futuras

Neste trabalho de investigação podem mencionar-se três limitações. A primeira grande limitação está relacionada com o tamanho da amostra, porque dois casos de sucesso e dois casos de insucesso podem ser insuficientes, sendo que estes casos representam 4 terapeutas treinados e habilitados em TFE com níveis bastantes diferentes uns dos outros, o que implica que os resultados podem não ser generalizados para outros terapeutas. Além disso, os resultados tornam-se limitados aos clientes deprimidos que quiseram participar no estudo, o que pode generalizar os resultados obtidos, pois não são baseados em amostras representativas de grupos populacionais e sim em indivíduos concretos.

A segunda limitação refere-se ao modelo de codificação das intervenções do terapeuta, pois este não foi desenvolvido em específico para TFE, o que pode não ser sensível para codificar competências exclusivas desta terapia.

A última limitação tem a ver com algumas dificuldades sentidas pelos clientes no envolvimento e desenvolvimento da tarefa da cadeira vazia, como já foi referido ao longo do presente estudo, nomeadamente, o riso e o evitamento experiencial. O primeiro implica que o cliente crie uma distância significativa em relação às suas emoções, funcionando quase como um mecanismo de fuga, o que dificulta o envolvimento na tarefa e condiciona o processo terapêutico. No segundo instala-se uma certa hesitação por parte do cliente no envolvimento da tarefa pelo facto de achar que o diálogo não é efetivamente real e que por isso se torna difícil imaginar a outra pessoa na cadeira vazia.

Relativamente a investigações futuras seria interessante prolongar o processo terapêutico, ou seja, estender o número de sessões de terapia dos casos, para que assim se possa investigar e averiguar se alguns casos de insucesso quiçá não se tornariam em casos de sucesso. Por essa razão seria importante analisar a totalidade do processo terapêutico, de modo a não ser gerada perda de conteúdo importante para a compreensão holística dos participantes. Além disso, seria de igual modo interessante alargar este estudo a outro tipo de perturbações não sendo restringido apenas à depressão.

10. Conclusão

A presente investigação cumpriu os objetivos a que se propôs estudar. Deste modo, os resultados contribuíram para clarificar não só as intervenções do terapeuta ao longo do processo terapêutico, mas também compreendê-las ao longo da tarefa de cadeira vazia em TFE, o que vem contrapor a escassez de investigações que analisem as intervenções do terapeuta em específico numa determinada tarefa terapêutica.

De modo geral, os resultados encontrados neste estudo, apresentam implicações para a prática clínica em TFE. Em primeiro lugar, remete para a necessidade dos terapeutas estarem atentos à forma como usam e aplicam as suas intervenções, nas diferentes fases da terapia (fase inicial, intermédia e final), o que condiciona todo o processo terapêutico, e quiçá poderão ser transformados os casos de insucesso em casos de sucessos. Deste modo, torna-se importante perceber que tipo de intervenções funcionam melhor com cada cliente, e que tipos de intervenções deverão ser mais usadas em cada fase específica do processo terapêutico.

Em segundo lugar, nas sessões de tarefas de cadeira vazia analisadas, torna-se importante refletir no tipo das intervenções usadas nos diferentes estádios de desenvolvimento da mesma, nomeadamente compreender se foram as mais adequadas para aquele estágio em específico. Além disso, torna-se de igual modo importante compreender, porventura, a tarefa não for bem sucedida, ou não se consiga atingir um nível de resolução satisfatório, se esse facto estará relacionado com as intervenções usadas pelo terapeuta.

11.Referências bibliográficas

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, 222-6.

Community-University Partnership for the Study of Children, Youth, and Families (2011). *Review of the Beck Depression Inventory 2nd Edition (BDI-II)*. Edmonton, Alberta, Canada.

Couto, A. B. J. C. (2013). Discurso imerso e distanciado do cliente e as intervenções do terapeuta: Estudo de um caso de sucesso em Terapia Focada nas Emoções na depressão. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Instituto Universitário da Maia, Maia.

Cunha, C., Gonçalves, M. M., Hill, C. E., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Sousa, I., Angus, L. & Greenberg, L S. (2012). Therapist interventions and client innovative moments in Emotion-focused Therapy for depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 49 (4), 536-548. DOI: 10.1037/a002859.

Diamond, G. M. & Rochman, D. (2010). Arousing Primary Vulnerable Emotions in the Context of Unresolved Anger: “Speaking About” Versus “Speaking To”. *Journal of Counseling Psychotherapy*, 57(4), 402-410. DOI: 10.1037/a0021115.

Elliot, R., Greenberg, L.S. (2007). The Essence of Process-Experiential/Emotion-Focused Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(3), 241-254.

Elliott, R., Watson, J.C., Goldman, R. N. & Greenberg, L S. (2004). *Learning Emotion-focused Therapy: The process-experiential approach to change*. (1st edition) Washington, DC, US: American Psychological Association.

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 (5), 537-549.

Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3-16. DOI: 10.1002/cpp.387.

Greenberg, L. S. (2007). Emotion Coming of Age. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(1), 414-421.

Greenberg, L.S. (2010). Emotion-Focused Therapy: An overview. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 4(33), 1-12.

Greenberg, L. S., Pascual-Leone, A. (2006). Emotion in Psychotherapy: A Practice-Friendly Research Review. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 62(5), 611-630. DOI: 10.1002/jclp.20252.

Greenberg, L. S., Smith, K. W. (2007). Internal Multiplicity in Emotion-Focused Psychotherapy. *Journal of clinical psychology: in session* 63(2), 175-186. DOI: 10.1002/jclp.20340.

Greenberg, L. S., Safran, J. D. (1989). Emotion in Psychotherapy. *American Psychologist*, 44 (1), 19-29.

Greenberg, L. S., Malcolm, W., (2002). Resolving Unfinished Business: Relating Process to Outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2), 406-416. DOI: 10.1037//0022-006X.70.2.416.

Greenberg, L. S., Watson, J. C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centred relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8 (2), 210-224.

Hill, C. E. (1978). Development of a counselor verbal response category system. *Journal of Counseling Psychology*, 25, 461-468.

Hill, C. E. (2005). Therapist Techniques, Client Involvement, and The Therapeutic Relationship: Inextricably Intertwined in the Therapy Process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 431-442. DOI: 10.1037/0033-3204.42.4.431.

Hill, C. E. (2009). *Helping skills: Facilitating exploration, insight, and action*. (3rd edition). Washington, DC: American Psychological Association.

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

Martins, C. (2011). Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir. (1ª edição). Braga: Psiquilíbrios.

McGlinchey, J. B., Atkins, D. C., & Jacobson, N. S. (2002). Clinical significance methods: Which one to use and how useful are they? *Behavior Therapy*, 33, 529–550. doi:10.1016/S0005-7894(02)80015-6

Paivio. S. C. (2013). Essencial Process in Emotion-Focused Therapy. *Psychotherapy*, 50(3). 341-345. DOI: 10.1037/a0032810.

Paivio, S., & Kunzle, E. (2007). Emotion- Focused Therapy for Interpersonal Trauma. *European Psychotherapy*, 70 (1). 77-95.

Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37, 25-31. DOI: 10.1007/s10879-006-9031-z.

Seggar, L. B., Lambert, M. J., & Hansen, N. B. (2002). Assessing clinical significance: Application to the Beck Depression Inventory. *Behavior Therapy*, 33, 253-269.

Steer, R., Ball, R., Ranieri, W., & Beck, A., (1999). Dimension of Beck Depression-II in clinical depressed outpatients. *Journal of clinical Psychology*, 55 (1), 117-128.

Teixeira, A. S. S. (2011). *Intervenções do Terapeuta em Terapia Focada nas Emoções: Análise Sequencial de um Caso de Sucesso e de um Caso de Insucesso*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. Instituto Universitário da Maia, Maia.

Watson, J. C. (2010). Case formulation in EFT. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(1). 89-100. DOI: 10.1037/a0018890.

Watson, J. C. (2007). Reassessing Rogers' Necessary and Sufficient Conditions of Change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 268-273. DOI: 10.1037/0033-3204.44.3.268.