



INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DA MAIA

2º Ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação de Mestrado

Assimilação de Experiências Problemáticas: Estudo das irregularidades no processo de assimilação em casos de sucesso de Terapia Cognitivo-Comportamental e de Terapia Focada nas Emoções

Maria João Marques da Silva, nº 23910

Sob a orientação do Professor Doutor João Salgado

Ano letivo 2014/2015

Maia

Assimilação de Experiências Problemáticas: Estudo das irregularidades no processo de assimilação em casos de sucesso de Terapia Cognitivo-Comportamental e de Terapia Focada nas Emoções

Resumo

O presente estudo descreve o processo de mudança terapêutica bem-sucedida, à luz do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas, em Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções, analisando quatro casos de tratamento de Depressão. Os objetivos desta investigação são: compreender como ocorre a evolução do processo de assimilação, ao longo da intervenção terapêutica; analisar as irregularidades que ocorrem no processo de assimilação, estudando a sua relação com a redução de sintomatologia e ainda, perceber se existem diferenças na ocorrência de irregularidades neste processo, entre terapias, considerando a existência de retrocessos e a variação na flutuação. Desta forma, o processo de assimilação foi analisado após a codificação dos quatro casos, com recurso à APES, por duas codificadoras independentes. Foi possível constatar que a evolução na assimilação de experiências problemáticas é feita de forma não linear, sendo que em intervenções de cariz Cognitivo-Comportamental, as irregularidades são mais frequentes.

Palavras-chave: Modelo de assimilação de experiências problemáticas; assimilação; APES; terapia cognitivo-comportamental; terapia focada nas emoções; retrocessos; flutuação, irregularidades.

Assimilation of Problematic Experiences: Study of Irregularities in the assimilation process in good outcome cases of Cognitive-Behavioral Therapy and Emotion Focused Therapy

Abstract

This study describes the process of successful therapeutic change, in the light of the Assimilation of Problematic Experiences Model, in Cognitive-Behavioral Therapy and Emotion Focused Therapy, by examining four cases of treatment of Depression. The aims of this study are: to understand how the assimilation process occurs, along the therapeutic intervention; to analyze the irregularities that occur in the process of assimilation, by studying its relation with the reduction of symptoms; to study possible differences in the occurrence of the irregularities in this process, between therapies, considering the existence of setbacks and changes in fluctuation. Thus, the process of assimilation was analyzed after encoding of the four cases, using the APES, by two independent encoders. It was found that the evolution in the assimilation of problematic experiences was non-linear, and, in Cognitive-Behavioral cases, irregularities were more frequent.

Keywords: Assimilation of problematic experiences model; assimilation; APES; cognitive-behavioral therapy; emotion focused therapy; setbacks; fluctuation; irregularities.

Índice

Introdução 1

Capítulo I- Enquadramento Teórico 3

1. Assimilação de Experiências Problemáticas 3

2. Reformulação do Modelo de acordo com a Metáfora de Vozes 4

3. Introdução à Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES)..... 5

 3.1 Pontes de Significado..... 7

4. Revisão da Investigação Empírica acerca do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas 8

 4.1 Assimilação de Experiências Problemáticas e Mudança Terapêutica 8

 4.2 Irregularidades no Processo de Assimilação..... 11

 4.2.1 Teoria dos Sistemas Dinâmicos 13

Capítulo II- Estudo das irregularidades no processo de assimilação em casos de sucesso em Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções 14

1. Objetivos e Questões de Investigação 14

2. Método..... 15

 2.1 Participantes..... 15

 2.2 Terapeutas 17

 2.3 Descrição das Terapias 17

 2.3.1 Terapia Focada nas Emoções 17

 2.3.2 Terapia Cognitivo-Comportamental 19

 2.4 Instrumentos..... 21

 2.4.1 Medidas de Resultado 21

 2.4.2 Medidas de Processo 22

 2.5 Procedimentos de Recolha e Análise de Dados 22

 2.5.1 Estudo das irregularidades no processo de assimilação: Cálculo da Flutuação (F) .26

3. Resultados 28

3.1 Apresentação dos Resultados.....	29
3.1.1 Evolução da assimilação das experiências problemáticas no caso <i>A</i>	29
3.1.2 Evolução da assimilação das experiências problemáticas no caso <i>B</i>	31
3.1.3 Evolução da assimilação das experiências problemáticas no caso <i>C</i>	32
3.1.4 Evolução da assimilação das experiências problemáticas no caso <i>D</i>	34
3.1.5 Análise da relação entre a variação da sintomatologia, em casos de sucesso, e as irregularidades no processo de assimilação	36
3.1.5 Análise da relação entre a evolução na assimilação de experiências problemáticas, em casos de sucesso, e as irregularidades nesse mesmo processo	39
3.1.6 Análise das irregularidades no processo de assimilação de experiências problemáticas entre casos de Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções	41
3.2 Discussão dos Resultados	44
Conclusão	47
Referências Bibliográficas.....	49

Índice de Figuras

Figura 1: Evolução ao longo da APES, sessão 1, caso <i>D</i>	27
Figura 2: Fórmula para o cálculo da flutuação.	28
Figura 3: Análise da evolução ao longo do processo de assimilação no caso <i>A</i>	30
Figura 4: Análise da relação entre evolução da assimilação e BDI-II, caso <i>A</i>	30
Figura 5: Análise da evolução ao longo do processo de assimilação, caso <i>B</i>	31
Figura 6: Análise da relação entre evolução da assimilação e BDI-II, caso <i>B</i>	32
Figura 7: Análise da evolução ao longo do processo de assimilação, caso <i>C</i>	33
Figura 8: Análise da relação entre a evolução da assimilação e BDI-II, caso <i>C</i>	34
Figura 9: Análise da evolução ao longo do processo de assimilação, caso <i>D</i>	35
Figura 10: Análise da relação entre a evolução da assimilação e do BDI-II, caso <i>D</i>	36
Figura 11: Análise da variação da flutuação e BDI-II, caso <i>A</i>	37
Figura 12: Análise da variação da flutuação e BDI-II, caso <i>B</i>	37
Figura 13: Análise da variação da flutuação e BDI-II, caso <i>C</i>	38
Figura 14: Análise da variação da flutuação e BDI-II, caso <i>D</i>	38
Figura 15: Análise da variação da assimilação e flutuação, caso <i>A</i>	39
Figura 16: Análise da variação da assimilação e flutuação, caso <i>B</i>	40
Figura 17: Análise da variação da assimilação e flutuação, caso <i>C</i>	40
Figura 18: Análise da variação da assimilação e flutuação, caso <i>D</i>	41
Figura 19: Análise da evolução da assimilação nos casos <i>A</i> , <i>B</i> , <i>C</i> e <i>D</i>	42
Figura 20: Análise da variação na pontuação obtida no BDI-II nos casos <i>A</i> , <i>B</i> , <i>C</i> e <i>D</i>	43
Figura 21: Análise da flutuação nos casos <i>A</i> , <i>B</i> , <i>C</i> e <i>D</i>	43

Introdução

O Modelo de Assimilação das Experiências Problemáticas assume-se como um modelo explicativo do processo de mudança terapêutica, comum a diversos modelos psicoterapêuticos (Stiles & Honos-Webb, 1998). Os seus pressupostos base assentam na compreensão de como ocorre a evolução da assimilação de experiências problemáticas, em psicoterapia (Stiles & Honos-Webb, 1998).

Esta abordagem assume que as dificuldades de assimilação de experiências problemáticas estão na origem dos problemas apresentados pelos indivíduos, e portanto, propõe-se a situar a integração que o sujeito tem do problema a dado momento (Stiles & Honos-Webb, 1998). Esse processo será feito com recurso a uma escala de oito níveis- a escala de assimilação de experiências problemáticas (APES)- a qual permite observar a evolução que ocorre no processo de mudança (Stiles & Honos-Webb, 1998). Contudo, este processo evolutivo não é linear, sendo notória a presença de retrocessos (Caro-Gabalda, 2011).

Desta forma, o presente estudo visa analisar a evolução da assimilação ao longo da intervenção, compreendendo a sua relação com a sintomatologia e a mudança terapêutica, focando-se na análise das irregularidades do processo de assimilação, com recursos a dois casos de Terapia Cognitivo-Comportamental e dois casos de Terapia Focada nas Emoções, com o intuito de entender se existem diferenças na forma como ocorre este processo, tendo em conta a corrente teórica em vigor.

Pretende-se, deste modo, obter uma perspetiva da relação entre a variação da sintomatologia na mudança terapêutica e a assimilação, assim como perceber se esta ocorre de igual forma em todos os casos em análise e, principalmente, analisar as irregularidades que estes apresentam no processo de assimilação, comparando as terapias utilizadas.

O estudo das irregularidades revela-se de extrema pertinência uma vez que, apesar de existirem diversos estudos sobre o Modelo de Assimilação, nomeadamente sobre os retrocessos, a análise da relação entre a assimilação e a flutuação, carece de alguma evidência empírica, principalmente no que concerne à associação destas em casos de sucesso, tendo em conta diversas terapias.

O presente estudo divide-se portanto em dois capítulos, que dizem respeito, respetivamente, a um enquadramento teórico do tema em análise e à metodologia utilizada e resultados obtidos.

Assim, na primeira parte será realizada a descrição do Modelo de Assimilação, nomeadamente, os conceitos associados e a forma como ocorre o processo de assimilação. Posteriormente, apresentar-se-á a reformulação do modelo de acordo com a metáfora de “voz”, seguida da exposição da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES), descrevendo sucintamente os oito níveis que a compõem. De seguida, será feita uma exposição acerca das pontes de significado, salientando a sua importância no processo de mudança. No final do capítulo, estará contemplada uma revisão de alguns estudos empíricos realizados anteriormente no que concerne ao Modelo de Assimilação e respetivas conclusões.

O segundo capítulo contemplará a componente prática deste estudo, onde será descrita a metodologia utilizada, nomeadamente as participantes, as terapeutas, os instrumentos e as terapias aplicadas. Posteriormente, serão relatados os procedimentos de recolha e análise de dados, assim como os resultados obtidos. Posto isto, será ainda apresentada a discussão dos resultados, na qual será possível consultar a interpretação dos mesmos.

Assumindo os pressupostos do Modelo de Assimilação ao longo da investigação, pretende-se reforçar a sua importância e utilidade na intervenção em psicoterapia, uma vez que este permite adequar as estratégias de intervenção no sentido de uma melhor resolução da problemática.

Ambiciona-se também compreender como ocorre a evolução da assimilação em duas terapias distintas e, deste modo, contribuir para a sua validação empírica das premissas do modelo, compreendendo a ocorrência de irregularidades e o seu papel no processo de mudança.

Capítulo I- Enquadramento Teórico

1. Assimilação de Experiências Problemáticas

O modelo de assimilação surge como um modelo explicativo para o processo de mudança, comum a diversos modelos psicoterapêuticos (Stiles & Honos-Webb, 1998). De uma forma geral, este pode ser caracterizado por uma evolução, ao longo de uma série de níveis que pressupõem integração das experiências consideradas problemáticas (Stiles, Elliott, Firth-Cozens, Llewlyn, Margison, Shapiro & Hardy, 1990).

A criação do Modelo de Assimilação surgiu com o intuito de explicar como, ao longo da intervenção psicoterapêutica, ocorrem as mudanças na representação que o indivíduo faz das suas experiências problemáticas, tendo na base os trabalhos de Rogers (1959) e Piaget (1962, 1970). Não obstante, é possível identificar diferenças nucleares em relação a estes no sentido em que o modelo se foca na análise qualitativa de temas específicos abordados pelo cliente, ao invés de perspetivar como essa mudança se reflete a longo prazo, ou seja, o modelo de assimilação foca-se nas experiências trazidas pelo indivíduo e que ele considera problemáticas e que por isso tendem a ser evitadas, ao invés de tentar trabalhar todas as cognições que este apresenta (Stiles, Meshot, Anderson & Sloan Jr., 1992)

Numa primeira fase, o modelo enunciava que em casos de sucesso terapêutico, o cliente assimilava de forma gradual as suas experiências problemáticas à medida que as integrava em novos esquemas fornecidos pelo terapeuta ou em esquemas já existentes mas alterados em resultado da interação entre cliente e terapeuta (Stiles et al, 1990). De acordo com essa versão inicial da teoria, os esquemas seriam então estruturas mentais interligadas, cujo conteúdo reflete e é criado a partir das experiências de vida do sujeito, orientando os seus padrões de comportamento e de processamento cognitivo (Stiles et al, 1990). As experiências problemáticas traduzir-se-iam pela perceção de determinadas experiências como incongruentes com os esquemas existentes, tornando-se dolorosas quando trazidas à consciência (Stiles et al, 1990). Por último, a assimilação seria portanto a integração das experiências tidas como problemáticas nos esquemas já existentes, passando a fazer parte destes (Stiles et al, 1990). Os autores mencionam ainda a acomodação, um processo no qual as experiências problemáticas e os esquemas teriam de ser alterados, tornando possível a sua mútua adaptação (Stiles et al, 1990). É de salientar que a acomodação e assimilação são

processos complementares e que, para que a mudança terapêutica seja bem-sucedida, estes devem ocorrer em simultâneo (Stiles et al, 1990).

O modelo postula ainda que as experiências problemáticas geram reações afetivas à medida que vão sendo assimiladas. Numa fase em que ainda não foram de todo assimiladas, estas causam emoções negativas e dolorosas; quando começam parcialmente a ser integradas, estas são encaradas como problemáticas e confusas; finalmente, quando assimiladas, são aceites pelo sujeito, independentemente do seu conteúdo poder ser mais ou menos delicado (Stiles et al, 1990).

2. Reformulação do Modelo de acordo com a Metáfora de Vozes

Mais tarde, foi apresentada uma reformulação do modelo de assimilação, passando este a ser perspetivado com recurso à metáfora de vozes. Desta forma, as experiências problemáticas são entendidas como vozes problemáticas, ao passo que o self, composto por experiências prévias, aceites e integradas, é compreendido como a comunidade de vozes (Honos-Webb & Stiles, 1998).

De acordo com esta reformulação do modelo, as vozes têm um papel ativo e são parte integrante do sujeito, representando traços que as experiências de vida prévias do próprio vão deixando (Honos-Webb & Stiles, 1998).

As vozes estão interligadas e organizadas entre si, de acordo com as experiências anteriores do sujeito que, quando integradas e aceites pelo próprio, formam a comunidade de vozes (Brinegar, Salvi & Stiles, 2008). Esta será, portanto, a representação da multiplicidade do self, da qual fazem parte as crenças do sujeito e pelas quais este tende a reger o seu comportamento (Honos-Webb & Stiles, 1998). As vozes presentes na comunidade de vozes apresentam-se como diversos recursos para responder às situações (Brinegar, Salvi & Stiles, 2008).

Por sua vez, as vozes problemáticas são resultado de experiências, normalmente dolorosas, que o indivíduo não integrou ou cuja recordação causa desconforto (Honos-Webb & Stiles, 1998), ou que, por serem discrepantes com a comunidade de vozes, tendem a ser repelidas por esta, de modo a evitar a sensação dolorosa que estas acarretam (Brinegar, Salvi & Stiles, 2008).

De uma forma geral, os problemas clínicos ocorrem quando a voz problemática tenta emergir, procurando ser reconhecida e aceite; contudo, por ser oposta à comunidade de vozes, é gerado um conflito associado a um afeto negativo para o sujeito (Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2006).

Na assimilação ocorre um diálogo entre a voz problemática emergente e a comunidade de vozes prévia. (Honos-Webb & Stiles, 1998). Ao longo desse processo, que tem na base uma relação terapêutica segura, o sujeito toma consciência das suas experiências problemáticas, posteriormente procura compreender o conteúdo destas e aplicar esse entendimento, de forma a que as vozes, outrora problemáticas, passem a ser aceites como parte integrante do self (Honos-Webb & Stiles, 1998).

Esse processamento ocorre de forma gradual, e não linear, ao longo de uma escala de oito níveis, denominada de Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES) (Honos-Webb & Stiles, 1998), a qual será apresentada detalhadamente de seguida.

De uma forma geral, a formulação inicial reconhece a complexidade do self pelos seus múltiplos esquemas, no entanto, postula que este seria ativo enquanto o conteúdo problemático era entendido como passivo (Honos-Webb & Stiles, 1998). Por sua vez, a reformulação do modelo passa a encarar as experiências problemáticas como vozes ativas, assim como a comunidade de vozes (Honos-Webb & Stiles, 1998). Desta forma, o processo de assimilação passa a ser entendido como um diálogo entre as diferentes partes do self (Honos-Webb & Stiles, 1998).

3. Introdução à Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (APES)

Tendo por base a lista elaborada por Elliott e colaboradores (1985), Stiles e colaboradores adaptaram a mesma de acordo com o modelo de assimilação. Assim, criaram uma escala de oito níveis, a Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas, que reflete o grau de apropriação da experiência problemática que o sujeito apresenta relativamente a determinado conteúdo específico e, portanto, classificado como pertencente a um dos oito níveis da escala (Stiles, Morrison, Haw, Harper, Shapiro & Firth-Cozens, 1991), sendo estes os seguintes (Stiles & Osatuke, 2000):

0. *Supressão/Rejeição:* o cliente não tem consciência do problema e a presença da voz problemática não é observada; são evidentes esforços no sentido de evitar o problema, por exemplo, mudar de assunto.

1. *Pensamentos Indesejados:* neste estágio começam a surgir pensamentos associados a desconforto e com elevada afetividade negativa como raiva, ansiedade e tristeza, sendo portanto evitados ou desvalorizados pelo cliente; as temáticas são normalmente abordados pelo terapeuta.

2. *Reconhecimento Vago ou Emergência:* nesta fase o sujeito reconhece a existência do problema, contudo não tem ainda a capacidade de o clarificar; é notório algum desconforto psicológico quando abordados os pensamentos que lhe estão associados.

A voz problemática surge, contudo, habitualmente submissa em relação à comunidade de vozes.

3. *Clarificação do Problema:* tal como o nome indica, neste estágio o sujeito é capaz de fazer uma formulação clara do problema e o afeto negativo associado cada vez menor. Nesta fase, ambas as vozes são claramente identificáveis e capazes de “falar” entre si.

4. *Insight ou Compreensão:* neste nível a experiência problemática é compreendida e integrada nos esquemas do cliente; as vozes são capazes de cooperarem, criando um entendimento entre si, denominado ‘pontes de significado’.

5. *Aplicação ou Trabalho:* nesta fase são evidentes esforços no sentido de resolver o problema, nomeadamente o delinear estratégias para o fazer, no entanto não há ainda uma resolução completa do mesmo. É de salientar o otimismo presente e a capacidade de as vozes trabalharem em conjunto na resolução do problema.

6. *Solução do Problema:* a resolução do problema é atingida com sucesso, sendo evidentes as emoções positivas de satisfação a ela associadas.

7. *Mestria:* o cliente é capaz de generalizar a aprendizagem que fez e aplicá-la em novas situações, de forma natural.

Após analisar a série de estádios que compõe a APES podemos observar que a cada nível parece estar associada uma certa valência emocional, a qual está relacionada com a atenção dada à experiência problemática (Stiles, Osatuke, Glick & Mackay, 2004). Ou seja, à medida que o nível de assimilação da experiência problemática vai aumentando, o afeto

negativo que habitualmente lhe está associado vai gradualmente diminuindo, até uma fase em que tende a ser neutro, tal como no início, altura em que o indivíduo não tem consciência do problema e, portanto, as emoções a ele associadas são repelidas (Stiles, Honnos-Webb & Lani, 1999); esta parece ser uma possível explicação para o facto de os indivíduos procurarem acompanhamento psicológico quando se encontram em estádios em que a afetividade é mais negativa (APES 1, 2 e 3) e portanto considerarem a intervenção de um profissional como sendo necessária (Stiles, Shankland, Wright & Field, 1997).

3.1 Pontes de Significado

No decurso da assimilação de experiências problemáticas, a resolução do problema ocorre quando as vozes problemáticas e a comunidade de vozes são capazes de chegar a um entendimento e, portanto, à integração das primeiras como parte da segunda (Brinegar, Salvi, Stiles & Greenberg, 2006). Este processo ocorre através da criação de uma forma de entendimento entre as vozes, denominada de ponte de significado, ou seja, uma palavra, frase, imagem, gesto ou qualquer outro indicador que tenha o mesmo significado para ambas as vozes (Stiles, 2011).

Este fenómeno permite que as vozes se compreendam mutuamente e desta forma, se comprometam num esforço conjunto para a resolução do problema (Brinegar, Salvi, Stiles & Greenberg, 2006).

Por serem indicadores visíveis, as pontes de significado são identificáveis ao longo do processo de assimilação (Brinegar, Salvi, Stiles & Greenberg, 2006). Assim sendo, e uma vez que a análise da evolução no processo de assimilação é feito pelo estudo, sessão a sessão, do discurso do cliente no qual estará implícita a sua capacidade de, a dado momento, aceitar e integrar a experiência problemática (Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003), é possível identificar o momento em que as pontes de significado são criadas, abrindo portas ao entendimento entre as vozes.

Habitualmente, estas são criadas na transição entre o nível 3 e 4 da APES uma vez que é por esta altura que a voz problemática tende a ativar a voz que se lhe opõe de entre a comunidade de vozes. Desta forma, através de um diálogo rápido entre ambas, que permite a exposição das duas vozes, estas conseguem progressivamente chegar a um ponto de entendimento e de mútua compreensão. (Brinegar, Salvi, Stiles & Greenberg, 2006).

4. Revisão da Investigação Empírica acerca do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas

O presente estudo analisa casos clínicos de depressão, e desta forma, é importante referir alguns dos pressupostos encontrados na literatura no que concerne a esta problemática e ao modelo de assimilação de experiências problemáticas.

Importa referir que grande parte dos estudos empíricos realizados ao Modelo de Assimilação e à APES são de cariz qualitativo, nomeadamente, estudos de caso (Caro, 2007).

À luz do modelo em estudo, a comunidade de vozes tende a ser mais firme e autoritária, ao passo que a voz problemática se apresenta como submissa e passiva; contudo, nos casos clínicos de depressão este padrão parece estar invertido, uma vez que as características assertivas estão dominadas e suprimidas pelos comportamentos de submissão e passividade da pessoa deprimida (Osatuke, Mosher, Goldsmith, Stiles, Hardy & Barkham, 2007); por outras palavras, em casos de depressão, os comportamentos de submissão parecem ser mais frequentes, refletindo a comunidade de vozes, ao passo que, a assertividade e comportamentos mais pró-ativos, serão mais caraterísticos da voz problemática. Desta forma, quando a voz problemática tenta emergir demonstrando assertividade, esta tende a ser evitada e suprimida pela comunidade de vozes, uma vez que é encarada como problemática, sendo que este conflito constante entre as vozes leva ao afeto negativo associado aos quadros de depressão (Osatuke et al, 2007).

4.1 Assimilação de Experiências Problemáticas e Mudança Terapêutica

Após uma revisão da investigação empírica feita anteriormente, é possível aferir que a progressão para níveis mais elevados da escala APES está positivamente relacionada com a mudança terapêutica e redução da sintomatologia, sendo que isto se verifica em casos de sucesso terapêutico (Caro-Gabalda, 2011; Caro-Gabalda, 2006; Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldaman, 1998; Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2006).

Em oposição, em casos de insucesso terapêutico, o cliente terá mais dificuldade em avançar, refletindo níveis mais baixos na escala APES (Caro-Gabalda, 2011; Caro-Gabalda,

2006; Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldaman, 1998; Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2006).

A distinção entre casos de sucesso ou insucesso terapêutico será feita pela observação da capacidade que o cliente terá em criar as *pontes de significado*, características da passagem entre o nível 3 e 4, referente ao *Insight* (Caro-Gabalda, 2011). Por outras palavras, em casos de sucesso espera-se que sejam atingidos níveis superiores ao estágio 4 da escala APES, altura em que o indivíduo é capaz de começar a integrar as experiências disfuncionais, adotando um discurso mais funcional (Ribeiro, Ribeiro, Loura, Gonçalves, Stiles, Horvath & Sousa, 2014). No entanto, não é esperado que completem toda a escala (Stiles et al, 1991).

De seguida, irei mencionar alguns estudos de caso que tiveram como finalidade testar os pressupostos apresentados anteriormente, a fim de os validar. Estes têm como principais objetivos analisar a relação entre assimilação e mudança em psicoterapia, avaliar as diferenças no processo de mudança, em função do modelo de assimilação nas diversas terapias e compreender o padrão de assimilação (Caro-Gabalda, Serrano, Faus & Sabater, 2011).

Honos-Webb, Surko, Stiles e Greenberg (1999), estudaram o caso de Jan, à luz do Modelo de Assimilação. Jan, paciente de 42 anos, foi submetida a 16 sessões de Terapia Focada nas Emoções para o tratamento da depressão. Primeiramente, os investigadores catalogaram as transcrições das diversas sessões, processo pelo qual se familiarizam com o caso, permitindo que, de seguida, fossem capazes de identificar os temas presentes, nomeadamente o de “*super-mulher*” e o de “*boa menina*”. Relativamente ao primeiro tema, a comunidade de vozes foi identificada como refletindo independência e força, atestando “*eu não preciso da ajuda de ninguém*”, ao passo que a voz problemática apresentava sentimentos de dependência e fraqueza. Quanto ao segundo tema, a comunidade de vozes referia-se à busca de aprovação pelos outros, traduzindo-se em expressões como “*se trabalhares arduamente, os outros vão gostar de ti*” e a voz problemática traduzia-se pela contrariedade a essa crença, expressando “*podes esforçar-te muito e mesmo assim não agradar aos outros*”. Para cada tema, foram selecionados os excertos correspondentes e codificados de acordo com a escala APES. Ao longo da intervenção foi possível verificar que, apesar de ter iniciado a terapia em níveis baixos de assimilação, Jan foi capaz de atingir o estágio 7 da escala APES em relação ao tema “*super-mulher*” e o estágio 6 da escala APES quanto ao tema “*boa menina*”, o que revelou a capacidade de integração de ambas as vozes; à medida que Jan se tornava consciente das múltiplas partes do self e a capacidade de entendimento entre estas

aumentava, a sintomatologia associada ao quadro de depressão diminuía, corroborando assim os pressupostos do Modelo de Assimilação (Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999).

Seguindo a mesma metodologia do caso anterior, Honos-Webb, Stiles e Greenberg (2003), estudaram o caso de Sarah, paciente de 35 anos, acompanhada ao longo de 18 sessões de Terapia Focada nas Emoções para o tratamento de depressão. A comunidade de vozes refletia isolamento social e falta de vontade em comunicar com os outros; por sua vez, a voz problemática manifestava-se pela necessidade de contatar e relacionar-se com os outros. Ao longo da intervenção, Sarah tornou-se capaz de criar pontes de significado entre ambas as vozes, integrando-as e tornando-se mais flexível e aceitante quando à presença de ambas, de forma mais moderada, atingindo o nível 7 da escala APES. Este processo foi acompanhado de redução da sintomatologia depressiva.

De forma semelhante aos estudos referidos anteriormente, Osatuke et al (2007), apresentam o caso de Joan, uma paciente de 59 anos, seguida durante 16 sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de depressão. A comunidade de voz traduzia-se por resignação e crença de falta de alternativas, em oposição a voz problemática assumia-se como assertiva e crédula de que a sua situação era uma injustiça. Durante o tratamento, Joan tornou-se capaz de integrar ambas as vozes, criando pontes de significado entre estas e diminuindo significativamente a sintomatologia depressiva.

Com recurso ao mesmo método de estudo dos casos anteriores, Honos-Webb, Stiles, Greenberg e Goldman (1998) apresentam o caso de George, um paciente de 64 anos, acompanhado para o tratamento de depressão ao longo de 19 sessões de Terapia Focada nas Emoções. Em relação tema “*evitar a esposa*”, George progrediu do nível 1 até ao nível 3; no tema “*não sentir nada em relação à mãe*”, avançou do estágio 1 até ao 2; quanto ao tema “*raiva em relação ao pai*”, parecia ter avançado até ao nível 2, contudo regrediu até ao nível 1. De uma forma geral, a sintomatologia depressiva de George não apresentou melhorias significativas e este não se mostrou capaz de perceber como controlar as questões que lhe eram dolorosas.

Adotando o mesmo método, Detert, Llewelyn, Hardy, Barkham e Stiles (2006), apresentam o estudo de quatro casos de sucesso e quatro casos de insucesso, sendo que todos apresentavam pontuação clinicamente significativa no BDI-II. De forma congruente aos estudos anteriores, todos os casos de sucesso foram capazes de atingir o nível 4 (*Insight*) e seguintes da escala APES, apresentando redução significativa da sintomatologia cotada no

BDI-II. Por sua vez, os casos de insucesso não progrediram além do nível 3 (*Clarificação do Problema*) da escala APES, apresentando baixa ou nula redução nas suas pontuações do BDI-II.

Em suma, os estudos supramencionados vêm apoiar a existência de relação entre o sucesso terapêutico e o avanço ao longo dos níveis de assimilação da APES.

4.2 Irregularidades no Processo de Assimilação

Apesar de, nos casos de sucesso, o cliente ser capaz de atingir os estádios mais elevados da escala de assimilação, esta mudança não é feita de forma linear, sendo que muitas das vezes é possível verificar saltos entre níveis ou, até mesmo, regresso a níveis anteriores, denominados de retrocessos (Caro-Gabalda, 2011).

Os retrocessos podem ser entendidos como impasses ou recaídas, ou então, como o retorno a um espaço que lhe é confortável quando o terapeuta foi longe demais na exploração de determinado tema para a qual o cliente ainda não está preparado (Gabalda & Stiles, 2009). Consequentemente, o avanço ao longo da escala APES é associado a um padrão de “*serra dentada*”, em que cada dente reflete os avanços e retrocessos ao longo da terapia (Gabalda & Stiles, 2009).

A ocorrência de retrocessos mostra-se comum às diversas terapias, contudo, parece ser mais frequentemente em Terapias Cognitivas e Cognitivo-Comportamentais (Caro-Gabalda, 2011). Isto pode ser explicado pelo facto de, em terapias cognitivas e terapias comportamentais, a intervenção se focar em problemas claramente formulados e, portanto, o principal objetivo da intervenção ser encontrar soluções para as situações em específico (Caro-Gabalda, Serrano, Faus & Sabater, 2011).

Por outras palavras, podemos dizer que este tipo de intervenções tem um carácter mais diretivo, sendo as interferências do terapeuta orientadas no sentido de mudança dos pensamentos distorcidos e, portanto, muitas das vezes, o cliente deixa-se guiar pelo terapeuta e, consequentemente, revela maior dificuldade quando necessário aceder às suas cognições e aos pensamentos negativos associados, estando mais propenso a retroceder (Caro-Gabalda, 2011).

Por sua vez, as Terapias Experienciais tendem a dar especial ênfase às experiências não assimiladas, típicas de estádios mais baixos da escala APES, e o seu foco de intervenção está em criar um entendimento sobre estas, de forma não diretiva e, portanto, o seu progresso ao longo da escala de assimilação será menos irregular, uma vez que esta mudança ocorrerá em níveis mais próximos daqueles que o cliente apresenta (Caro-Gabalda, Serrano, Faus & Sabater, 2011).

De modo a melhor compreender os retrocessos, Stiles (2005) propõe algumas hipóteses explicativas para a ocorrência destes:

- *Imprecisões na cotação dos estádios da escala de assimilação;*
- *Facetas múltiplas do problema:* cada voz pode ser constituída por múltiplas subvozes, cuja assimilação poderá ocorrer em diferentes momentos;
- *Trabalho na Zona de Desenvolvimento Próximo (ZDP):* esta refere-se à região entre o estádio da APES em que o cliente se encontra e aquele que é capaz de atingir, em colaboração com terapeuta (Leiman & Stiles, 2001); se o terapeuta tentar conduzir o cliente além desta região sem que este esteja preparado, poderá ocorrer um retrocesso; paralelamente, existe a possibilidade de ocorrer algum evento inesperado na vida do cliente, que poderá alterar a sua ZDP e, conseqüentemente, bloquear a evolução no processo terapêutico (Gabalda & Stiles, 2009);
- *Múltiplas perspetivas internas:* o grau de assimilação que o cliente tem de determinada experiência, poderá ser mais ou menos elevado de acordo com a perspetiva interna que apresenta sobre este;
- *Interferência do progresso noutras problemas:* a não resolução de uma experiência problemática poderá comprometer a evolução na assimilação de outras;
- *Falhas de memória:* em pacientes com memória comprometida, a incapacidade de reter pontes de significado criadas previamente pode impedir o avanço no processo de assimilação;
- *Limitações da teoria:* existe a possibilidade da versão atual da APES conter erros que comprometem posteriormente a classificação.

4.2.1 Teoria dos Sistemas Dinâmicos

Diversos estudos parecem comprovar que, de facto, a mudança em psicoterapia não é feita de forma linear, mas sim de modo descontínuo e irregular, possibilitando assim a reorganização dos sistemas complexos envolvidos nessa transição (Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss & Cardaciotto, 2007).

A Teoria dos Sistemas Dinâmicos apresenta-se como um forte contributo para o estudo das irregularidades no processo terapêutico, uma vez que enuncia que “quando os desafios para determinado sistema são grandes demais para serem assimilados por este, a mudança normalmente não é gradual e linear, mas sim caracterizada por alterações e aumento na variabilidade do próprio sistema, antes da sua organização” (Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss & Cardaciotto, 2007, p. 2).

De acordo com esta teoria, os momentos de transição são antecidos por um período denominado de *flutuação*, em que o sistema é destabilizado e, conseqüentemente, está mais recetivo à possibilidade de explorar associações mais funcionais e adaptativas, a nível cognitivo, emocional e comportamental (Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss & Cardaciotto, 2007).

A identificação dos momentos de transição e das irregularidades no processo de mudança permite que o terapeuta compreenda quais os fatores que contribuem para fomentar ou inibir a mudança no cliente, ajustando a sua intervenção no sentido de otimizar essas oportunidades de reestruturação do sistema (Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss & Cardaciotto, 2007). Concomitantemente, Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss e Cardaciotto (2007) referem que, tendencialmente, as transições em psicoterapia ocorrem em momentos de ativação emocional, que, quando acompanhadas de um correto processamento emocional e criação de significado (por exemplo, pontes de significado de acordo com o Modelo de Assimilação), parecem estar presentes em casos de sucesso terapêutico.

Capítulo II- Estudo das irregularidades no processo de assimilação em casos de sucesso em Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções

1. Objetivos e Questões de Investigação

A presente investigação está relacionada com o Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas, tendo por base os pressupostos mencionados na revisão de literatura apresentada anteriormente e terá um carácter maioritariamente qualitativo, estando também presentes algumas análises de carácter quantitativo, por exemplo, relativamente às medidas de resultado.

Desta forma, o primeiro objetivo é o de analisar como ocorre a evolução da assimilação no processo de mudança, em casos de sucesso terapêutico, analisando a variância da sintomatologia e da assimilação, ao longo do processo terapêutico.

Paralelamente, e como segundo objetivo deste estudo, pretende-se compreender como se comporta a variação da sintomatologia, em casos de sucesso, relativamente às irregularidades, analisando a associação entre ambas as variáveis.

O terceiro objetivo deste estudo é compreender qual a relação existente entre a evolução da assimilação de experiências problemáticas, em casos de sucesso, e as irregularidades que ocorrem nesse mesmo processo.

Por último, o quarto objetivo prende-se com a análise da existência, ou não, de diferenças nas irregularidades no processo de assimilação de experiências problemáticas, de acordo com as diferentes terapias, facto esse pelo qual foram utilizados dois casos acompanhados em Teoria Cognitivo-Comportamental e dois casos orientados sob Terapia Focada nas Emoções.

Assim sendo, as questões de investigação que orientam este estudo serão:

- Como ocorre a evolução da assimilação das experiências problemáticas em casos de sucesso terapêutico de Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções?

- Qual a relação entre a variação da sintomatologia, em casos de sucesso, e as irregularidades no processo de assimilação?
- Qual a relação entre a evolução da assimilação de experiências problemáticas, em casos de sucesso, e as irregularidades nesse mesmo processo?
- Existem diferenças nas irregularidades no processo de assimilação de experiências problemáticas entre casos de Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções?

2. Método

2.1 Participantes

Para este estudo foram utilizados quatro casos clínicos, sendo todas as participantes do sexo feminino. Estas serão nomeadas de *A*, *B*, *C* e *D*.

Relativamente à situação laboral, três delas estavam a trabalhar, enquanto que uma estava desempregada; no que concerne ao estado civil, uma das participantes era divorciada, outra casada e as restantes, solteiras. As participantes apresentavam idades compreendidas entre os 25 e os 45 anos.

Duas das participantes do estudo foram seguidas sob a orientação de Terapia Cognitivo-Comportamental e as restantes em Terapia Focada nas Emoções, todas elas por terapeutas distintas. As participantes *A* e *B* foram seguidas em Terapia Cognitivo-Comportamental, por sua vez, as participantes *C* e *D* foram acompanhadas em Terapia Focada nas Emoções.

Todas as participantes integraram o projeto de investigação *Descentração e Mudança em Psicoterapia*, financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (PTDC/PSI-PCL/103432/2008) estando a ser desenvolvido na Unidade de Investigação em Desenvolvimento Humano e Psicologia (UNIDEP), pertencente ao Instituto Universitário da Maia (ISMAI).

Esse projeto incluiu um ensaio clínico aleatório de comparação da eficácia de duas formas de psicoterapia, a Terapia Cognitivo-Comportamental e a Terapia Focada nas Emoções, no tratamento da depressão ligeira a moderada.

Assim sendo, os critérios de inclusão são: diagnóstico de Perturbação Depressiva Major (ligeira a moderada); Avaliação Global do Funcionamento superior a 50; e não estar medicado. Por outro lado, os critérios de exclusão são: estar medicado ou sob outro tratamento; ser ou ter sido previamente diagnosticado com uma das seguintes perturbações do Eixo I (DSM-IV-TR): Abuso de Substâncias, Perturbação de Pânico, Perturbação Psicótica, Perturbação Bipolar ou uma Perturbação Alimentar; ser ou ter sido previamente diagnosticado com uma das seguintes perturbações do Eixo II (DSM-IV-TR): Borderline, Antissocial ou Esquizotípica; e ainda, apresentar risco elevado de suicídio.

A inclusão das participantes no projeto de investigação proporcionou-lhes a oportunidade de integrarem um processo de intervenção psicoterapêutico ao longo de dezasseis sessões gratuitas, sendo a seleção da terapia a que seriam submetidas e respetivas terapeutas aleatórias.

A monitorização do progresso terapêutico é feita com recurso a diversos instrumentos de avaliação, dos quais se destacam o *BDI-II – Beck Depression Inventory II* e o *OQ-45 - Outcome Questionnaire 45*. Estes questionários são preenchidos pelos clientes unicamente nas sessões 1, 4, 8, 12 e 16, as quais foram utilizadas para a presente investigação.

As quatro participantes foram selecionadas por se apresentarem como casos de sucesso, sendo essa a condição necessária para o presente estudo, tendo sido utilizado o *Beck Depression Inventory (BDI-II)* como medida de avaliação.

Segundo Jacobson e Truax (1991), o sucesso terapêutico verifica-se quando o cliente atinge valores de sintomatologia considerados não clínicos e, paralelamente, quando a mudança verificada é significativa segundo o *Reliable Change Index (RCI)*. O *RCI* apresenta-se como uma fórmula que permite aferir se a mudança na pontuação do teste utilizado para avaliação do indivíduo é significativa, calculando-se através da divisão do valor obtido da diferença entre o valor inicial e o valor final do teste, pelo desvio-padrão da diferença entre as duas pontuações.

Uma vez que os quatro casos selecionados cumpriam ambos os critérios estipulados por Jacobson e Truax (1991), nomeadamente a redução da sintomatologia para valores não clínicos e uma descida da mesma considerada significativa, de acordo com o *RCI*, é possível enunciar seguramente que se tratavam de casos de sucesso terapêutico.

2.2 Terapeutas

As terapeutas que acompanharam as participantes mencionadas no presente estudo eram, coincidentemente, também do sexo feminino.

A terapeuta que acompanhou A iniciou a sua prática profissional em 2009, tendo, na altura da intervenção, 2 anos de experiência com Terapia Cognitivo-Comportamental.

A terapeuta que seguiu B começou a sua prática profissional em 2010, apresentando, à data da intervenção, 1 ano de experiência com Terapia Cognitivo-Comportamental.

A terapeuta que conduziu o processo interventivo de C principiou a sua prática profissional em 2003, tendo, na altura da intervenção, 1 ano de experiência em Terapia Focada nas Emoções.

Por último, a terapeuta que acompanhou D iniciou a sua prática profissional em 2008, apresentando, à data da intervenção, 2 anos de experiência em Terapia Focada nas Emoções.

2.3 Descrição das Terapias

No sentido de clarificar as práticas interventivas utilizadas com as participantes deste estudo, de seguida será feita uma breve descrição das correntes teóricas que orientaram as mesmas.

2.3.1 Terapia Focada nas Emoções

De acordo com os fundamentos da Terapia Focada nas Emoções (EFT), o mau estar psicológico poderá ter diversas origens, nomeadamente, falta de consciência e/ou evitamento dos estados internos, incapacidade de regulação emocional eficiente, respostas desadaptativas resultado de experiências traumáticas, conflitos internos, proteção da própria auto-estima e bloqueios na criação de significados (Goldaman & Greenberg, 2015).

As emoções são consideradas uma parte fundamental do indivíduo, tendo um papel determinante na sua auto-organização (Greenberg, 2004); estas são adaptativas e, portanto,

funcionam como reguladoras das ações do sujeito em resposta às situações, no sentido de se salvaguardar (Goldman & Greenberg, 2015).

As emoções estão na base do processamento da informação, antecedendo os processos cognitivos, nomeadamente a tomada de decisão (Greenberg, 2004). Estas permitem que o indivíduo seja capaz de armazenar memórias de determinadas situações, focando-se na carga afetiva que lhes está associada, em função do seu bem-estar; quando o sujeito se encontra perante emoções desagradáveis persistentes, tendencialmente, estas acabam por se tornar disfuncionais, resultando num processamento desadaptativo da informação, dando origem aos problemas clínicos (Greenberg, 2004).

Desta forma, seguindo a Terapia Focada nas Emoções, o terapeuta procura identificar os aspetos subjacentes ao problema que a pessoa apresenta e que têm vindo a contribuir para a sua manutenção, de acordo com a sua experiência emocional (Goldman & Greenberg, 2015).

No que concerne à relação terapeuta-cliente, esta tem na base uma atitude de aceitação genuína, sendo o terapeuta altamente empático e respeitador do cliente, sendo capaz de se ajustar à experiência deste (Greenberg, 2014).

Uma vez que as narrativas do cliente refletem as suas emoções e, simultaneamente, as suas emoções influenciam as suas narrativas, a intervenção é levada a cabo no sentido de tornar as emoções mais estruturadas e, conseqüentemente, as narrativas mais coerentes (Goldman & Greenberg, 2015). Assim, torna-se fulcral que o cliente descreva, reexperiencie e reconte determinados eventos de forma a assumir uma perspetiva mais funcional sobre estes (Goldman & Greenberg, 2015).

Ao longo do processo interventivo, o terapeuta denota a presença de marcadores que refletem o estado interno do cliente e que permitem identificar as tarefas mais indicadas, no sentido de resolução do problema (Goldman & Greenberg, 2015), as quais serão apresentadas de seguida, de forma sucinta.

Frente a reações problemáticas, o terapeuta deve recorrer ao desdobramento evocativo sistemático de memórias, de forma a que o cliente perceba o momento que despoletou essa reação e a emoção que lhe está associada. Na presença de sentimentos pouco claros, a focalização apresenta-se útil por permitir que o cliente redirecione o seu foco para a experiência internamente. Em situações que o cliente apresenta conflitos internos, é sugerido que este faça a tarefa de duas cadeiras, alternando entre estas, no sentido de iniciar um diálogo representativo de ambas as partes, promovendo o seu entendimento. Aquando da presença de

assuntos inacabados para com um outro significativo, o terapeuta recorre à tarefa de cadeira vazia para que este possa expressar sentimentos, pensamentos e necessidades reprimidas, que possam estar a bloquear o seu desenvolvimento, permitindo que este assuma uma nova perspetiva do outro. Perante o marcador de vulnerabilidade, o qual reflete emoções dolorosas, o terapeuta recorre à validação empática, guiando o cliente na expressão desses sentimentos.

2.3.2 Terapia Cognitivo-Comportamental

No que concerne à Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT), esta traduz-se por uma intervenção semi-estruturada, objetiva e dirigida a um fim específico no tratamento de determinada problemática, refletindo sobre os fatores cognitivos, emocionais e comportamentais que lhe estão subjacentes (Duchesne & Almeida, 2002). A intervenção foca-se, prioritariamente, na identificação e alteração desses mesmos fatores (Duchesne & Almeida, 2002).

De acordo com a perspetiva Cognitivo-Comportamental, o mau estar psicológico resulta da existência de distorções cognitivas, entendidas como erros no processamento e interpretação das informações, que acabam por gerar esquemas cognitivos inflexíveis, os quais condicionam o comportamento do indivíduo (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008), impedindo que este seja capaz de valorizar momentos em que utilizou outros recursos adequadamente (Ito, Roso, Tiwari, Kendall & Asbahr, 2008). Este processamento deficiente das situações está na base da existência de pensamentos automáticos, os quais surgem automaticamente na interpretação das situações (Knapp & Beck, 2008).

Segundo Knapp e Beck (2008), as distorções cognitivas mais comuns são as seguintes:

- *Catastrofização*: prever que o pior de uma situação irá acontecer, desconsiderando outras possibilidades;
- *Raciocínio*: permitir que os sentimentos guiem as situações, acreditando que estes refletem a realidade;
- *Pensamento tudo ou nada*: como o nome indica, perceber uma situação ou pessoa unicamente como uma de duas categorias opostas;
- *Abstração Seletiva*: tendencialmente, um aspeto negativo é favorecido, em detrimento de outros aspetos positivos da mesma situação;

- *Leitura Mental*: supor, sem evidências, que sabe o que os outros estão, ou irão pensar acerca de si;
- *Rotulagem*: colocar um rótulo inflexível em si, nos outros ou numa situação;
- *Minimização (do positivo) e maximização (do negativo)*: refere-se a sobrevalorizar características negativas, descurando de aspetos positivos de si, dos outros ou das situações;
- *Imperativos*: foco em afirmações imperativas de como as coisas devem ser, ao invés de as aceitar como são.

Assim sendo, o processo interventivo, no qual o cliente tem um papel ativo, terá como objetivo a substituição dos esquemas prévios existentes por outros mais funcionais, de modo a que os comportamentos do sujeito perante as situações sejam mais adaptados (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008).

Neste sentido, os focos primordiais da intervenção serão a ativação comportamental e a reestruturação cognitiva, devidamente adaptadas à idiosincrasia de cada caso clínico (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008). Relativamente à primeira, a estratégia central será o agendamento de atividades, de forma a monitorizar as tarefas associadas ao domínio e ao prazer, bem como as emoções que lhes estão associadas, atuando no comportamento do sujeito como reforço positivo (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008). Quanto à segunda, será crucial, numa fase inicial, algum trabalho de psicoeducação sobre distorções cognitivas e pensamentos automáticos, auxiliando o indivíduo na identificação destes, na compreensão das reações que lhe estão associadas e formas de enfrentamento dos mesmos, assim como os processos que têm vindo a manter esses comportamentos (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008). Desta forma, as técnicas mais utilizadas serão: evocação de pensamentos e pressupostos a fim de perceber como estes atuam sobre as emoções e os comportamentos; explicações de como os pensamentos geram sentimentos; registo físico de pensamentos disfuncionais no qual o cliente deve referir, por esta ordem, o evento, o pensamento que se sucedeu e o quanto acredita na sua veracidade (de 0 a 10), a emoção subjacente, evidências que confirmem, ou não, esse pensamento, um pensamento alternativo e o quanto acredita nele e, por fim, quantificar novamente essa emoção e, finalmente, o uso da seta descente como um teste de evidências no processo de questionamento socrático, com o intuito de perceber quais as crenças que mantêm a patologia em questão (Powell, Abreu, Oliveira & Sudak, 2008).

2.4 Instrumentos

2.4.1 Medidas de Resultado

Como referido anteriormente, foram utilizadas, como medidas quantificadoras do resultado, o *BDI-II* e o *OQ-45*, traduzidos e validados para a população portuguesa.

O *BDI-II* é um questionário, preenchido pelo cliente, que se propõe a avaliar a intensidade da sintomatologia depressiva, composto por 21 itens, sendo estes *Tristeza; Pessimismo; Fracassos Passados; Perda de Prazer; Sentimentos de Culpa; Sentimentos de Punição; Auto-Depreciação; Auto-Criticismo; Pensamentos ou Desejos Suicidas; Choro; Agitação; Perda de Interesse; Indecisão; Sentimentos de Inutilidade; Perda de Energia; Alterações no Padrão de Sono; Irritabilidade; Alterações no Apetite; Dificuldades de Concentração; Cansaço ou Fadiga; e Perda de Interesse Sexual* (Beck, Steer, & Brown, 1996). Posteriormente, foi traduzido e validado para a população portuguesa por Coelho, Martins e Barros (2002). Cada categoria descreve uma manifestação comportamental específica do quadro depressivo e é composto por uma série de quatro ou cinco afirmações, dispostas de acordo com a gravidade do sintoma (desde ausente a muito grave) e que são cotadas de zero a três; a pontuação total é obtida pela soma de todos os itens (Beck, Steer, & Brown, 1996). A severidade da sintomatologia depressiva é categorizada como sintomatologia ligeira não clínica se a pontuação obtida for de 0 a 13, como depressão ligeira se se localizar no intervalo entre 14 e 19, como depressão moderada se obter entre 20 e 28 e depressão severa entre 29 e 63 (Beck, Steer, & Brown, 1996). O estudo de Coelho, Martins e Barros (2002), contou com 775 participantes e apresentou resultados similares aos da versão americana proposta por Beck e seus colaboradores, corroborando a validade do questionário para a população portuguesa.

No que concerne ao *OQ-45*, questionário preenchido também pelo cliente, este foi desenvolvido como uma medida de avaliação de sintomas presentes em diversas patologias (Thalmayer, 2015), sendo composto por uma série de 45 itens, cotados entre zero e quatro (Lambert, Hansen, Umphress, Lunnen, Okiishi, Burlingame, Huefner & Reisinger, 1996). Quanto à severidade da sintomatologia apresentada, segundo a versão aferida para a população portuguesa por Vaz, Conceição e Machado (2013), esta classifica-se como não

tendo relevância clínica se a pontuação total obtida for entre 0 e 62 e com relevância clínica se for entre 63 e 180.

2.4.2 Medidas de Processo

Relativamente à APES, como referido anteriormente, esta é uma escala de oito níveis, utilizada para ratificar o grau de apropriação da experiência problemática que o sujeito apresenta relativamente a um certo conteúdo específico, em determinada passagem do seu discurso (Stiles et al, 1991). Numa primeira fase, o investigador começa por familiarizar-se com o caso e as problemáticas associadas, através de repetidas leituras do mesmo; de seguida, identifica os temas presentes, assim como a comunidade de vozes e a voz problemática; na fase seguinte, é feita a seleção das passagens em que os temas aparecem; por fim, cada excerto selecionado é codificado como pertencente a um nível da escala APES (Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003).

2.5 Procedimentos de Recolha e Análise de Dados

A recolha de dados, como referido anteriormente, foi feita a partir do projeto levado a cabo pela UNIDEP.

No que concerne às medidas de resultado, o *BDI-II* e o *OQ-45*, estes foram aplicados nas sessões 1, 4, 8, 12 e 16.

Relativamente aos procedimentos de análise de dados, estes basearam-se numa metodologia qualitativa, à luz do Modelo de Assimilação, sendo utilizadas para o efeito, as transcrições das sessões 1, 4, 8, 12 e 16, realizadas de acordo com os procedimentos propostos por Mergenthaler e Stinson (1992).

O grupo de trabalho foi constituído por dois alunos de mestrado, um aluno de doutoramento e uma investigadora doutorada, os dois últimos com experiência prévia no Modelo de Assimilação. Foram criadas duas equipas, constituídas por dois codificadores cada uma, sendo que a investigadora responsável supervisionou todas as codificações.

De salientar que nesta etapa uma das equipas era constituída pela autora da presente dissertação, que se encontra a finalizar o Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde e cujo primeiro contato com o modelo se deu aquando da realização da mesma, sendo “cega” quanto

ao resultado terapêutico dos casos selecionados e por uma segunda codificadora, que se encontra a finalizar o Doutoramento em Psicologia Clínica e da Saúde, estando previamente familiarizada com o modelo em análise e com experiência de prática clínica.

Assim, de acordo com a metodologia proposta no Modelo de Assimilação, este processo dividiu-se em quatro fases, como referem Stiles, Meshot, Andersos e Sloan Jr. (1992).

Importa referir que, antes de ser iniciado o processo de codificação dos casos utilizados na presente dissertação, foi realizado um treino completo em outros casos, juntamente com outras alunas a realizar as respetivas dissertações de mestrado, sobre a metodologia utilizada nesse processo, a fim de permitir a familiarização com o modelo.

O treino durou cerca de dois meses, com reuniões semanais entre as codificadoras. A primeira fase do treino consistiu na leitura de artigos e manuais de codificação, de forma a permitir a familiarização com esse processo; seguidamente foram codificadas sessões de treino, as quais apresentaram, na maioria das vezes, um bom acordo entre todas as codificadoras, sendo discutido o acordo e desacordo obtido nas reuniões semanais.

Relativamente à codificação dos casos selecionados para o presente estudo, numa fase inicial, ambas as codificadoras leram sistematicamente as transcrições das sessões em análise; seguidamente, foi feita a identificação dos problemas.

De seguida, foram identificados os temas presentes em cada caso e formuladas as respetivas vozes dominantes e problemáticas, e, posteriormente, feita uma discussão conjunta entre as codificadoras, de forma a chegarem a um consenso quanto aos mesmos. Esses resultados serão apresentados, de forma sucinta, de seguida.

No caso de A, submetida a Terapia Cognitivo-Comportamental, o problema predominante relacionava-se com o conformismo, refletindo-se na dificuldade em assumir responsabilidade e em lidar com situações em esta lhe é exigida, assim como na tendência para “deixar andar”, evitando essas situações para não falhar e, dessa forma, continuar a agradar os outros. Assim sendo, a comunidade de vozes assumia-se em afirmações como *“Tenho de agradar aos outros para ser aceite por eles e portanto não posso falhar”*, *“Não adianta fazer algo se não tiver certeza que vai correr bem”*, *“É melhor deixar andar do que assumir responsabilidades”*; por outro lado, a voz problemática apresentava-se como mais assertiva, saliente em expressões como *“Tenho direito de pensar em mim e fazer algo por mim, que me dê prazer e valorize sem ter medo de falhar, não tenho de fazer sempre tudo bem e posso falhar, “Gostava que os outros me aceitassem como sou”*.

O caso *B*, acompanhado em Terapia Cognitivo-Comportamental, apresentava cinco temas/problemas centrais, sendo estes o *luto do pai e a sua relação com este*; *a relação com a mãe e a irmã*; *a reduzida assertividade*; *a falta de energia* e por último, o *papel de mãe*. Assim sendo, a comunidade de vozes assume-se expressões como “*Tenho de ser forte, independente, mais autónoma e motivada*”; “*Tenho de agradar os outros*”, por outro lado, a voz problemática afirma-se dizendo “*Eu também preciso de ajuda dos outros, de ser cuidada*”; “*Tenho de ser assertiva e expressar as minhas necessidades*”.

O caso *C* foi seguido em Terapia Focada nas Emoções e os problemas apresentados relacionavam-se com a *assertividade*, nomeadamente, dificuldades em assumir uma postura assertiva com o namorado, os pais, amigos e no emprego, e com a *mágoa em relação ao pai*. A comunidade de vozes expressava-se como “*Eu tenho de agradar aos outros*”, enquanto que a voz problemática enunciava “*Eu tenho direitos*”.

O caso *D* corresponde ao segundo caso acompanhado em Terapia Focada nas Emoções, cujos temas se relacionavam com o *papel de mãe* e o *papel de mulher*. A comunidade de vozes estava presente em expressões do tipo “*Eu não tenho valor*”, ao passo que a voz problemática se afirmava ao dizer “*Eu tenho valor e também tenho direito a falhar*”.

Na terceira fase, foi feita a seleção dos excertos das transcrições das sessões que refletiam a presença dos temas e vozes mencionados anteriormente.

Na etapa final, os excertos selecionados foram codificados com recurso à escala APES, permitindo observar e analisar a sequência de evolução da assimilação das experiências problemáticas das participantes, assim como as mudanças ocorridas na relação entre a comunidade de vozes e a voz problemática de cada caso. A codificação é feita de forma independente pelas codificadoras, sendo que cada uma identifica as passagens existentes e o nível da APES que lhe corresponde; as passagens dizem respeito a partes dos excertos do discurso previamente selecionados, que refletem mudança nos tópicos abordados, no nível da APES ou do marcador associado (Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003).

De modo a auxiliar a identificação do nível de assimilação correto, foram utilizados os marcadores de assimilação por permitirem o reconhecimento de sinais típicos de terminado estágio da APES (Lani, Glick, Osatuke, Brandenburg, Gray, Humphreys, Reynolds & Stiles, 2002).

Segundo Honos-Webb, Surko, Stiles e Greenberg (1999), a utilização de marcadores de mudança parece facilitar a identificação no estágio da APES em que a pessoa se encontra.

Os marcadores são episódios ou expressões utilizadas pelo cliente e identificadas no decorrer da terapia, cujo conteúdo tendencialmente assume um padrão comum entre os clientes relativamente ao grau de evolução que estes apresentam no sentido de resolver as problemáticas em questão (Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003).

A utilidade do uso de marcadores decorre do facto de cada um ser característico de determinado estágio da escala APES, revelando a presença das vozes e o seu grau de entendimento, e, portanto, permitir uma melhor identificação do mesmo.

Segundo Lani e colaboradores (2002) existem vinte e seis marcadores distintos, sendo que alguns estádios de assimilação podem corresponder vários; paralelamente, em determinada passagem, pode não estar presente qualquer marcador, ou estar mais que um. A listagem de marcadores será apresentada de seguida, de acordo com Lani e colaboradores (2002).

Marcador 1: Sintomas corporais (APES 0).

Marcador 2: Substimar a negatividade (APES 1).

Marcador 3: Evitar responsabilidade (APES 1).

Marcador 4: Distanciamento do discurso (APES 1).

Marcador 5: Surpresa perante as próprias reações (APES 1).

Marcador 6: Receio de perder o funcionamento adaptativo (APES 1)

Marcador 7: Sentir emoções negativas (APES 2).

Marcador 8: Sentir-se vulnerável (APES 2).

Marcador 9: Desejo de mudança (APES 2).

Marcador 10: Dificuldade em articular o que está errado (APES 2).

Marcador 11: Assuntos inacabados com um outro significativo (APES 2).

Marcador 12: Sentir-se preso/ sem saída (APES 2)

Marcador 13: Sentir-se confuso (APES 2).

Marcador 14: Problema recorrente (APES 2).

Marcador 15: Expressar e inibir uma necessidade (APES 3).

Marcador 16: Definir objetivos incompatíveis (APES 3).

Marcador 17: Conflito entre querer e dever (APES 3).

Marcador 18: Utilizar os valores dos outros como seus (APES 4).

Marcador 19: Utilizar reações passadas numa relação atual (APES 4).

Marcador 20: Afastamento para ter uma melhor perspetiva (APES 4).

Marcador 21: Organizar os acontecimentos de uma nova forma (APES 4).

Marcador 22: Decidir agir de forma diferente (APES 5).

Marcador 23: Resolução não total do problema (APES 5).

Marcador 24: Expressão assertiva das suas necessidades (APES 5).

Marcador 25: Mudanças notórias (APES 6).

Marcador 26: Alcançar uma solução (APES 6).

Após ambas as codificadoras terem concluído o processo de codificação independente, reuniram-se a fim de expor e defender a sua interpretação de cada excerto, de modo chegarem a acordo numa codificação conjunta, sendo esta utilizada numa fase posterior do estudo. O cálculo do acordo foi feito segundo o *Coefficiente de Correlação Intraclasse (ICC)*, o qual pode variar entre zero e um (Shrout & Fleiss, 1979). Relativamente aos casos em análise, o acordo foi de .90, o que pressupõe um acordo inter-codificadoras elevado.

Posteriormente, recorrendo ao programa Excel, foi calculada a *média, moda, mediana e desvio padrão* da assimilação relativamente a cada uma das sessões de ambos os casos, bem como identificação do valor *mínimo e máximo* que o cliente atingiu.

2.5.1 Estudo das irregularidades no processo de assimilação: Cálculo da Flutuação (F)

Concluído o processo descrito anteriormente, para cada sessão, em cada um dos casos, foi calculada a *flutuação*, com o intuito de calculara as irregularidades no processo de assimilação.

A *flutuação* surge como uma medida de avaliação da irregularidade com que ocorrem as transições em sistemas complexos, nomeadamente, os processos de mudança que ocorrem com os indivíduos em intervenções psicológicas (Schiepek & Strunk, 2010). Esta é sensível à amplitude e frequência das mudanças, sendo utilizada em séries temporais, cujo cálculo é

feito dentro de uma janela temporal, ao longo de um continuum de alterações, sendo que no presente estudo, a janela temporal usada foi cada uma das sessões.

Para isso, foi criado um gráfico que contemplasse as passagens selecionadas para codificação e o nível da APES correspondente, no qual era possível observar o padrão de “*serra dentada*”, caraterístico da evolução ao longo da escala APES (Gabalda & Stiles, 2009), como referido anteriormente. Os pontos de corte sinalizados, denominados de *k*, referem-se aos momentos caraterísticos de mudanças na inclinação, sendo “aumento”, “diminuição” ou “sem mudança” (Schiepek & Strunk, 2010). A figura 1 é um exemplo de um desses gráficos, nomeadamente do caso D, sessão 1.

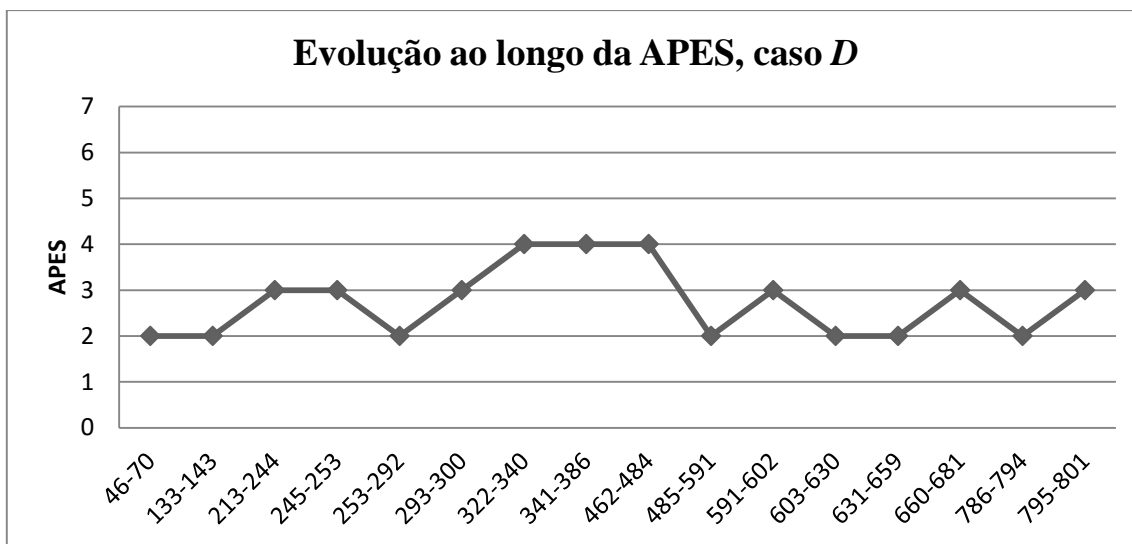


FIGURA 1: EVOLUÇÃO AO LONGO DA APES, SESSÃO 1, CASO D.

De seguida, é calculado o valor correspondente às mudanças na inclinação, dividindo a diferença entre os níveis da escala APES atingidos, pelo número de pontos de corte *k* estão incluídos nessa mudança (Schiepek & Strunk, 2010). Por exemplo, o valor entre as passagens 292 e 340 será $2/2$, portanto, 1.

No final, somam-se todos os valores obtidos, obtendo o valor *total*; contam-se o número de passagens obtidas, subtraindo 1, obtendo assim o valor *passagens*; seguidamente calculam-se o número máximo de pontos de corte multiplicando o valor *passagens* por 7 (correspondente ao número máximo possível de obter na escala APES), obtendo assim o valor *máximo de pontos de corte*. Findo este processo, calcula-se o valor da flutuação, *F*, para a

sessão em questão, dividindo o valor *total* pelo valor *máximo de pontos de corte* (Schiepek & Strunk, 2010).

Segundo Schiepek e Strunk (2010) a *flutuação* estará compreendida entre o valor 0 e 1 e poderá ser calculada pela seguinte fórmula:

$$F = \frac{\sum_{i=1}^l \frac{y_i}{(n_{k+1} - n_k)}}{s(m-1)}$$

FIGURA 2: FÓRMULA PARA O CÁLCULO DA FLUTUAÇÃO.

3. Resultados

No presente tópico serão apresentados e descritos os dados obtidos na análise de dados, a qual foi feita em função dos objetivos definidos para esta investigação.

Para todos os casos, foi feita uma análise geral da pontuação obtida no BDI-II e no OQ-45, ao longo das cinco sessões avaliadas, comparando a sua evolução com a assimilação, de forma a perceber se a condição de redução da sintomatologia em casos de sucesso correspondia ao progresso nos níveis da escala APES (Caro-Gabalda, 2011; Stiles et al, 1991; Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999; Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003; Osatuke et al, 2007; Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998).

Foi feita também a análise comparativa da flutuação e da assimilação (utilizando o valor da média obtida em cada sessão) com o intuito de compreender se a variação de uma acompanha, de igual forma, a variação da outra.

Foi ainda realizada uma análise qualitativa aos quatro casos, comparando se as mudanças ao nível da flutuação e assimilação eram transversais a ambas as terapias, ou se havia diferenças (Caro-Gabalda, 2011; Caro-Gabalda, Serrano, Faus & Sabater, 2011).

Assim, neste tópico, será analisado o processo de assimilação das experiências problemáticas ao longo do processo psicoterapêutico em dois casos de Terapia Cognitivo-Comportamental (A e B) e em dois casos de Terapia Focada nas Emoções (C e D), atendendo também à relação desta com a redução sintomatológica.

Seguidamente, será feita a análise das irregularidades no processo de assimilação, para cada um dos casos em estudo, relativamente à evolução no processo de assimilação.

Por último, será ainda realizada uma análise das irregularidades no processo de assimilação, relativamente às teorias utilizadas nas quatro intervenções, de modo a perceber se existem diferenças ao nível da flutuação entre Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções.

3.1 Apresentação dos Resultados

3.1.1 Evolução da assimilação das experiências problemáticas no caso A

Numa fase inicial da terapia, A apresentava níveis reduzidos de assimilação, situando-se maioritariamente no nível 1 (*Pensamentos Indesejados*) e no nível 2 (*Reconhecimento Vago*).

Ao longo do processo interventivo foi possível observar que A se tornou, gradualmente, mais capaz de assumir responsabilidades perante as situações, afirmando as suas necessidades e atuando no sentido de as fazer cumprir, sendo capaz de, numa fase final da intervenção, atingir o nível 5 (*Aplicação*) e o nível 6 (*Solução do Problema*), este último presente, por exemplo, no seguinte excerto da sessão 16: “*porque era mesmo assim porque tinha feito uma coisa que num era muito do meu agrado fazer e depois ficava chateada com aquilo, comia, portanto para tapar o azio (...) agora não, agora isso não acontece*”. Contudo, importa referir que, de encontro a estudos anteriores, esta evolução não foi linear, ocorrendo retrocessos, como podemos verificar na figura 3.

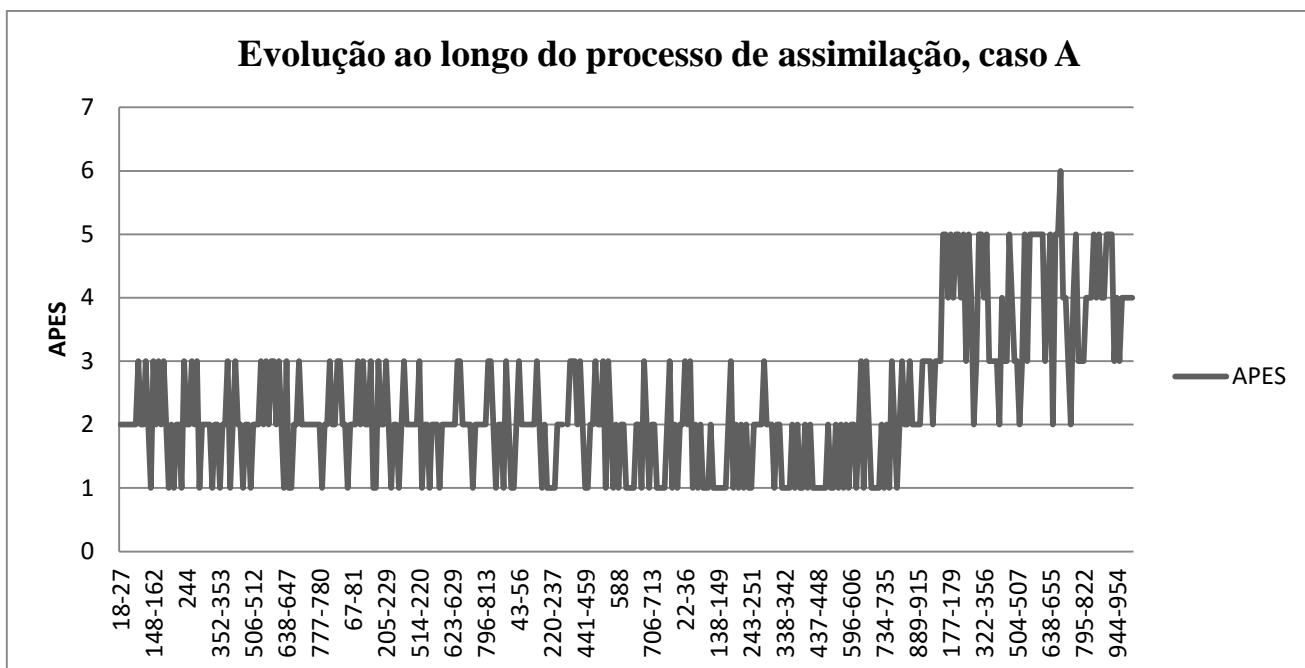


FIGURA 3: ANÁLISE DA EVOLUÇÃO AO LONGO DO PROCESSO DE ASSIMILAÇÃO NO CASO A.

Concomitantemente, foi também possível observar que a sintomatologia depressiva foi gradualmente diminuindo, sendo que na última avaliação apresentava 0 pontos no *BDI-II*, correspondentes a *sintomatologia ligeira não clínica* o que permite assumir o sucesso terapêutico. A figura 4 permite ainda observar que, de fato, à medida que o grau de assimilação foi aumentando, a sintomatologia foi diminuindo, corroborando os pressupostos do Modelo de Assimilação (Caro-Gabalda, 2011; Stiles et al, 1991; Honos-Webb, Surko, Stiles e Greenberg, 1999; Honos-Webb, Stiles e Greenberg, 2003; Osatuke et al, 2007; Honos-Webb, Stiles, Greenberg e Goldman, 1998).

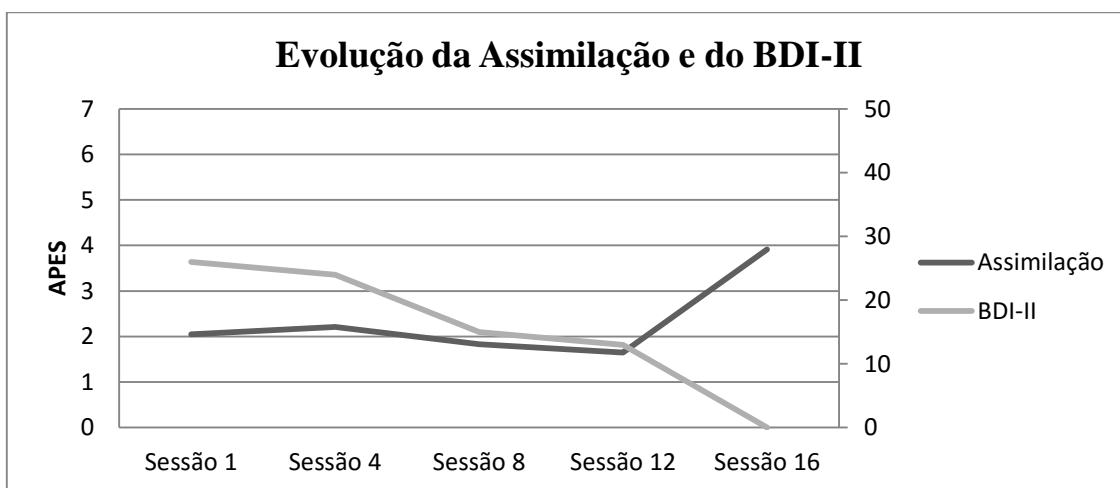


FIGURA 4: ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE EVOLUÇÃO DA ASSIMILAÇÃO E BDI-II, CASO A.

3.1.2 Evolução da assimilação das experiências problemáticas no caso B

Inicialmente B apresentava níveis reduzidos na escala de assimilação, situando-se predominantemente no estágio 2 (*Reconhecimento Vago*).

Contudo, ao longo da terapia foi possível constatar que B se tornou mais capaz de assumir as suas necessidades e reconhecer a existência de fragilidades, tornando-se mais regulada emocionalmente e mais aceitante das situações, atingindo o nível 6 (*Solução do Problema*), como podemos verificar no seguinte excerto da sessão 16: “B: (...) *depois escrevi aqui, eu só escrevi tudo o resto vem por acréscimo. tendo saúde e trabalho depois há dinheiro para passear, p’ra pagar as contas, família, quando corre tudo bem, somos felizes. Terapeuta: O que acha desta declaração de direitos neste momento? Faz sentido para si? Sente que é possível? B: faz, porque eu escrevi aquilo que quero, neste momento, não escrevi que os meus direitos era um carro, é, sei lá, não sei. Mas eu escrevi aquilo que, que realmente é o mais importante para mim, neste momento é isto, se eu tiver assim tou bem.*”

Na figura 5, é possível observar a evolução gradual e não linear de B ao longo da intervenção.

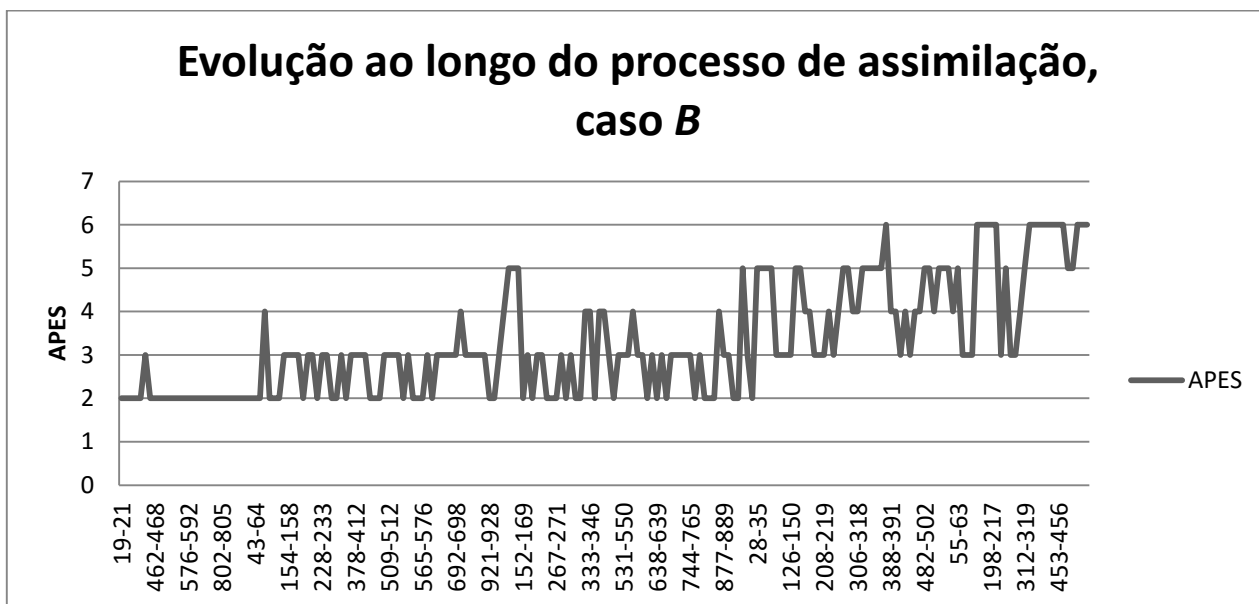


FIGURA 5: ANÁLISE DA EVOLUÇÃO AO LONGO DO PROCESSO DE ASSIMILAÇÃO, CASO B.

Tal como no caso anterior, paralelamente foi avaliado o progresso da sintomatologia depressiva verificando-se que, na sessão 16, B apresentava a pontuação de 4 valores no BDI-

II, os quais representam *sintomatologia ligeira não clínica*. Uma vez mais, verifica-se que a sintomatologia diminui à medida que aumenta o grau de assimilação, assumindo-se portanto como um caso de sucesso, congruente com os estudos de Caro-Gabalda (2011), de Stiles e colaboradores (1991), de Honos-Webb, Surko, Stiles e Greenberg (1999), de Honos-Webb, Stiles e Greenberg (2003), de Osatuke e colaboradores (2007) e de Honos-Webb, Stiles, Greenberg e Goldman (1998). Esta relação pode ser observada na figura 6.

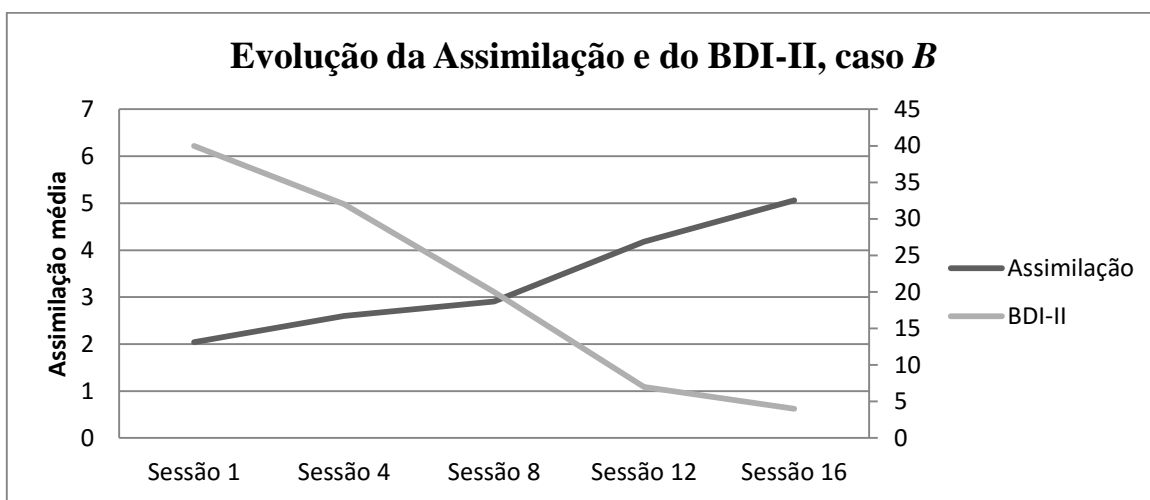


FIGURA 6: ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE EVOLUÇÃO DA ASSIMILAÇÃO E BDI-II, CASO B.

3.1.3 Evolução da assimilação das experiências problemáticas no caso C

O caso C foi seguido em Terapia Focada nas Emoções e os problemas apresentados relacionavam-se com a *assertividade*, nomeadamente, dificuldades em assumir uma postura assertiva com o namorado, os pais, amigos e no emprego, e com a *mágoa em relação ao pai*.

De forma semelhante aos casos supramencionados, é possível verificar que, inicialmente C se encontra entre o nível 2 da escala APES (*Reconhecimento Vago*) e o nível 3 (*Clarificação do Problema*). No entanto, à medida que o processo terapêutico avançou, esta moveu-se para estádios mais elevados, predominando os níveis 5 (*Aplicação*) e 6 (*Solução do Problema*) na sessão 16, exemplo deste último presente no seguinte excerto: “*sim há uns meses atrás teria pensado naquilo e ‘o que é que os outros estão a pensar sobre mim e porque eu não me expliquei bem porque eu sou incompetente’ e, agora não. pensei, eu pensei ‘fogo, não há necessidade de estar, aquela pessoa estar a desgastar-se tanto com uma coisa*

ção pequena”. Na figura 7 é possível observar a evolução da assimilação, ao longo da intervenção.

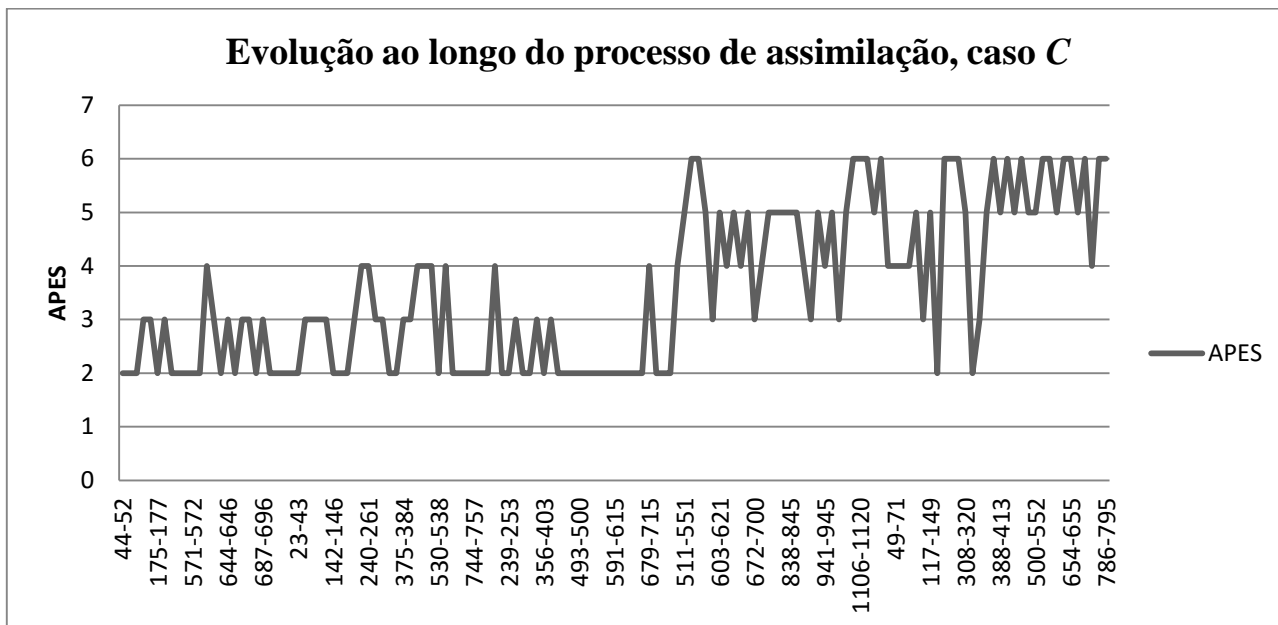


FIGURA 7: ANÁLISE DA EVOLUÇÃO AO LONGO DO PROCESSO DE ASSIMILAÇÃO, CASO C.

Mais uma vez, é possível dizer que se trata de um caso de sucesso, uma vez que a sintomatologia depressiva diminuiu significativamente ao longo do processo terapêutico, apresentando, na sessão 16, a pontuação de 1 no *BDI-II* (*sintomatologia ligeira não clínica*). Paralelamente aos casos anteriores, a sintomatologia depressiva apresentou uma relação negativa com a evolução do grau de assimilação, permitindo assumir que a condição de sucesso terapêutico proposta no Modelo de Assimilação se verifica (Caro-Gabalda, 2011; Stiles et al, 1991; Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999; Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003; Osatuke et al, 2007; Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998). Na figura 8 é apresentada também essa relação.

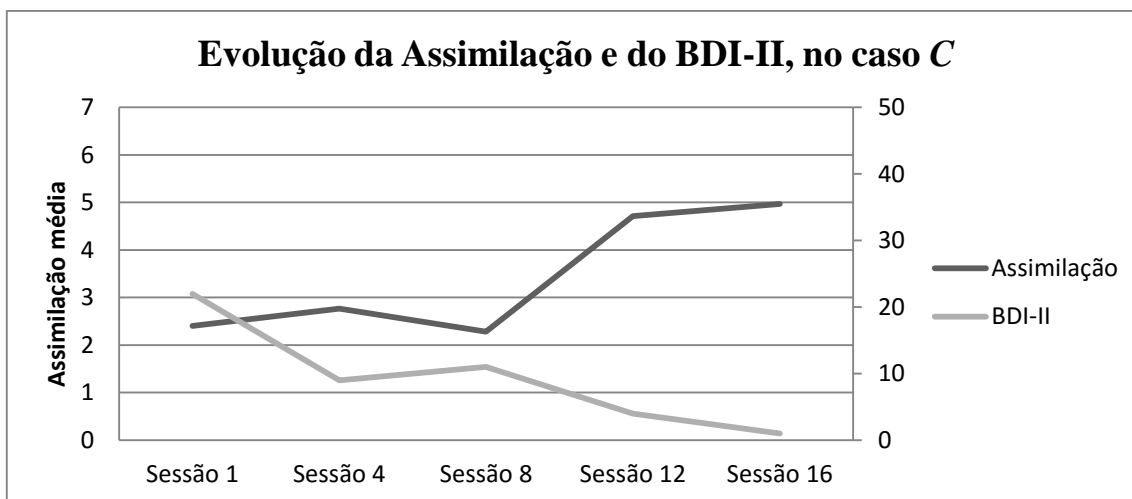


FIGURA 8: ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE A EVOLUÇÃO DA ASSIMILAÇÃO E BDI-II, CASO C.

3.1.4 Evolução da assimilação das experiências problemáticas no caso D

O caso *D* corresponde ao segundo caso acompanhado em Terapia Focada nas Emoções, cujos temas se relacionavam com o *papel de mãe* e o *papel de mulher*.

De forma idêntica aos casos anteriores, *D* inicia o processo terapêutico, localizando-se maioritariamente em níveis mais reduzidos da escala de assimilação, nomeadamente, o estágio 2 (*Reconhecimento Vago*) e 3 (*Clarificação do Problema*), no entanto, ao longo da intervenção mostra-se capaz de integrar ambas as vozes, progredindo para estádios superiores, verificando-se que, na sessão 16, predominam o nível 5 (*Aplicação*) e 6 (*Solução do Problema*), como podemos ver no excerto da sessão 16: “*e aqui (aponta para peito) também, principalmente aqui e: e uma coisa que é muito importante: é é é - é que tudo isto deu uma coisa que eu não estava à espera que é conseguir ligar duas coisas (aponta para peito e cabeça) que é conseguir ligar a razão ao coração e tomar as melhores atitudes, mesmo que elas sejam custosas, não é fácil se calhar castigá-los, não é fácil mas é o necessário, então se é o necessário é necessário, tem que ser, pronto há há aquele equilíbrio que eu precisava dele, eu sabia que tinha que existir... para eu me sentir bem, não é para os outros se sentir bem comigo eu eu, aquela pessoa que estava ali (aponta para papel) dependia muito de, ainda ainda dependia eu já tinha mudado um bocado mas ainda dependia muito, estava muito dependente dos outros e dos outros, e eu estou-me nas tintas para os outros se as pessoas que mais me atingiam, ah... hoje, não sei se calhar oh não sei o que não sei o que é que acontece, sei que essas pessoas além de deixarem de me martirizar... opah eu acho que*

até se tornaram minhas cúmplices sei lá, assim de qualquer maneira”. Consultando a figura 9, podemos ver a evolução da assimilação, ao longo da intervenção.

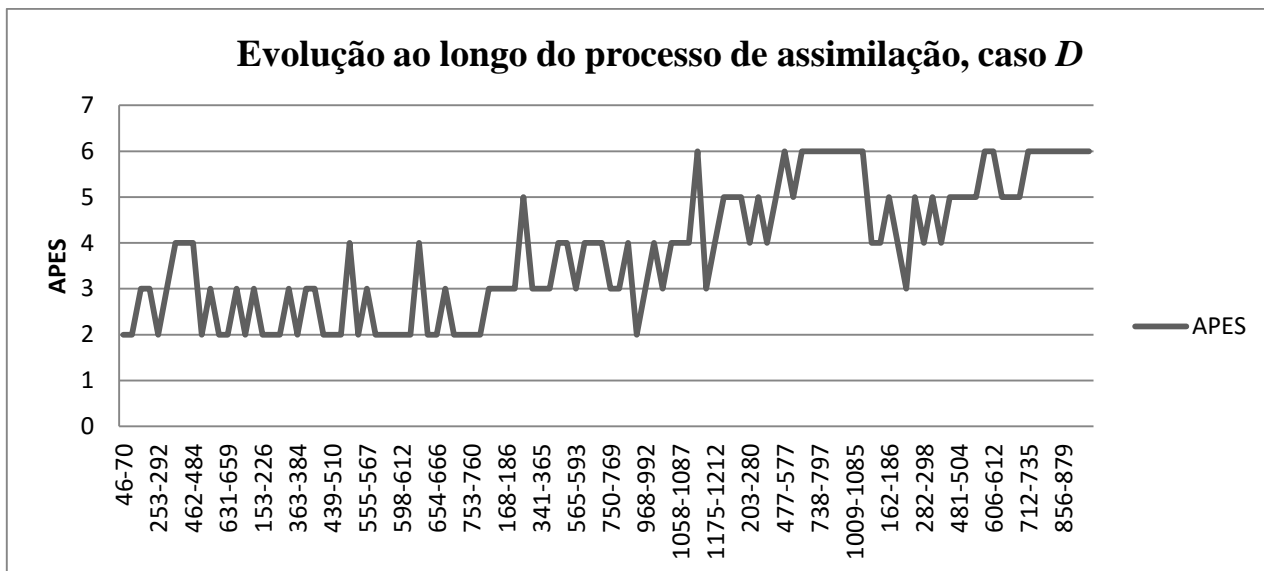


FIGURA 9: ANÁLISE DA EVOLUÇÃO AO LONGO DO PROCESSO DE ASSIMILAÇÃO, CASO D.

No que concerne à evolução da sintomatologia, foi possível constatar, uma vez mais, que, apesar de D apresentar valores mais elevados de sintomatologia depressiva no *BDI-II*, esta atingiu níveis mais reduzidos ao longo do processo terapêutico, à medida que o grau de assimilação evoluía para estádios mais elevados, confirmando que D se trata de um caso de sucesso terapêutico, de acordo com os pressupostos do Modelo de Assimilação (Caro-Gabalda, 2011; Stiles et al, 1991; Honos-Webb, Surko, Stiles e Greenberg, 1999; Honos-Webb, Stiles e Greenberg, 2003; Osatuke et al, 2007; Honos-Webb, Stiles, Greenberg e Goldman, 1998), como é possível verificar na figura 10. Relativamente ao *BDI-II*, D finalizou a terapia com pontuação 6, correspondente a *sintomatologia ligeira não clínica*.

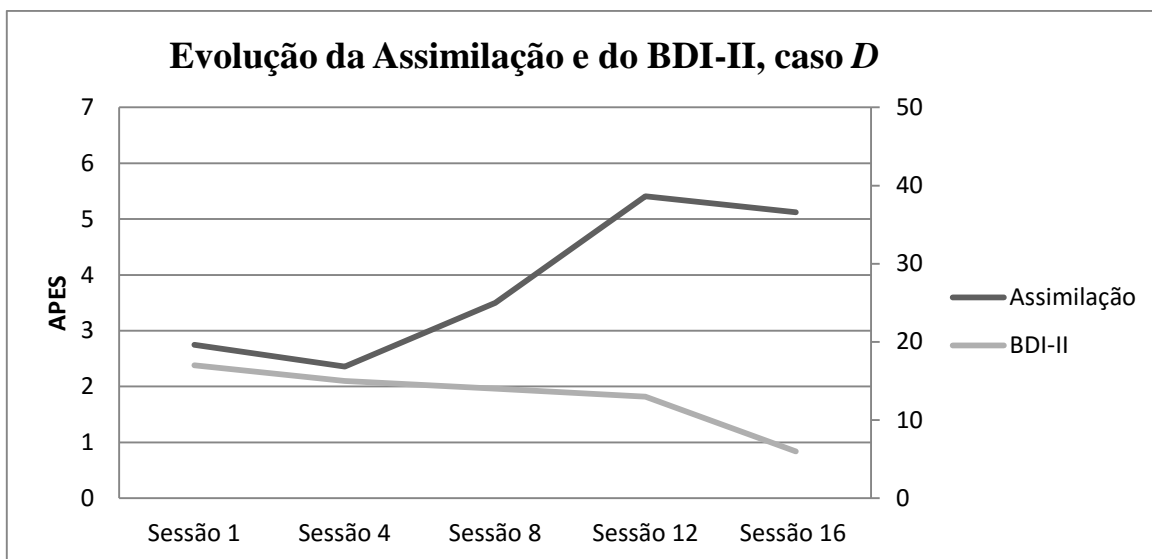


FIGURA 10: ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE A EVOLUÇÃO DA ASSIMILAÇÃO E DO BDI-II, CASO D.

3.1.5 Análise da relação entre a variação da sintomatologia, em casos de sucesso, e as irregularidades no processo de assimilação

De forma a melhor compreender a ocorrência de irregularidades no processo de assimilação, foi também feita uma análise da relação entre estas e a sintomatologia depressiva, tendo em conta que todos os casos apresentados neste estudo são casos de sucesso terapêutico, apresentando diminuição na pontuação do *BDI-II* para valores não relevantes clinicamente.

Na figura 11 podemos observar que, os níveis de flutuação e a pontuação no *BDI-II* assumem um padrão similar, sendo que, sensivelmente a meio da intervenção, A apresenta redução da pontuação no *BDI-II*, assim como uma certa estabilização dos níveis de flutuação, que tendem a diminuir no final da terapia.

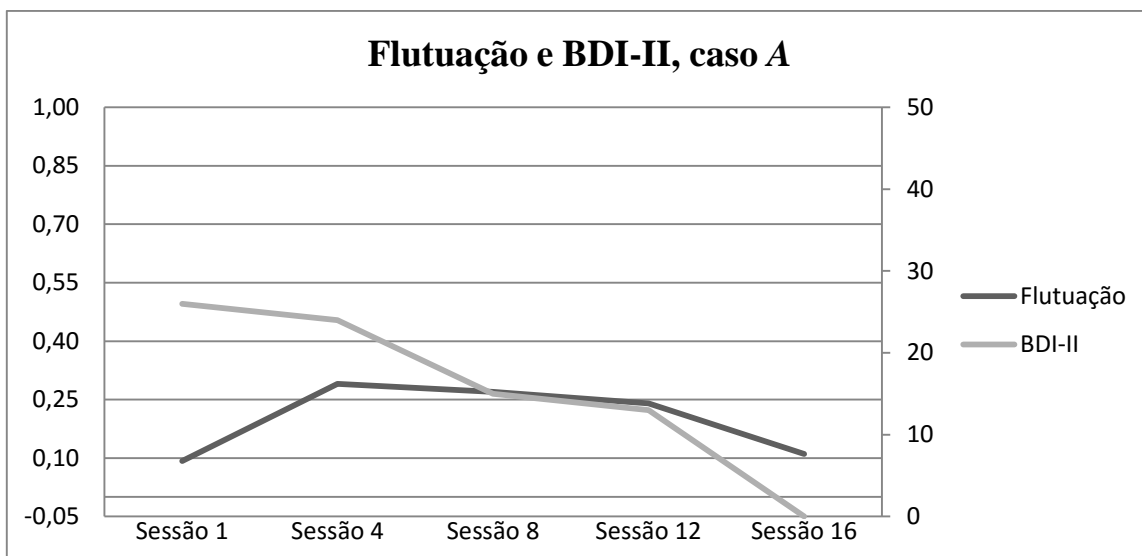


FIGURA 11: ANÁLISE DA VARIAÇÃO DA FLUTUAÇÃO E BDI-II, CASO A.

Relativamente ao caso *B*, a flutuação e o BDI-II apresentam uma relação negativa numa fase inicial da terapia; posteriormente esta relação assume-se como positiva, sendo que à medida que a sintomatologia depressiva vai diminuindo, a flutuação parece atingir valores mais elevados, facto esse que podemos observar na figura 12.

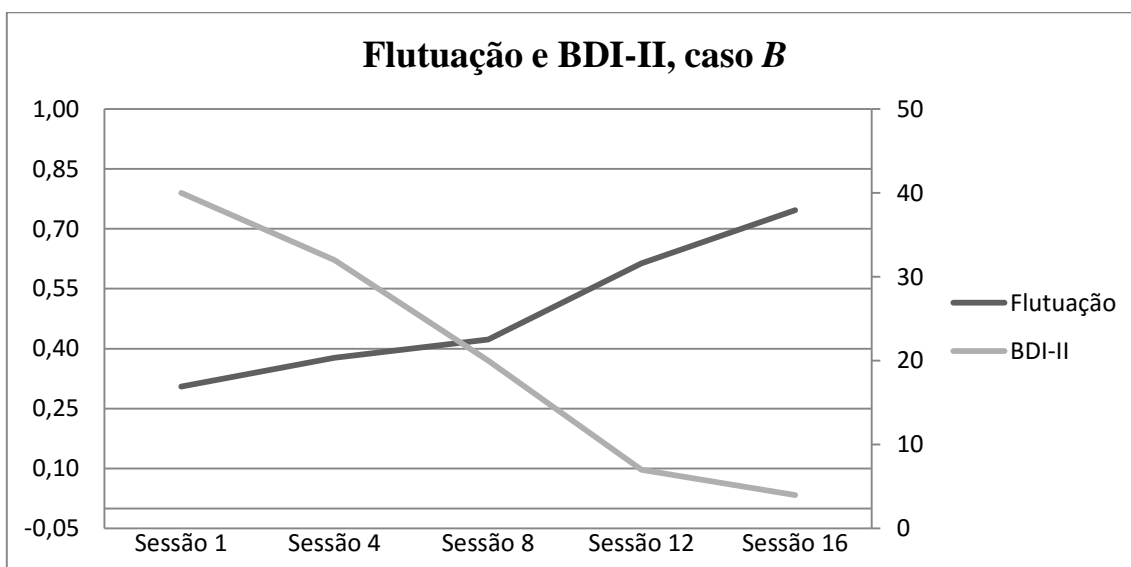


FIGURA 12: ANÁLISE DA VARIAÇÃO DA FLUTUAÇÃO E BDI-II, CASO B.

No que concerne ao caso *C*, a variação da pontuação no BDI-II foi um pouco mais irregular, sendo que numa fase final da intervenção começou a diminuir, altura essa em que os níveis de flutuação aumentaram ligeiramente; é de ressaltar ainda que ao longo do processo

terapêutico, os níveis de assimilação se mantiveram relativamente similares. Na figura 13 é possível observar essa variação.

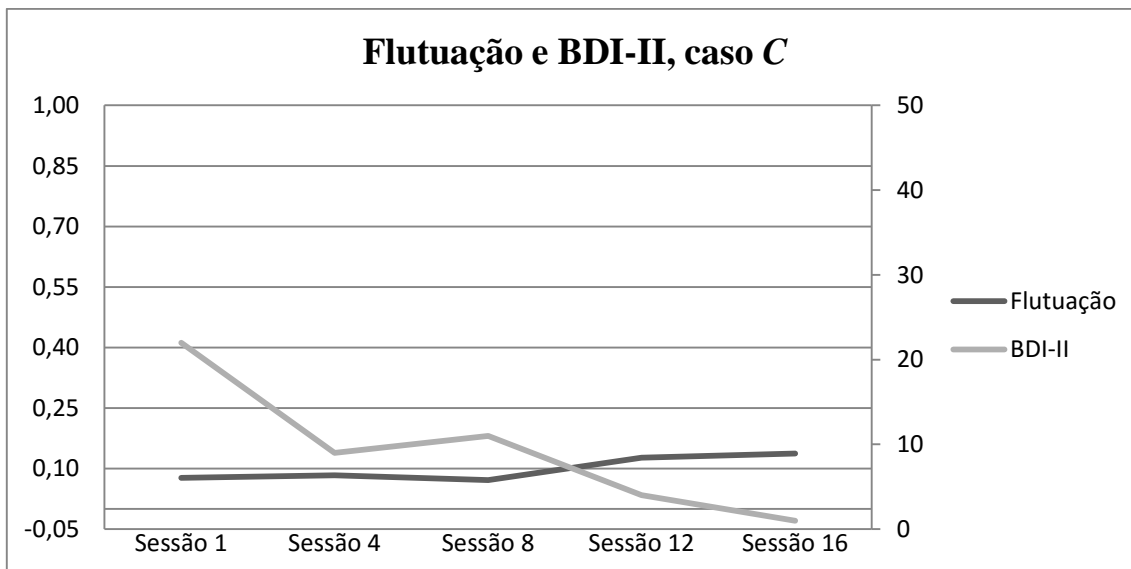


FIGURA 13: ANÁLISE DA VARIAÇÃO DA FLUTUAÇÃO E BDI-II, CASO C.

Por último, quanto ao caso D, observando a figura 14, podemos constatar que ambas as variáveis apresentam poucas variações, sendo que na fase final da terapia, a pontuação no BDI-II diminui, enquanto que os níveis de flutuação parecem estabilizar.

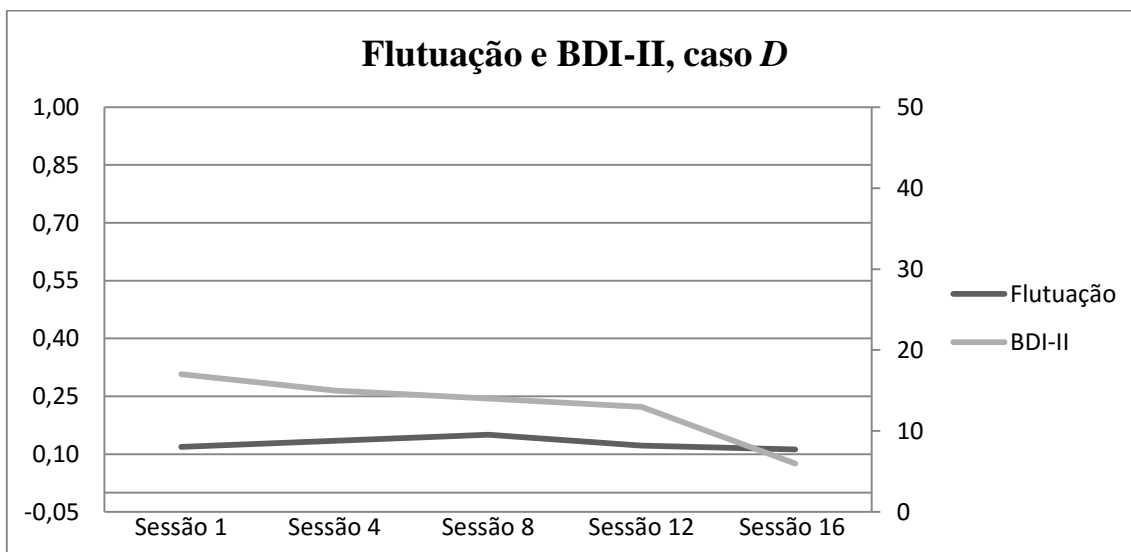


FIGURA 14: ANÁLISE DA VARIAÇÃO DA FLUTUAÇÃO E BDI-II, CASO D.

3.1.5 Análise da relação entre a evolução na assimilação de experiências problemáticas, em casos de sucesso, e as irregularidades nesse mesmo processo

De forma a complementar o presente estudo, foi realizada ainda uma análise suplementar, comparando a evolução da assimilação e da flutuação, com o intuito de compreender se as irregularidades que ocorrem nas transições no decorrer do processo de mudança acompanham de forma paralela a evolução ao longo da assimilação, tendo em conta a terapia em utilização. As figuras 15, 16, 17 e 18 apresentam essa análise, relativamente aos casos A, B, C e D, respetivamente.

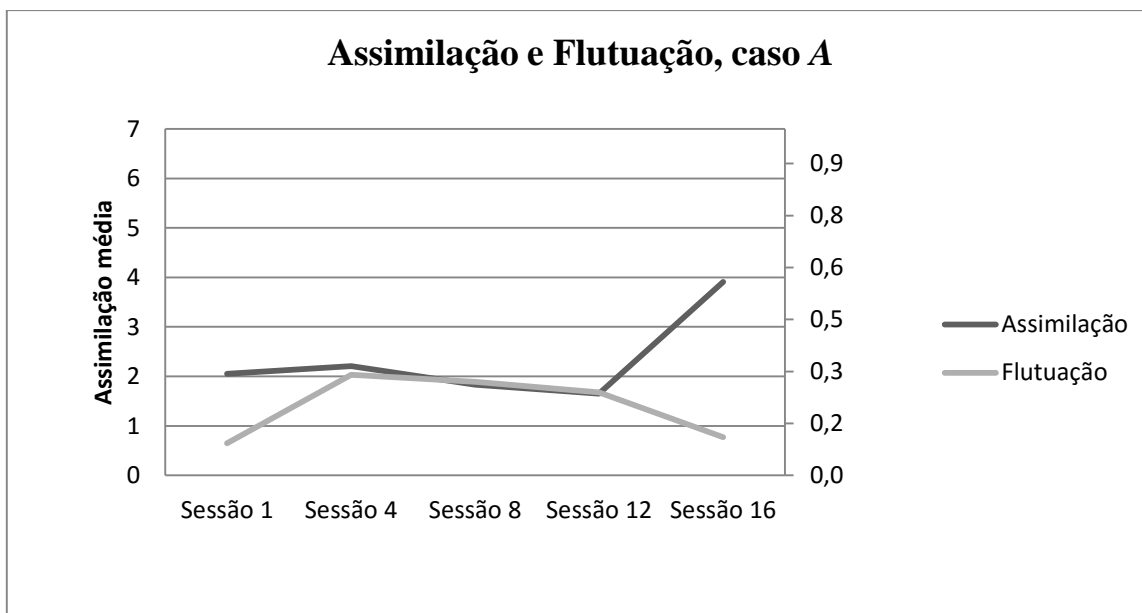


FIGURA 15: ANÁLISE DA VARIAÇÃO DA ASSIMILAÇÃO E FLUTUAÇÃO, CASO A.

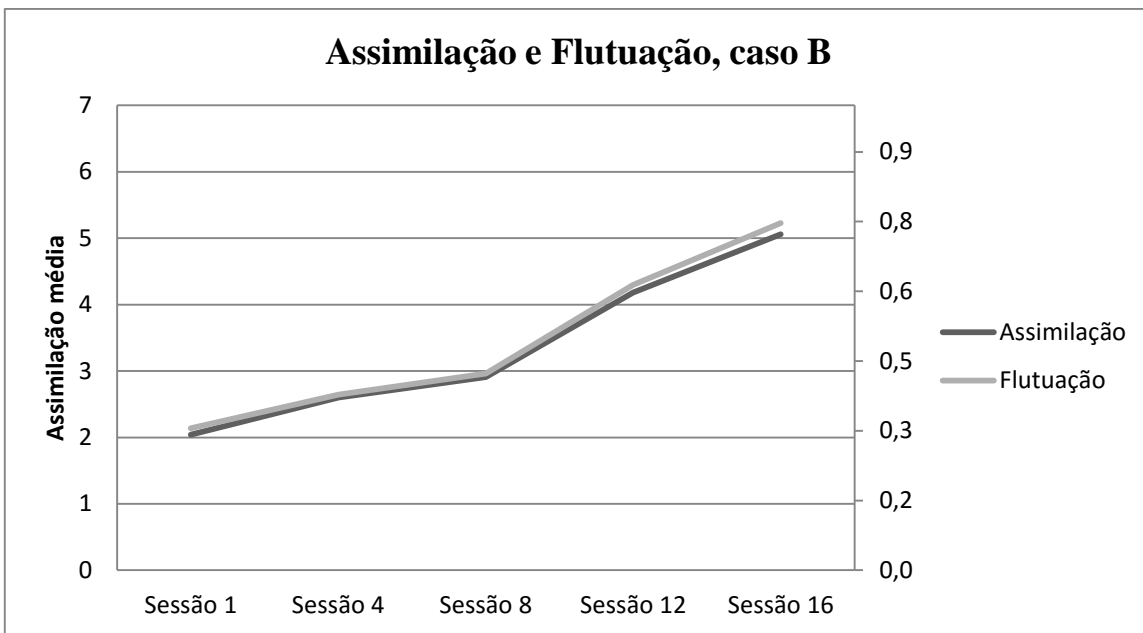


FIGURA 16: ANÁLISE DA VARIAÇÃO DA ASSIMILAÇÃO E FLUTUAÇÃO, CASO B.

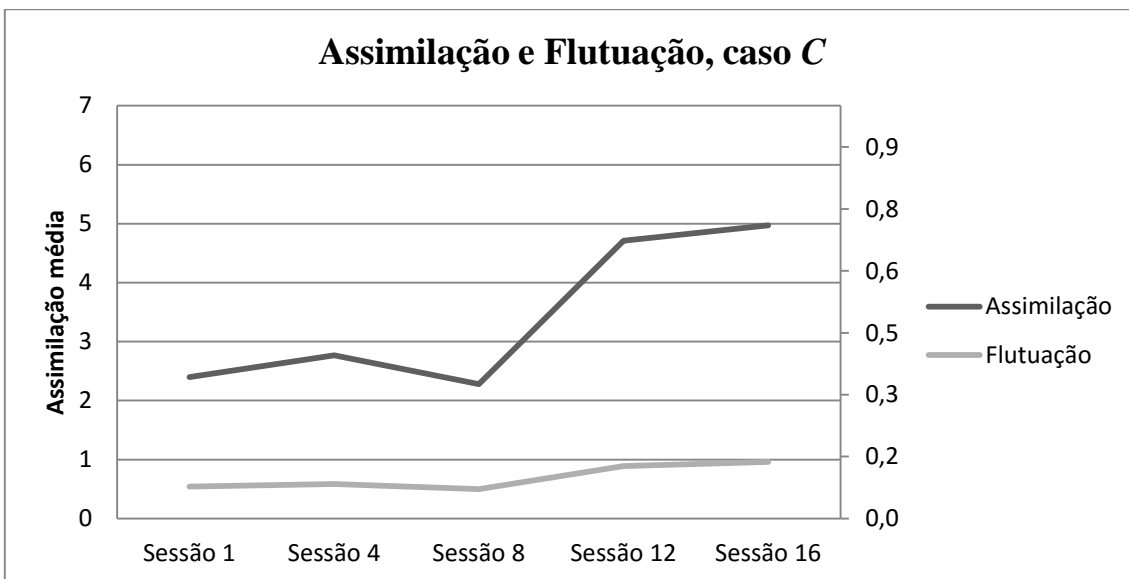


FIGURA 17: ANÁLISE DA VARIAÇÃO DA ASSIMILAÇÃO E FLUTUAÇÃO, CASO C.

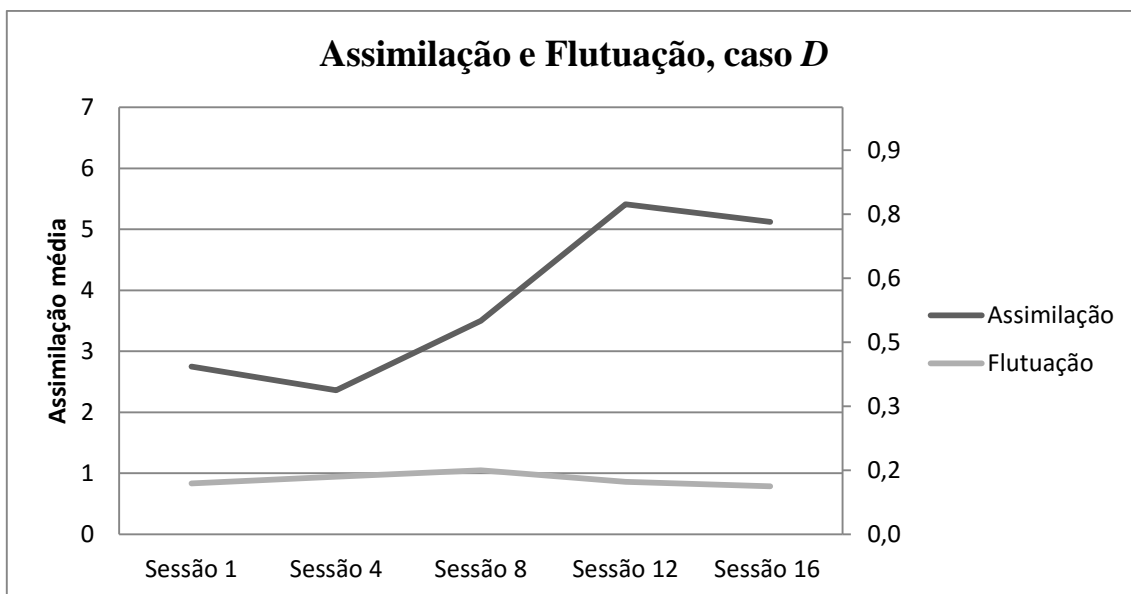


FIGURA 18: ANÁLISE DA VARIAÇÃO DA ASSIMILAÇÃO E FLUTUAÇÃO, CASO D.

Após analisar os gráficos anteriores, é possível constatar que a variação da flutuação parece não ter qualquer relação direta com a evolução da assimilação.

3.1.6 Análise das irregularidades no processo de assimilação de experiências problemáticas entre casos de Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções

De acordo com Caro-Gabalda (2011), a ocorrência de retrocessos é mais comum em terapias de orientação cognitiva e cognitivo-comportamental do que em terapias experienciais, e, portanto, o processo de assimilação de experiências problemáticas parece ocorrer de forma mais linear em intervenções guiadas pelo segundo tipo de correntes teóricas.

Assim sendo, quarto objetivo do presente estudo, prende-se com uma análise comparativa entre intervenções de Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções, no que diz respeito às irregularidades ocorridas no processo de assimilação de experiências problemáticas.

Para o efeito, é necessária fazer uma avaliação de como ocorre este processo, comparando os casos A, B, C e D, tendo em conta a terapia aplicada a cada um deles.

Primeiramente, foi analisada a assimilação média de cada um dos casos, ao longo da intervenção, sendo possível constatar, como podemos observar na figura 15, que apesar de apresentarem valores distintos, o progresso ocorreu de forma semelhante em todos os casos, em sentido ascendente e com algumas irregularidades, não havendo evidências de que a diferença de terapia implica divergências na forma como o cliente avança ao longo da assimilação das experiências problemáticas. Contudo, podemos observar também que o caso A apresenta uma evolução ligeiramente em relação aos restantes, uma vez que sensivelmente entre a sessão 8 e a sessão 12, apresenta um decréscimo nos níveis de assimilação, altura essa em que os todos os outros parecem estar a evoluir positivamente. No entanto, a partir da sessão 12, os valores de assimilação aumentam, atingindo resultados semelhantes aos demais casos em estudo.

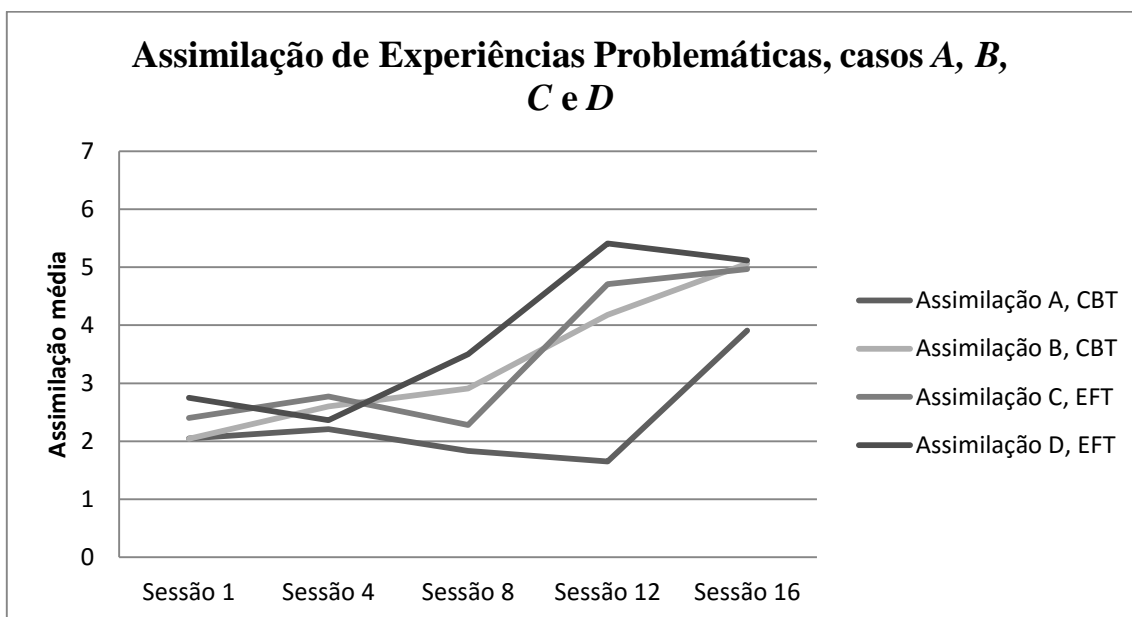


FIGURA 19: ANÁLISE DA EVOLUÇÃO DA ASSIMILAÇÃO NOS CASOS A, B, C E D.

Paralelamente, tendo em conta os pressupostos do Modelo de Assimilação, foi analisada a forma como ocorria a alteração da sintomatologia em todos os casos, pela pontuação no *BDI-II*, de forma a perceber se as diferentes terapias teriam impacto neste aspeto. Na figura 16, podemos observar que não parecem haver diferenças na forma como a sintomatologia varia ao longo do processo de mudança de acordo com o Modelo de Assimilação, no entanto, é de salientar que todos os casos iniciam a terapia em pontos distintos no que se refere à pontuação obtida no *BDI-II*.

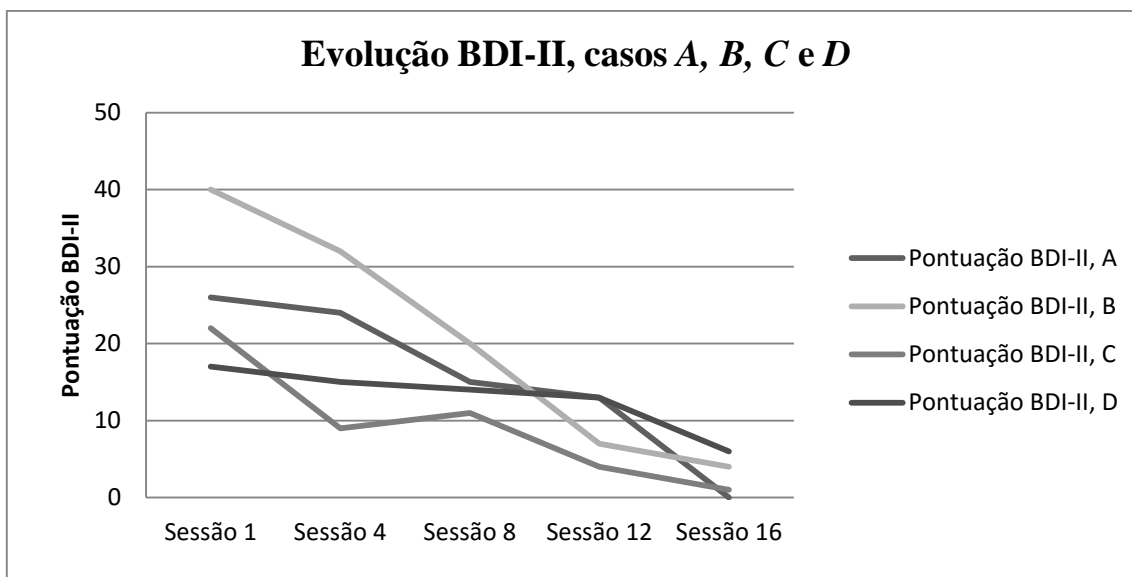


FIGURA 20: ANÁLISE DA VARIAÇÃO NA PONTUAÇÃO OBTIDA NO BDI-II NOS CASOS A, B, C E D.

Uma vez mais tendo na base a revisão empírica que suporta o presente estudo foi ainda realizada a comparação dos níveis de flutuação atingidos em cada um dos casos, tendo em conta a terapia utilizada em cada um dos casos, como podemos observar na figura 21.

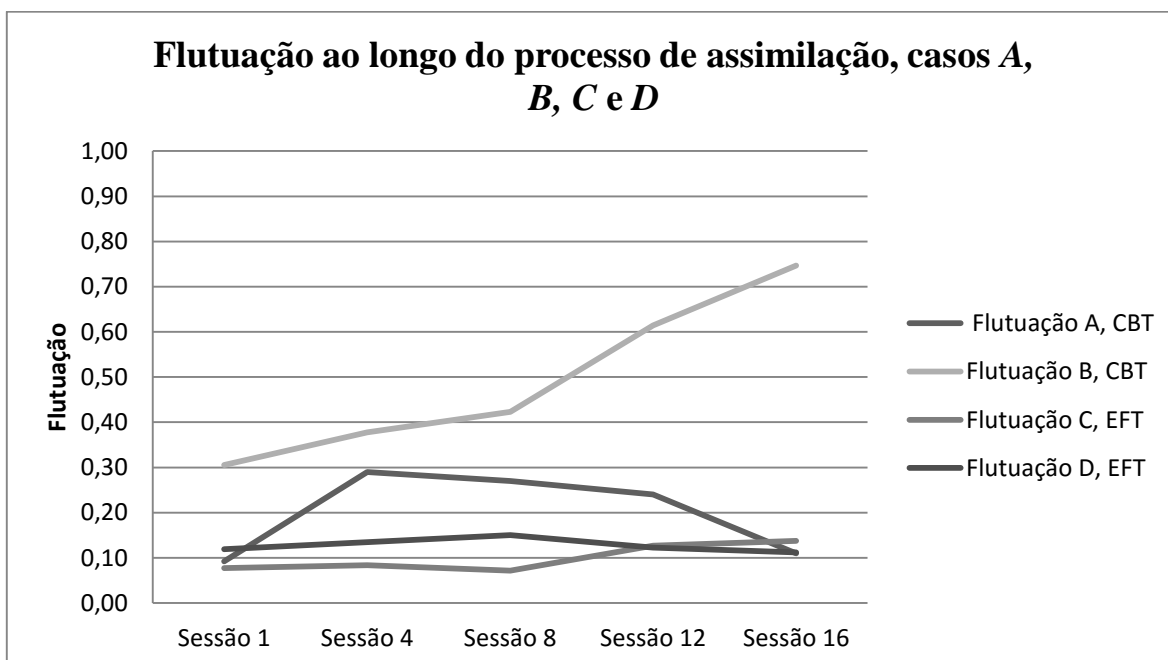


FIGURA 21: ANÁLISE DA FLUTUAÇÃO NOS CASOS A, B, C E D.

Observando o gráfico anterior, podemos observar que os níveis de flutuação variam ao longo do processo de assimilação de experiências problemáticas, não sendo relevante a existência de um padrão de flutuação característico de alguma das terapias. Contudo, podemos constatar que os níveis de flutuação atingem valores mais elevados nos casos de Terapia Cognitivo-Comportamental, nomeadamente os casos *A* e *B*, e valores mais inferiores nos casos referentes a Terapia Focada nas Emoções, os casos *C* e *D*.

3.2 Discussão dos Resultados

Após a apresentação dos resultados obtidos no decorrer da presente investigação, importa refletir sobre estes, de forma a compreender se vão de encontro aos pressupostos do Modelo de Assimilação e de estudos prévios relativos ao mesmo.

Analisando o progresso de mudança sob a perspetiva do Modelo de Assimilação, foi possível observar que os quatro casos em análise progrediram gradualmente ao longo da escala APES, revelando a capacidade de chegar a um entendimento a aceitação entre a comunidade de vozes e a voz problemática, avançando para níveis mais elevados da escala de assimilação. Este resultado vai de encontro aos estudos prévios, na medida em que se verifica que, em casos de sucesso terapêutico, o cliente alcança níveis mais elevados da escala APES, enquanto que em casos de insucesso, isso se revela mais difícil (Caro-Gabalda, 2011; Stiles et al, 1991; Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999; Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003; Osatuke et al, 2007; Honos-Webb, Stiles, Greenberg & Goldman, 1998).

Todas as participantes revelaram redução da sintomatologia depressiva, sendo que esta evolução foi feita de igual forma em ambas as terapias, ocorrendo à medida que *A*, *B*, *C* e *D* progrediam para níveis mais elevados de assimilação, o que permite presumir uma relação negativa entre as duas variáveis, congruente com os estudos de Caro-Gabalda (2011).

Foi possível verificar que, de encontro aos estudos de Caro-Gabalda (2011), os casos *A*, *B*, *C* e *D* foram capazes de efetuar a passagem entre os estádios 3 e 4, altura em que ocorre um diálogo cooperativo entre as vozes e são criadas as *pontes de significado*, permitindo o entendimento entre estas, no sentido de se atingir a resolução do problema.

Apesar de todos os casos em estudo terem progredido, no máximo, até ao nível 6 (*Solução do Problema*) da escala APES ao invés do nível 7 (*Mestria*), estes continuam a

revelar-se casos de sucesso, o que corrobora o pressuposto de que não é esperado que os clientes sejam capazes de atingir todos estádios da escala de assimilação (Stiles et al, 1991).

Relativamente ao avanço na escala de assimilação, segundo Gabalda e Stiles (2009), é frequente um padrão de “*serra dentada*”, que reflete a presença de retrocessos ao longo do processo terapêutico que, apesar de comum nas diversas terapias, parece ser mais frequente em Terapias Cognitivas e Cognitivo-Comportamentais (Caro-Gabalda, 2011), ao passo que o progresso ao longo da escala APES em Terapia Experienciais será mais linear (Caro-Gabalda, Serrano, Faus & Sabater, 2011).

De facto, a análise dos casos em estudo permitiu comprovar que estes apresentam retrocessos no decorrer da terapia, verificando-se o padrão de “*serra dentada*” mencionado anteriormente.

Estes retrocessos poderão ser explicados por acontecimentos relevantes que tenham ocorrido durante o processo psicoterapêutico na vida das participantes, assim como, pelo tipo de estratégias que as terapeutas possam ter utilizado em determinado momento da terapia (Stiles, 2005). Paralelamente, estes podem estar relacionados com a oscilação das participantes na sua *zona de desenvolvimento próximo*, a região correspondente ao estádio da APES em que o cliente se encontra e aquela que é capaz de atingir em colaboração com o terapeuta (Leiman & Stiles, 2001); desta forma, se as terapeutas tiverem realizado alguma intervenção com o intuito de guiar as participantes além da sua *zona de desenvolvimento próximo*, é provável que estas tenham retrocedido para um nível mais baixo e menos doloroso (Caro-Gabalda & Stiles, 2013).

Em ambas as terapias, as participantes foram capazes de progredir ao longo da escala de assimilação, não demonstrando diferenças significativas no processo evolutivo.

No que concerne à flutuação, foi possível observar que a variação nos níveis de flutuação é comum a todos os casos, permitindo concluir que, de facto, o processo de assimilação não é linear e que as irregularidades ao longo deste processo estão, claramente, presentes nos casos de sucesso, dados esses que vão de encontro aos estudos de Caro-Gabalda (2011) e Laurenceau, Feldman, Strauss e Cardaciotto (2007).

A presente análise permitiu ainda concluir que a flutuação não ocorre de forma paralela à assimilação, nem assume um padrão característico em nenhuma das terapias. Contudo, constatou-se que nos casos A e B, acompanhados em Terapia Cognitivo-Comportamental, a flutuação atinge valores mais elevados, o que permite assumir que os retrocessos ocorrem

mais frequentemente neste tipo de terapias, conclusão congruente com os estudos de Carogabalda (2011).

No entanto, foi possível verificar que, à exceção do caso A, em todos os restantes casos, a flutuação aumentava à medida que as participantes apresentavam redução da sintomatologia depressiva pontuada no BDI-II. Estes dados parecem ir de encontro aos estudos de Hayes, Laurenceau, Feldman, Strauss e Cardaciotto (2007), uma vez que a irregularidade no processo de assimilação parece “abrir portas” a uma exploração mais funcional e adaptativa das situações, cognições e emoções, permitindo a reestruturação dos sistemas que condicionam a forma de o sujeito agir sobre o meio e, conseqüentemente, diminuindo a sintomatologia clínica que este apresenta, processo característico dos casos de sucesso terapêutico.

O resultado distinto do caso A, poderá dever-se à especificidade do caso, e/ou, à possibilidade desta avaliação ter sido feita numa altura em que a participante se encontrava ainda num processo de assimilação das experiências, sendo que a flutuação poderia vir a ser mais elevada em sessões futuras.

Conclusão

A presente investigação teve como principais objetivos compreender como ocorria o processo de evolução de assimilação de experiências problemáticas em quatro casos de sucesso terapêutico, assim como perceber se este apresentava diferenças significativas entre casos de Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções.

Os casos *A*, *B*, *C* e *D* foram analisados sob uma perspetiva qualitativa, recorrendo à codificação de acordo com a escala APES. Este processo foi realizado por duas codificadoras independentes, com posterior acordo entre ambas.

O facto de ser uma análise de estudos de caso, permite um conhecimento mais aprofundado das temáticas abordadas, assim como, uma avaliação mais detalhada da mudança ocorrida em cada um.

A par disso, por ser um estudo longitudinal, compreendendo as sessões 1, 4, 8, 12 e 16 e não apenas a primeira e última sessão, é possível obter uma visão mais completa da evolução ao longo do processo de intervenção terapêutica e de como ocorre a assimilação das experiências problemáticas.

Corroborando as conclusões de estudos anteriores, o presente estudo permitiu concluir que a evolução da assimilação é gradual e não linear e apresenta uma relação negativa com a sintomatologia, aumentando à medida que a segunda diminuiu.

Por outro lado, apesar de progredir de igual forma entre a Terapia Cognitivo-Comportamental e Terapia Focada nas Emoções, de facto a segunda revela níveis de flutuação mais elevados, o que valida a ocorrência de mais retrocessos neste tipo de terapias, reforçando que o carácter de não linearidade no processo de assimilação, parece contribuir positivamente para o sucesso terapêutico, uma vez que permite ao sujeito uma adaptação mais funcional às temáticas outrora problemáticas.

Desta forma, este estudo torna-se útil no sentido em que reforça a validade empírica do Modelo de Assimilação de Experiências Problemáticas.

Em contrapartida, a presente investigação contempla também algumas limitações, as quais considero serem importantes a ter em conta em investigações futuras, nomeadamente, a impossibilidade de generalizar os resultados obtidos, uma vez que se tratam de estudos de caso e, portanto, indivíduos em particular e não amostras representativas de grupos populacionais.

Paralelamente, acredito que um estudo que considerasse a totalidade das sessões do processo terapêutico permitiria um maior conhecimento do caso e, conseqüentemente, uma visão mais ampla da evolução da assimilação e a sua relação com a mudança da sintomatologia, sendo que este poderá ser o mote para investigações futuras.

Mais ainda, a pertinência de estudos que analisem a variação nos níveis de flutuação e a sua contribuição para o sucesso na mudança terapêutica parece ser elevada, uma vez que é uma temática que ainda carece de alguma evidência empírica.

Referências Bibliográficas

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Brinegar, M. G., Salvi, L. M. & Stiles, W. B. (2008). The case of Lisa and the assimilation model: interrelatedness of problematic voices. *Psychotherapy Research, 18* (6), 657-666. doi: 10.1080/10503300802183694

Brinegar, M. G., Salvi, L. M., Stiles, W. B. & Greenberg, L. S. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic progress from problem formulation to understanding. *Journal of Counseling Psychology, 53* (2), 165-180. doi: 10.1037/0022-0167.53.2.165

Caro, I. (2007). La asimilación de experiencias problemáticas en la terapia lingüística de evaluación: Cómo asimiló Maria su incapacidad para hacer cosas?. *Boletín de Psicología, 87*, 47-73.

Caro-Gabalda, I. & Stiles, W. (2013). Irregular assimilation progress: Reasons for setbacks in the context of linguistic therapy of evaluation. *Psychotherapy Research, 23* (1), 35-53. doi: 10.1080/10503307.2012.721938

Caro-Gabalda, I. & Stiles, W. B. (2009). Retrocessos no contexto de terapia lingüística. *Análise Psicológica, 2* (XXVII), 199-212.

Caro-Gabalda, I. (2011). El cambio terapêutico através del modelo de asimilación: su aplicación en la terapia lingüística de evaluación. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 16* (3), 169-188.

Caro-Gabalda, I., Serrano, I. R., Faus, A. A. & Sabater, A. Y. (2011). El estudio del proceso del cambio según el modelo de asimilación: Una introducción teórica y metodológica. *Clínica y Salud, 22* (3), 223-235. doi: 10.5093/cl2011v22n3a3

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 (4), 222-226.

Detert, N. B., LLewwlyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M. & Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research*, 16 (4), 393-407. doi: 10.1080/10503300500294728

Duchesne, M. & Almeida, P. E. M. (2002). Terapia cognitivo-comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24 (III), 49-53.

Gabalda, I. C. (2006). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 16 (4), 436-452. doi: 10.1080/10503300600743897

Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). *Case Formulation in Emotion-Focused Therapy: Co-Creating Clinical Maps for Change*. American Psychological Association. doi: 10.1037/14523-002

Greenberg, L. (2014). The therapeutic relationship in emotion-focused therapy. *Psychotherapy*, 51 (3), 350-357. doi: 10.1037/a0037336

Greenberg, L. S. (2004). Emotion-focused therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 3-16. doi: 10.1002/cpp.388

Hayes, A. M., Laurenceau, J. P., Fedman, G., Strauss, J. L. & Cardaciotto, L. (2007). Change is not always linear: The study of nonlinear and discontinuous patterns of change in psychotherapy. *Clinical Psychology Review*, 27 (6), 715-723. doi: 10.1016/j.cpr.2007.01.008

Honnos-Webb, L., Stiles, W. B. & Greenberg, L. S. (2003). A method of rating assimilation in psychotherapy based on markers of change. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (2), 189-198. doi: 10.1037/0022-0167.50.2.189

Honos-Webb, L. & Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35 (1), 23-33.

Honos-Webb, L., Stiles, W. B., Greenberg, L. S. & Goldman, R. (1998). Assimilation analysis of process-experimental psychotherapy: a comparison of two cases. *Psychotherapy Research*, 8 (3), 264-286.

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

Ito, L. M., Roso, M. C., Tiwari, S., Kendall, P. C. & Asbahr, F. R. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (II), 96-101.

Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to denning meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 59 (1), 12-19.

Knapp, P. & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (II), 54-64.

Lambert, M. J., Hansen, N.B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G. M., Huefner, J., & Reisinger, C. (1996). *Administration and scoring manual for the OQ 45.2*. Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services.

Lani, J. A., Glick, M. J., Osatuke, K., Brandenburg, Gray, M. A., Humphreys, C. M., Reynolds, D. & Stiles, W. B. (2002). *Markers of Assimilation Manual*.

Leiman, M. (2011). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: the case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11 (3), 311-330.

Mergenthaler, E. & Stinson, C. (1992). Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapy Research*, 2 (2), 125-142. doi: 10.1080/10503309212331332904

Osatuke, K., Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E. & Barkham, M. (2007). Submissive voices dominate in depression: Assimilation analysis of a helpful session. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (2), 153-164. doi: 10.1002/jclp.20338

Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R. & Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (II), 73-80.

Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M.M., Stiles, W. B., Horvath, A. O. & Sousa, I. (2014). Therapeutic collaboration and resistance: Describing the nature and quality of the therapeutic relationship within ambivalence events using the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research*, 24 (3), 346-35. doi: 10.1080/10503307.2013.856042

Salgado, J., Meira, L., Santos, A., Cunha, C., Bento, T., Almeida, C., Nogueira, D., Tavares, S., Petracchi, P. & Barbosa, E. (2010). *Adaptação do manual de terapia cognitivo-comportamental para a depressão*. Unidade de Investigação em Desenvolvimento Humano e Psicologia. Manual Não Publicado.

Schiepek, G. & Strunk, G. (2010). The identification of critical fluctuations and phase transitions in short term and coarse-grained time series—a method for the real-time monitoring of human change processes. *Biological Cybernetics*, 102 (3), 197-207. doi: 10.1007/s00422-009-0362-1

Shrout, P. E. & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86 (2), 420-428.

Stiles, W. B. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research*, 21 (4), 367-384

Stiles, W. B. (2005). Extending the assimilation of problematic experiences scale: Commentary on the special issue. *Counselling Psychology Quarterly*, 18 (2), 85-93.

Stiles, W. B., Elliott, R., Firth-Cozens, J. A., Llewelyn, S. P., Margison, F. R., Shapiro, D. A. & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 27 (3), 411-420.

Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Lani, J. A. (1999). Some functions of narrative in assimilation of problematic experiences. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (10), 1213-1226.

Stiles, W. B., Meshot, C. M., Anderson, T. M. & Sloan Jr., W. W. (1992). Assimilation of problematic experiences: the case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2 (2), 81-101.

Stiles, W. B., Morrison, L. A., Harper, H., Shapiro, D. A., Haw, S. K. & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28 (2), 195-206.

Stiles, W. B. & Osatuke, K. (2000). Assimilation analysis. Manuscrito não publicado.

Stiles, W. B., Osatuke, K., Glick, M. J., & Mackay, H. C. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. In H. H. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). New York: Brunner-Routledge.

Stiles, W., Shankland, M., Wright, J. & Field, S. (1997). Dimensions of clients' initial presentation of problems in psychotherapy: The early assimilation research scale. *Psychotherapy Research*, 7 (2), 155-171. doi: 10.1080/10503309712331331943

Thalmayer, A. G. (2015). Alternative models of the outcome questionnaire-45. *European Journal of Psychological Assessment*, 31 (2), 120-130. doi: 10.1027/1015-5759/a000216

Vaz, A. R., Conceição, E. & Machado, P. P. P. (2013). Guided selfhelp CBT treatment for bulimic disorders: Effectiveness and clinically significant change. *Psychotherapy Research*, 23 (3), 324-332. doiI: 10.1080/10503307.2013.796424