



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Ana Catarina Ferreira Antunes

**Os Momentos De Inovação e as  
Protonarrativas na Construção da  
Mudança Narrativa**



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Ana Catarina Ferreira Antunes

**Os Momentos De Inovação e as  
Protonarrativas na Construção da  
Mudança Narrativa**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia  
Área de Especialização em Psicologia Clínica

Trabalho realizado sob a orientação do  
**Professor Doutor Miguel Gonçalves**

outubro de 2012

## DECLARAÇÃO

**Nome:** Ana Catarina Ferreira Antunes

**Endereço Eletrónico:** a52965@alunos.uminho.pt

**Título da Tese de Mestrado:** Os Momentos De Inovação e as Protonarrativas na Construção da Mudança Narrativa

**Orientador(es):** Professor Doutor Miguel Gonçalves

**Ano de conclusão:** 2012

**Designação do Mestrado:** Mestrado Integrado em Psicologia, na Área de Especialização em Psicologia Clínica

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA TESE/TRABALHO, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE.

Universidade do Minho, 19 de outubro de 2012.

Assinatura: \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Miguel Gonçalves, pela oportunidade de integrar o seu grupo de trabalho, pela inspiração, pelo desafio, e pela orientação indispensável à concretização deste projeto.

À equipa de investigação, em especial à Anita Santos, pelo altruísmo e pelos conselhos e ensinamentos; ao António Ribeiro, pelo espírito crítico; ao João Batista pela disponibilidade incomensurável; ao Rodrigo Lopes pelas elucidações; ao Pablo Fernández-Navarro pelos esclarecimentos de urgência; à Andreia, à Joana e à Sara a pela partilha desta experiência; e a todos os outros elementos que contribuíram direta ou indiretamente para o processo de escrita deste capítulo da minha vida.

À minha mãe, pelo amor, pelo apoio, pela paciência e força incondicionais. Aos meus irmãos, pela compreensão pela minha ausência e pelo meu humor inconstante, e por persistirem em potenciar a criança que há em mim. À minha avó, pelo exemplo de luta e dedicação.

À Mariana, pela amizade de uma vida, pela palavra certa na hora certa. À Lillian, por *tudo!* e ainda pela cumplicidade, pela generosidade, por todas as noites e dias, e lágrimas e risos a meu lado. À Vanessa, pela empatia, pela sinceridade, e pela consistência da sua amizade. À Kelly, pela sua genuinidade e por todos os momentos que partilhámos e cada lição que deles retirámos. À Sara, por empreender esta e outras lutas comigo, por sofrer as minhas dores e por vibrar com as minhas conquistas. À Lu(ciana), minha personagem, narradora e ilustradora preferida, pelas estórias de encantar e fantasias escritas a duas mãos.

Ao João, por ter sido o meu melhor refúgio nos tempos de ‘guerra’. Pela companhia, pela compreensão, pela segurança, pela solidariedade para com os serões de escrita, as manhãs de reuniões e os dias de clausura. Pelo orgulho. Por me fazer rir, por me emocionar. Pelos pormenores.

À Cris(tina), à Bea(triz), à (Grande) Catarina, à An(inh)a, à Bá(rbara) e à (Elisa)be(te), por todos os momentos, sem exceção, que partilhámos, pela amizade, pelo carinho e pela ajuda. À Joana e ao João (Pintas), pelo espírito de grupo e pelos momentos de demência coletiva. Aos Tiagos (Silva e Gonçalves), por me vencerem pelo cansaço e fazerem render às suas teorias e sarcasmo. À Eliana, à Cristiana, à Natália, à Filipa e ao Alexandre, pela companhia de estágio a ouvir os meus desabafos.

Ao Tiago (Gomes) e ao Carlos (Malecas), pela amizade adolescente que a distância não apagou. À Te(resa), ao Luís (Migalhas), ao Rui Filipe, ao Miguel (Rei), ao José, à Audrey, ao Fábio e a todos quantos me cederam tempo de antena nas conversas de café para expiar a minha ansiedade e os meus receios, e ajudaram a atenuar o peso desta responsabilidade.

Aos *The XX*, pela banda sonora desta estória.

A todos os que de alguma forma se cruzaram comigo ao longo deste ano e acrescentaram um ponto a este conto.

## RESUMO

### *Os Momentos De Inovação e as Protonarrativas na Construção da Mudança Narrativa*

A mudança narrativa em psicoterapia é entendida como baseada na construção de significados alternativos aos que moldam a autonarrativa problemática dos clientes. Neste processo de desconstrução da narrativa dominante (problemática) estão implicados *momentos de inovação* (MIs), que são processos narrativos emergentes do discurso dos clientes (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009), e que se agrupam em conteúdos temáticos (*protonarrativas*) diferentes dos que organizam a autonarrativa disfuncional (Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg, Sousa, & Gonçalves, 2011; Ribeiro & Gonçalves, 2011).

Assim, surge a presente dissertação com o objetivo de explorar o processo que leva à progressão dos MIs e das protonarrativas no sentido da formação e da consolidação de autonarrativas alternativas, mais flexíveis do que a autonarrativa que organizava a vida dos clientes. O estudo focou-se no contraste de um caso de sucesso e de um caso de insucesso terapêutico, de clientes com diagnóstico de Perturbação Depressiva Maior (segundo o DSM-IV-TR), e cuja terapia foi orientada segundo uma abordagem Cognitivo-comportamental. Para a análise do processo de desenvolvimento e da interação dinâmica dos MIs e das protonarrativas, recorreu-se ao *state space grids*.

Os resultados revelaram uma presença geral de MIs relativamente superior no caso de sucesso, consistente com investigações precedentes (e.g., Gonçalves, Mendes, Cruz, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010; Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg, Sousa, & Gonçalves, 2011), e em ambos os casos os MIs de reflexão surgiram como o tipo mais predominante. No caso de sucesso, hipotetiza-se que este tipo de MI promoveu a evolução de uma protonarrativa de cariz comportamental para uma mais complexa, de natureza cognitiva, ao longo do processo terapêutico. A emergência destas protonarrativas ocorreu associada ao aumento da flexibilidade narrativa, tal como num estudo anterior de Ribeiro, Bento e colaboradores (2011). Pelo contrário, a reduzida saliência de MIs no caso de insucesso, pese embora o aumento de diversidade no decurso das sessões, parece ter dificultado uma evolução clara entre as protonarrativas. Esta dispersão entre processos e conteúdos narrativos, que inicialmente traduziu alguma perda de rigidez narrativa, resultou no final da terapia em valores muito reduzidos de flexibilidade, que constringiram a construção de uma narrativa alternativa coerente e consistente.

Esta investigação sublinhou diferenças ao nível da constituição da mudança narrativa em casos com resultados terapêuticos contrastantes, e introduziu novidades ao nível do contributo das especificidades dos casos para a consolidação dessas diferenças e para a adequação da intervenção terapêutica associada.

**Palavras-chave:** protonarrativas; momentos de inovação; mudança narrativa; psicoterapia; terapia cognitivo-comportamental.

## ABSTRACT

### *The Innovative Moments and the Protonarratives on the Construction of Narrative Change*

The narrative change in psychotherapy is understood as based on the construction of meanings that are alternative from those which shape the clients' problematic self-narratives. In this process of deconstructing the dominant narrative (problematic) are implicated *innovative moments* (IMs), that are narrative processes emerging from the clients speech (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009), and which are organized in thematic content (*protonarratives*) different from those that outline the dysfunctional self-narrative (Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg, Sousa, & Gonçalves, 2011; Ribeiro & Gonçalves, 2011).

Thus, this thesis arises in order to explore the process that leads to the progression of IMs and protonarratives towards the construction and consolidation of alternative self-narratives, more flexible than the ones that organized the clients' lives. The study focused on the contrast of a good-outcome case and a poor-outcome case, of clients diagnosed with Major Depressive Disorder (by DSM-IV-TR), and whose therapy was oriented according to a Cognitive Behavioral approach. For the analysis of the development process and the dynamic interaction of IMs and protonarratives, we used state space grids.

The results showed an IMs general presence relatively higher in the good-outcome case, consistent with previous investigations (e.g., Gonçalves, Mendes, Cruz, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010; Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg, Sousa, & Gonçalves,), and in both cases the reflection IM emerged as the most predominant type. In the good-outcome case, we hypothesize that this type of IM promoted the development of a behavioral-based protonarrative to a more complex and cognitive one, along the therapeutic process. The emergence of these protonarratives was associated with an increased narrative flexibility, such as in a previous study of Ribeiro, Bento and colleagues (2011). On the other hand, the reduced salience of IMs in the poor-outcome case, despite the increase in diversity during the sessions, seems to have hindered a clear evolution between protonarratives. This dispersion among narrative processes and content, which initially lead to some loss of narrative rigidity, at the end of therapy resulted in very low levels of flexibility, which constrained the construction of a coherent and consistent alternative self-narrative.

This research highlighted differences in the constitution of narrative change in cases with contrasting therapeutic outcomes, and introduced novelties based on the contribution of cases' singularities to the consolidation of these differences and to the adequacy of the associated therapeutic intervention.

**Keywords:** protonarratives; innovative moments; narrative change; psychotherapy, cognitive-behavioral therapy.

## Índice

A. ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	1
1. A Narrativa em Psicoterapia .....	1
2. Autonarrativas Problemáticas .....	2
3. Momentos de Inovação .....	3
4. Protonarrativas .....	6
5. Mudança em Psicoterapia: Sucesso e Insucesso Terapêutico .....	6
6. <i>State Space Grids</i> .....	8
B. ESTUDO EMPÍRICO .....	9
1. <i>Design</i> de Investigação .....	9
2. Metodologia .....	10
2.1. Questões de Investigação .....	10
2.2. Clientes .....	11
2.3. Terapia e Terapeuta .....	13
2.4. Investigadores .....	14
2.5. Instrumentos .....	14
2.6. Procedimento .....	16
3. Resultados .....	19
4. Discussão .....	30
5. Limitações e Implicações do Estudo .....	33
C.Referências .....	35

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Momentos de Inovação e formação de uma nova narrativa (adaptado de Gonçalves et al., 2009b)	5
<b>Figura 2.</b> Saliência dos tipos de MIs no caso de sucesso e no caso de insucesso	19
<b>Figura 3.</b> Saliência dos tipos de MIs ao longo das sessões no caso de sucesso terapêutico (Q.)	20
<b>Figura 4.</b> Saliência dos tipos de MIs ao longo das sessões no caso de insucesso terapêutico (R.)	20
<b>Figura 5.</b> Saliência das protonarrativas ao longo do processo terapêutico no caso de sucesso	23
<b>Figura 6.</b> Saliência das protonarrativas ao longo do processo terapêutico do caso de insucesso	24
<b>Figura 7.</b> SSGs para o caso de sucesso	26
<b>Figura 8.</b> SSGs para o caso de insucesso	27
<b>Figura 9.</b> Flexibilidade geral ao longo das sessões dos dois caso	30

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Protonarrativas no Caso Q.	22
<b>Tabela 2.</b> Protonarrativas no Caso R.	22
<b>Tabela 3.</b> Sumário dos atratores do caso de sucesso	28
<b>Tabela 4.</b> Sumário dos atratores do caso de insucesso	28



## A. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. A Narrativa em Psicoterapia

Em Psicologia tem havido um esforço para compreender a vida humana de uma perspectiva narrativa (e.g., Bruner, 1994), segundo a qual a identidade da pessoa resulta dos seus esforços para atribuir um significado aos episódios que experiencia ao longo da vida (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009b).

Simultaneamente, as teorias construtivista e construcionista ganharam grande relevância durante as últimas décadas, beneficiando do trabalho de autores como Bruner (1994), Harré e Gilbert (1994) e Shotter (1993), que se dedicaram ao estudo da linguagem em Psicologia como um fenómeno psicológico de interesse de primeira ordem. De acordo com estes autores, os seres humanos são ativos na construção do seu conhecimento: recorrem a “jogos de linguagem” para a construção do significado (Gonçalves, Korman, & Angus, 2000, cit. in Gonçalves & Machado, 1999).

O significado das experiências é organizado em narrativas, que introduzem alguma ordem na natureza caótica dessas experiências, e permitem tornar acessível a construção e a organização que o ser humano faz das mesmas (Gonçalves & Machado, 1999). Como a narrativa tem uma função organizadora dos significados, a psicoterapia surge como criação narrativa (Gonçalves, 2000), com o objetivo de expandir os processos de construção narrativa do cliente, promovendo uma coconstrução de múltiplas narrativas processualmente mais complexas e mais coerentes (Gonçalves, 2000), e de constituir um contexto para a compreensão da natureza discursiva, narrativa e relacional da experiência humana (Botella, 2001). Entende-se, assim, que a construção da narrativa em psicoterapia é um processo idiossincrático e simultaneamente colaborativo. Cada cliente narra a sua própria estória, mas fá-lo dirigido a uma audiência, o terapeuta (Salgado & Gonçalves, 2007), que promove um processo de negociação de significados (Feixas & Villegas, 1993), como se “o ‘eu’ emergisse por referência a outrem” (Salgado & Hermans, 2005, p.10). Desta forma, pressupõe-se um saber mútuo e complementar (Feixas & Villegas, 1993).

As narrativas contêm representações do *self*, do mundo e dos outros significativos com quem os indivíduos interagem, e de que forma se estabelecem essas relações (Dimaggio, Salvatore, Azzara, Catania, Semerari & Hermansl., 2003). Hermans (1996 cit in Dimaggio et al., 2003) defende que o *self* se organiza de forma narrativa, e que é concetualizado relacional, espacial, temporal e socioculturalmente, isto é, o “eu” não é autónomo, nem uniformizado, nem reificado, mas está dialeticamente relacionado com o contexto social (Hermans, 2001). O *self* assume então uma multiplicidade de posições perante o mundo e os outros, flutuando entre posições diversas e até mesmo opostas (Teoria do *Self* Dialógico; Hermans, 2001). O *self* é assim visto como estruturado segundo diversas posições ou vozes, por dar lugar a várias posições dialógicas (Hermans, 2001), que se refletem em discursos diversos. Este conceito de “voz” é explicado pelo modelo de assimilação, que

propõe que as experiências deixam vestígios, metaforicamente designados por “vozes”, que podem ser reativados; essas vozes respondem quando são abordadas e manifestam-se no discurso e ações da pessoa (Gray & Stiles, 2011). A mesma teoria considera também que pode haver compatibilidade ou incompatibilidade entre as vozes, mas que há um *continuum* na relação entre elas, que pode ir desde a dor e evitamento a um acesso mútuo confortável. Acrescenta também que a terapia pode mobilizar relações entre vozes dentro desse *continuum*, ou seja, que as vozes problemáticas podem ser integradas numa comunidade seguindo uma progressão desenvolvimental, desde que a voz é silenciada ou ativamente evitada até que é integrada na comunidade como um recurso (Gray & Stiles, 2011). Neste sentido, a assimilação ocorre pela construção de pontes de significado que dão acesso às experiências (Stiles, 2011, cit. in Gray & Stiles, 2011).

Assegurar a diversidade de vozes, permite ao indivíduo manter uma coerência e continuidade pessoais, que se revelam adaptativas. A autonarrativa não é, neste sentido, linear, estruturando-se e reestruturando-se continuamente conforme processos dialógicos de negociação, tensão, aliança, entre outros (Hermans and Hermans-Jansen 1995 cit. in Ribeiro & Gonçalves, 2011). Nesta dinâmica, pode ocorrer uma rutura dialógica, silenciando-se uma diversidade de vozes e impondo-se uma só voz, resultando numa construção de episódios de vida baseada na voz predominante (Gonçalves et. al, 2009b). Esta monovocalidade pode ser considerada disfuncional pela inflexibilidade dos processos dialógicos e pela rigidez de significação das experiências vividas que daí resulta. Entende-se que os clientes recorrem a ajuda psicoterapêutica, porque bloquearam, a dada altura na sua vida, na procura de possibilidades e de significados alternativos (White & Epston, 1990), e neste sentido os problemas psicológicos podem ser compreendidos como um bloqueio nos processos discursivos, narrativos e relacionais de construção de significado sobre a experiência, e também como um défice na procura de soluções para tal bloqueio (Sousa, 2006). Isto verifica-se, por exemplo, quando uma pessoa se encontra deprimida, o que a leva a obstruir construções alternativas da realidade, fazendo com que todos os episódios da sua vida reforcem o conhecimento acerca de si, dos outros e do mundo segundo uma perspetiva depressiogénica; esta redundância e perda de complexidade e diversidade na construção da realidade pode, no limite, comprometer também a flexibilidade da identidade da pessoa, que face às suas experiências rigidifica o seu autoconceito, e passa a pensar e a comportar-se como uma pessoa deprimida (Gonçalves et. al, 2009b).

## **2. Autonarrativas Problemáticas**

As autonarrativas podem ser consideradas como normas de ação e de visão do mundo que exercem uma função crucial de organização do *self* do indivíduo (Neimeyer, Herrero, & Botella, 2006), prevenindo o caos psicológico e conferindo um sentido ao *self* (Dimaggio et al., 2003; Neimeyer, 1995), ou servindo de ponte de significação, dando acesso à diversidade de experiências e estados do *self* (Osatuke, Glick, Gray, Reynolds, Humphreys, Salvi, et al., 2004).

Quando uma voz, ou conjunto de vozes, predominam sobre outras, podem fazer emergir uma narrativa dominante. Se esta for de tal modo central e rígida, que leva a pessoa a desvalorizar e a recusar interpretações alternativas dos episódios, e a sistematicamente excluir experiências significativas porque não são congruentes com ela, então a autonarrativa pode tornar-se problemática (Matos, Santos, Gonçalves, & Martins., 2009; Gonçalves, Ribeiro, Stiles, Conde, Matos, Martins. & Santos, 2011). A narrativa saturada do problema ofusca ações, sentimentos, pensamentos e relações alternativas do cliente, que geralmente substituem, ignoram ou esquecem as exceções a essa narrativa (Matos et al., 2009). À semelhança do que já foi referido, este fenómeno verifica-se, por exemplo, em clientes deprimidos que organizam geralmente as suas autonarrativas em torno dos temas de perda, de incapacidade e de desesperança (Gonçalves & Machado, 1999), e que, independentemente dos diferentes episódios da sua experiência, a interpretação (depressiogenica) é sucessivamente repetida (Beck, 1979). Este funcionamento previne que outros temas sejam passíveis de serem construídos, e restringe a diversidade cognitiva e afetiva, limitando assim as possibilidades de ação do cliente (Gonçalves & Machado, 1999).

Ainda assim, entende-se que nem todas as formas de domínio são problemáticas. Pelo contrário, o domínio é um padrão comum no quotidiano, responsável pelas pessoas assumirem uma posição, ou certa perspetiva; o que se assume como problemático é que a pessoa atribua sistematica e repetidamente o mesmo significado a uma variedade de experiências, independentemente das circunstâncias, o que a torna vulnerável (Ribeiro & Gonçalves, 2011).

Relativamente a este domínio, Bakhtin (1981, cit. in Ribeiro & Gonçalves, 2010) argumenta que a tentativa de suprimir as outras vozes (externalizadas e internalizadas) nunca é totalmente alcançada (Gonçalves & Guilfoyle, 2006; Salgado & Gonçalves 2007), o que impossibilita o alcance de uma construção da realidade totalmente monológica. Na mesma linha de pensamento, Stiles (e.g., 1999) sugere que as vozes não assimiladas não são inertes ou desprovidas de agência, uma vez que as circunstâncias (incluindo o diálogo terapêutico) podem fazê-las surgir e passar para primeiro plano (Ribeiro & Gonçalves, 2011). Quando isto ocorre, o domínio da autonarrativa prévia é interrompido e podem surgir oportunidades para que as vozes não assimiladas contem as suas próprias histórias (Ribeiro & Gonçalves, 2011). Este processo é equivalente ao que em terapia narrativa se considera como exceção à narrativa dominante, ou “momentos de inovação” (Gonçalves et al. 2009b), e que White e Epston (1990) designaram por “resultados únicos”.

### **3. Momentos de Inovação**

As mudanças significativas na autonarrativa problemática do cliente, como aquelas que ocorrem em casos de sucesso terapêutico, começam com a emergência de novidades, ou “momentos de inovação” (MIs; Gonçalves et al., 2009b).

Segundo a perspectiva do modelo de reautoria da terapia narrativa (White & Epston, 1990), o cliente e o terapeuta colaboram reciprocamente num processo de complexificação narrativa (Santos, 2008) e este processo é favorecido pelo enriquecimento das significações narrativas de cada um, e torna-se possível pela identificação e elaboração de momentos de inovação (Santos, 2008; Matos et al., 2009).

Os momentos de inovação podem, então, ser concebidos como exceções à regra que é a autonarrativa problemática, e configuram-se como momentos em que o cliente experiencia e narra algo que desafia ou rejeita as normas que têm moldado a sua vida (Mendes et al., 2011; Ribeiro, Bento, et al., 2011). Neste sentido, são a representação da mudança do cliente (Gonçalves, Mendes, Cruz, et al., 2010).

Vários estudos prévios revelaram que os MIs podem ser validamente identificados através do Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves, Matos, & Santos, 2009a; Gonçalves, Ribeiro, Matos, Mendes, & Santos, 2011), e que ocorrem em diferentes tipos de terapia breve, como a terapia narrativa (Matos et al., 2009; Santos, Gonçalves, Matos, & Salvatore, 2009; Santos, Gonçalves, & Matos, 2011), terapia centrada nas emoções (Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010; Mendes et al., 2011), terapia centrada no cliente (Gonçalves, Mendes, Cruz, et al., 2010), terapia construtivista (Ribeiro, Gonçalves, & Ribeiro, 2009), e terapia cognitivo-comportamental (Ribeiro, Bento, et al., 2011) representando assim elementos narrativos comuns a várias e diferentes abordagens (Ribeiro et al., 2011).

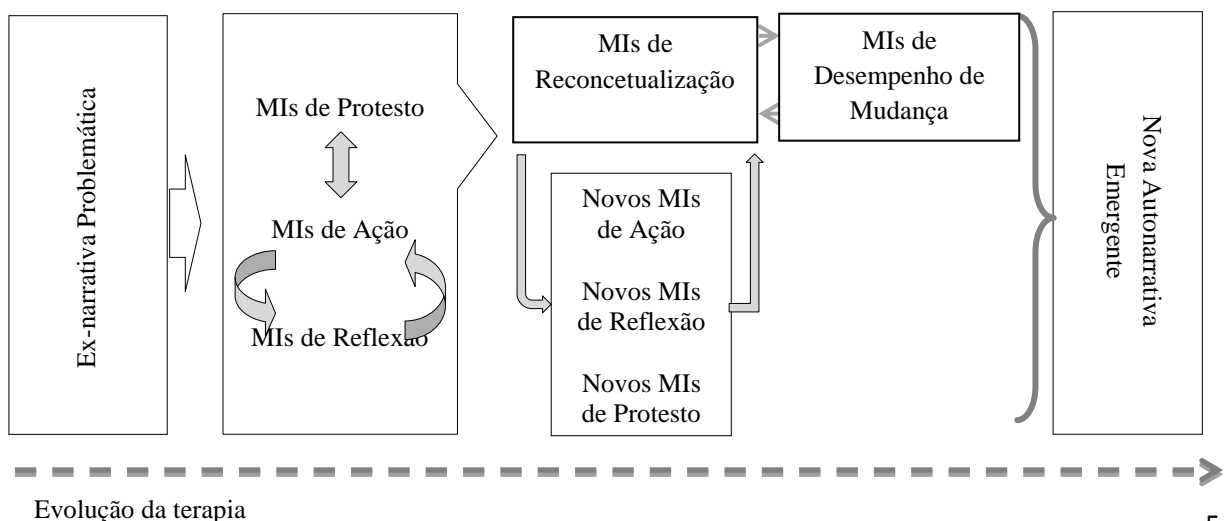
O SCMI distingue cinco diferentes categorias de MIs – Ação, Reflexão, Protesto, Reconceitualização e Desempenho da Mudança - que podem incluir a voz do cliente e do terapeuta, uma vez que a mudança é entendida como coconstruída entre terapeuta e cliente (Angus, Levitt, & Hardtke, 1999, cit. in Ribeiro et al., 2011). Com base na descrição dos MIs proposta por Gonçalves e colaboradores (2011), apresenta-se, de seguida, uma breve descrição desses momentos:

- MIs de Ação (MIA): referem-se a comportamentos específicos que o cliente desenvolve intencionalmente e que são diferentes do esperado, desafiando a autonarrativa problemática;
- MIs de Reflexão (MIR): são produtos cognitivos, tais como pensamentos, emoções, ou intenções, de conteúdo diferente do da autonarrativa problemática, que a desafiam ou contradizem;
- MIs de Protesto (MIP): são ações (tal como os MIs de ação) e/ou pensamentos (tal como os MIs de reflexão) que rejeitam a autonarrativa problemática e as suas assunções. Esta recusa ativa permite distinguir o protesto da ação e da reflexão, e expressa a insatisfação do cliente face aos constrangimentos causados pela autonarrativa problemática;
- MIs de Reconceitualização (MIRC): representam um processo metarreflexivo complexo que indica o cliente não só compreende o contraste entre o presente e o passado, mas também o processo de transformação subjacente a essa diferença;

- MI de Desempenho da Mudança (MIPC): configuram-se como novas ambições, projetos, atividades, ou experiências, antecipados ou a decorrer, como consequência do processo de mudança. Estes momentos podem funcionar como a projeção e expansão de novas autonarrativas no futuro.

Partindo da análise de estudos de caso e de uma investigação intensiva realizada com amostras de psicoterapia (e.g., Santos, Gonçalves, Matos, & Salvatore, 2009; Santos et al., 2011), foi desenvolvido um modelo heurístico da mudança narrativa para terapias breves bem sucedidas (Gonçalves et al., 2009b; Gonçalves, Santos, et al. 2010; Matos et al., 2009). De acordo com o modelo (ver Figura 1), a partir do momento em que o cliente começa a pensar e a agir de forma diferente da narrativa problemática, inicia-se a mudança, assinalada desta forma pela emergência de MIs de ação e de reflexão. Para assegurar ao cliente e a outros que algo efetivamente diferente da autonarrativa problemática está a acontecer, podem ser necessários varios ciclos de ação e de reflexão. Ocasionalmente, os MIs de protesto podem também emergir desde o início, como forma de o cliente protestar contra o problema, e com isto assumir uma posição proativa e assertiva, ou aparecer somente depois de alguns ciclos de MIs de ação e de reflexão. A reconcetualização emerge, normalmente, a meio do processo terapêutico, posicionando o cliente como o autor do processo de mudança, articulando a sua condição passada com a presente, e integrando a diversidade de MIs que emergiram até ao momento atual; isto facilita a criação de uma nova narrativa do *self* capaz de competir com a autonarrativa problemática. Neste sentido, a reconcetualização funciona como uma centro gravitacional narrativo, que atrai e dá propósito e significado aos outros MIs (de ação, de reflexão e de protesto). Após alguma elaboração da reconcetualização, ocorrem novos ciclos de exploração da novidade, sob a forma de MIs de ação, de reflexão e de protesto, que consolidam e são consolidados por MIs de reconcetualização, sucessivamente, até uma nova narrativa do *self* emergir claramente. Por fim, os MIs de desempenho da mudança assumem-se como projeções no futuro desta novidade narrativa.

**Figura 1.** Momentos de Inovação e formação de uma nova narrativa (adaptado de Gonçalves et al., 2009b)



#### **4. Protonarrativas**

Os MIs que decorrem ao longo do processo terapêutico como alternativas à autonarrativa problemática tendem a organizar-se segundo os conteúdos narrativos que os caracterizam, ou temas, designados por “protonarrativas” (Ribeiro, Bento, Gonçalves, & Salgado, 2010; Ribeiro, Bento, Salgado, et al., 2011).

As protonarrativas constituem-se como conteúdos inovadores recorrentes no processo terapêutico, que diferem dos presentes na autonarrativa dominante, mas que têm uma natureza provisória, ainda que com potencial para se desenvolverem em autonarrativas alternativas (Ribeiro & Gonçalves, 2011).

A elaboração das protonarrativas no contexto do diálogo terapêutico é facilitada pela emergência dos MIs que as sustentam, permitindo detalhar e clarificar os seus possíveis significados e implicações (Ribeiro et al., 2011). Neste sentido, abre-se a possibilidade de ocorrência de novos MIs e a exploração de novas experiências cognitivas, emocionais e comportamentais (Ribeiro et al., 2011).

Ribeiro e colaboradores (2010, 2011) sugerem que, se a terapia for bem sucedida, a autonarrativa alternativa constituir-se-á em função da experiência continuada de uma sucessão de protonarrativas, progressivamente revistas e refinadas. Compreende-se, assim, que algumas das protonarrativas identificadas num cliente se tornam mais fortes, enquanto outras desaparecem (Ribeiro et al., 2011). O progresso para uma nova autonarrativa pode ser assinalado pela mudança de associação de MIs de uma dada protonarrativa recorrente para outra (Ribeiro et al., 2011).

#### **5. Mudança em Psicoterapia: Sucesso e Insucesso Terapêutico**

O processo de mudança em Psicoterapia não é unanimemente encarado, uma vez que diferentes estudos recorrem a diferentes modos de avaliação desta mudança.

Alguns estudos relativamente recentes avaliaram a mudança em psicoterapia com base na mudança narrativa, e constataram que esta está relacionada com os resultados terapêuticos (e.g., Detert, Llewelyn, Hardy, et al., 2006; Moreira, Beutler, & Gonçalves, 2008; Matos et al., 2009).

Numa investigação levada a cabo por Moreira e colaboradores (2008), com o objetivo de avaliar as diferenças na mudança em clientes que receberam terapias de diferentes orientações (narrativa, prescritiva e cognitiva), concluiu-se que a produção total de narrativa no fim do processo terapêutico foi estatisticamente superior nos casos de sucesso relativamente aos casos de insucesso terapêutico. A produção total da narrativa traduz, segundo os autores, o grau de mudança narrativa, porque permite uma compreensão mais integrada das funções psicológicas .

Por seu turno, Detert e colaboradores (2006) estudaram o processo de mudança através da avaliação da assimilação, e concluíram que todos os elementos do grupo de sucesso terapêutico alcançaram, numa escala de 0 a 7, um nível de assimilação 4 (compreensão/*insight*), enquanto nenhum

dos elementos do grupo de insucesso terapêutico o conseguiu. Para estes autores, os resultados traduzem uma ligação entre a assimilação das experiências problemáticas e a melhoria sintomática.

Na perspectiva de Santos e colaboradores (2009), a narrativa é avaliada através dos MIs. Estes elementos podem constituir interessantes medidas de processo para monitorizar os progressos do cliente, uma vez que a elaboração terapêutica dos MIs pode refletir em parte as questões que o terapeuta coloca e os detalhes que levam à elaboração narrativa de determinado MI (Matos et al., 2009).

White e Epston (1990) sugeriram que a rigidez dos processos de atribuição de significado pode causar estabilidade e domínio de certos significados sobre outros alternativos e desta forma impossibilitar a sua emergência e expansão. Também Hermans e Hermans-Janssen (1995, cit. in Maia, 1998) relacionaram os problemas ao nível da organização do *self* com a ausência de flexibilidade ao longo do processo de construção de significado, que em situações patológicas compromete a sua diversidade. Pelo contrário, hipotetiza-se, que, a construção da autonarrativa alternativa assenta na flexibilidade dos processos de significação e, portanto, o aumento da diversidade de tipos de MIs e de protonarrativas ao longo das sessões pode ser um bom indicador da mudança (Ribeiro et al., 2011).

Alguns estudos que analisaram a evolução dos MIs em amostras clínicas em terapia narrativa (Matos et al., 2009), terapia centrada nas emoções (Mendes et al., 2010), terapia centrada no cliente (Gonçalves, Mendes, Cruz, et al., 2010) e também estudos de caso em terapia construtivista centrada em dilemas implicativos (Ribeiro, Gonçalves, & Ribeiro,., 2009) e terapia construtiva de luto complicado (Alves, Mendes, Neimeyer, & Gonçalves, 2011) mostraram que os MIs revelam uma presença significativamente mais elevada em casos de sucesso terapêutico, relativamente aos de insucesso, e salientaram o papel dos MIs de Reconcetualização e de Desempenho da Mudança na construção da mudança psicoterapêutica (Mendes, 2010). As diferenças reveladas entre os casos de sucesso e de insucesso terapêutico devem-se maioritariamente às diferenças entre estes dois tipos de MIs, em contraste com os MIs de Ação, de Reflexão e de Protesto, que têm uma saliência similar nos casos de insucesso e de sucesso (Mendes, 2010). Os MIs de Reconcetualização, em casos de sucesso, tendem a aumentar do meio até ao final da terapia, e no fim assumem-se frequentemente como o tipo de MIs mais dominante, ao invés do que ocorre nos casos de insucesso, em que estão geralmente ausentes ou têm uma expressão muito reduzida (Mendes et al., 2011). Também os MIs de Desempenho da Mudança emergem raramente em casos de insucesso e, a acontecer, surgem, como nos casos de sucesso, no final da terapia (Mendes et al., 2011). Os MIs de Reflexão e de Protesto assumem-se como os tipos mais comuns ao longo do processo terapêutico nos casos de insucesso, e nos casos de sucesso são os mais comuns na fase inicial e a meio da terapia (Mendes et al., 2011). É de salientar que estes precedem a elaboração da Reconcetualização em casos de sucesso terapêutico. Ainda nos casos de sucesso, MIs de vários tipos podem levar ao desenvolvimento de outros significados, diferentes dos significados da narrativa problemática, num processo frequentemente preconizado pela emergência da Reconcetualização. Nestes casos, MIs de Reflexão e de Protesto

precedem a elaboração da Reconcetualização, que requer do cliente uma posição metareflexiva, de forma a articular as novidades que estão a emergir (Mendes, 2010). Esta articulação permite ao cliente estar consciente da sua posição prévia de quando era dominado pelo problema, de como está no presente a dar lugar para que um novo *self* surja, e do processo que favoreceu essa transição (White & Epston, 1990; Mendes, 2010). Isto confere ao cliente uma posição de autoria face ao processo de mudança e de construção da nova autonarrativa (Santos et al., 2011). Em suma, os casos de sucesso e de insucesso tendem a ser semelhantes no início do tratamento, embora nos casos de sucesso MIs de Ação, de Reflexão e de Protesto progridam para a Reconcetualização e para o Desempenho da Mudança a meio e em fases posteriores do tratamento (Matos et al., 2009; Gonçalves, Mendes, Ribeiro, et al., 2010; Mendes et al., 2011; Santos, Gonçalves, & Matos, 2011). Para além das perspetivas de sucesso e de insucesso terapêutico acima exploradas, há estudos que avaliam outros aspetos que podem explicar as diferenças entre resultados terapêuticos contrastantes. Num estudo levado a cabo por Santos e colaboradores (2009), assinalaram-se diferenças qualitativas importantes relativamente às especificidades do modelo terapêutico que orienta a terapia: os resultados encontrados na Terapia Centrada nas Emoções (TCE), apesar de replicarem globalmente os resultados encontrados na Terapia Narrativa (TN), sugerem que os terapeutas e clientes da TCE privilegiam a significação da produção de inovação ao invés da promoção de ações inovadoras fora do contexto terapêutico, o que é congruente com as assunções da TCE (Mendes et al., 2011). Por outro lado, as semelhanças encontradas entre a TN e a TCE não são totalmente surpreendentes, na medida em que os terapeutas, não obstante o seu quadro teórico, procuram por novidades na reconstrução das experiências problemáticas dos seus clientes, embora para os terapeutas de TCE o processamento emocional seja muito mais importante que a identificação e expansão das exceções à autonarrativa problemática (Mendes et al., 2011). Neste sentido, entende-se que o tipo e/ou saliência de MIs poderão diferir não só entre casos de sucesso e de insucesso terapêutico (ao longo da terapia), como também conforme a abordagem terapêutica subjacente à terapia (por exemplo, na TCE a saliência de MIs de Ação e de Desempenho da Mudança tem-se revelado mais reduzida comparativamente com a TN).

## **6. *State Space Grids***

O *State Space Grids* (SSGs; Lewis, Lamey, & Douglas, 1999; Lewis, Zimmerman, Hollenstein, & Lamey, 2004) vem colmatar uma lacuna ao nível de métodos adequados ou acessíveis que permitissem descrever e analisar processos comportamentais tal como ocorrem dentro de um contexto desenvolvimental (Hollenstein, 2007).

O SSGs incorpora o tempo como uma dimensão de análise, na qual tanto o tempo real como o tempo desenvolvimental podem ser relacionados (Lewis et al., 1999, 2004). Este método baseia-se em sistemas dinâmicos, cujas abordagens providenciam descrições ricas de um conjunto de fatores desenvolvimentais hierarquicamente organizados que variam entre um nível micro até um nível



macro. Contudo, esses sistemas não revelam os processos temporais que ocorrem entre esses níveis de organização (Hollenstein, 2007).

Marc Lewis e colaboradores (1999), inspirados por abordagens dinâmicas do desenvolvimento, criaram então o State Space Grid (SSG), um método gráfico que utiliza dados ordinais e quantifica esses dados de acordo com duas dimensões que definem o espaço estado do sistema. Cada célula da grelha representa a interseção simultânea de cada variável (do eixo dos  $xx$  e do eixo dos  $yy$ ). Sempre que há uma mudança nessas variáveis, um novo círculo é preenchido na célula, representando a junção das variáveis, e uma linha é desenhada, conectando o novo círculo com o círculo anterior. Assim, a grelha representa uma sequência de eventos. O tamanho do círculo corresponde à duração/saliência de cada evento, e a localização do círculo dentro da célula é aleatória. Este método está disponível através do programa GridWare 1.1.

Qualquer série temporal com dois ou mais canais sincronizados de dados categoriais pode ser usada como entrada. Assim, qualquer investigador interessado na dinâmica entre duas variáveis sincronizadas pode facilmente recorrer a esta técnica, que apesar de ser baseada em sistemas dinâmicos, não exige necessariamente que se adote essa abordagem para que se torne válida. Cada SSG e as medidas que dele derivam podem ser representados numa trajetória simples, num grupo selecionado de trajetórias, e/ou numa amostra inteira.

Nos termos do SSG, podem definir-se como atratores padrões de comportamento recorrentes e estáveis, e medir o grau em que o sistema estabiliza nesses estados. A força destes atratores pode ser definida pela duração ou frequência/proporção do comportamento na célula ou num grupo de células (região). Para além destas análises específicas, o SSG permite analisar a estrutura ou padrões de comportamento ao longo de todo o espaço estado.

Na perspectiva de Hollenstein (2007), pode recorrer-se ao SSGs para explorar ou analisar dados se estes seguirem as seguintes condições: i) uma (preferencialmente duas) ou mais sequências de eventos ordinais ou categoriais que são mutuamente exclusivos e exaustivos, e ii) cada dimensão do espaço-estado é definida por uma variável estado que tem dois ou mais níveis.

## **B. ESTUDO EMPÍRICO**

### **1. *Design de Investigação***

O presente estudo é classificado como um estudo de casos múltiplos de construção de teoria (Baxter & Jack, 2008; Stiles, 2007, 2009), na medida em que ambiciona explorar semelhanças e diferenças entre os dois casos selecionados, avaliar de que forma vão de encontro aos conteúdos teóricos que os orientaram, e, para além disso, refinar e introduzir novidades à teoria existente na área. No que concerne à tipologia, assume-se como coletivo, na medida em que se pretende estudar um fenómeno comum aos dois casos, onde tanto a semelhança como a diferença, a redundância e a

variedade podem ter voz; a exploração dos casos pressupõe que a sua compreensão poderá levar a uma melhor compreensão sobre um coletivo de casos mais lato (Stake, 1995).

## 2. Metodologia

Este estudo tem subjacente uma seleção da amostra definida *a priori*, tendo por critério de seleção o resultado terapêutico (sucesso ou insucesso) obtido após um tratamento de psicoterapia orientada pela Teoria Cognitivo-Comportamental. A recolha dos dados foi possível pela gravação audiovisual e transcrição integral de todas as sessões de terapia, a que se seguiram análises qualitativas conjugadas com análises quantitativas, de acordo com uma abordagem de estudo misto. A análise qualitativa incluiu a codificação dos dados qualitativos (MIs e protonarrativas) através do *Sistema de Codificação de Momentos de Inovação* (SCMI; Gonçalves et al., 2009<sup>a</sup>; Gonçalves, Ribeiro, Matos et al., 2011) e do *Sistema de Codificação de Protonarrativas* (SCP; Ribeiro, Gonçalves, & Bento, 2010), respetivamente. Em seguida, efetuaram-se análises quantitativas para cálculo da *saliência* dos momentos de inovação (tipos e subtipos) e das protonarrativas, que corresponde à percentagem de palavras dedicada a cada tipo e a cada subtipo específico de MI e a cada protonarrativa, em cada sessão. Ainda dentro da análise quantitativa, utilizou-se o programa *GridWare – State Space Grids*, com o qual foi possível obter os *atratores* (que retratam 80% da associação dos tipos de MIs e de protonarrativas enquanto sistema dinâmico em cada sessão), bem como a *flexibilidade*, medida da dispersão dos diferentes tipos de MIs e de protonarrativas.

### 2.1. Questões de Investigação

Com referência à exploração do processo e do conteúdo da mudança narrativa em clientes com diferentes resultados terapêuticos, a presente dissertação teve por base as seguintes questões de investigação:

- 1) A *saliência* dos MIs evolui de forma diferente entre o caso de sucesso e o de insucesso terapêutico ao longo das sessões?
  - a. Como ocorre essa evolução em termos gerais de MIs;
  - b. Como ocorre essa evolução em termos de tipos de MIs;
- 2) Como decorre a emergência das protonarrativas, tanto ao nível do conteúdo como da *saliência*, durante o processo terapêutico no caso de sucesso e no caso de insucesso?
- 3) Como é que os tipos de MIs estão associados com as protonarrativas ao longo das sessões em cada um dos casos?

4) Como evolui a flexibilidade da autonarrativa alternativa, em termos de MIs e de protonarrativas, no caso de sucesso e no caso de insucesso durante o processo terapêutico?

## **2.2. Clientes**

### ***2.2.1. Critérios de Inclusão e de Exclusão***

Os participantes deste estudo foram selecionados de uma base de dados construída no âmbito de investigações anteriores. Esta base de dados inclui casos clínicos de clientes que, tendo sido atendidos no Serviço de Psicologia da Universidade do Minho, aceitaram ceder os seus dados para investigações académicas coordenadas pelo Professor Doutor Miguel Gonçalves. Os casos recolhidos correspondem a clientes com idade igual ou superior a 18 anos na altura do atendimento, com diagnóstico de Perturbação Depressiva Maior, de acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (quarta edição; DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000). Os critérios de exclusão incluíam a presença de, pelo menos, uma das seguintes características: (a) qualquer diagnóstico do Eixo II, (b) qualquer outra perturbação do Eixo I que pudesse ser foco de atenção clínica, (c) ideação suicida severa, (d) sintomas psicóticos ou (e) perturbação bipolar. Clientes com sintomas ansiosos ou perturbação de ansiedade secundária não foram excluídos, se a ansiedade não foi considerada uma queixa primária. A avaliação dos clientes teve ainda como instrumentos de suporte a *Entrevista Clínica Estruturada para Perturbações do Eixo I* do DSM-IV-TR, *Versão Clínica* (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002) e a *Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do Eixo II* do DSM-IV (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997).

### ***2.2.2. Categorização dos Casos***

Dessa população, foram selecionados dois casos, com base nos resultados terapêuticos, ou seja, um de sucesso e um de insucesso, de acordo com os *scores* obtidos em instrumentos de medida da sintomatologia depressiva. É de sublinhar que os participantes concederam autorização para que os seus materiais fossem utilizados no contexto de investigação clínica, tendo-se neste estudo o cuidado de salvaguardar todos os dados que comprometessem a sua identidade.

***Caso de sucesso terapêutico, Q.:*** No momento da avaliação, Q., uma cliente do sexo feminino, caucasiana, tinha 39 anos de idade, estava divorciada e tinha uma filha. Foi inicialmente avaliada com 51 pontos na Escala de Avaliação do Funcionamento Geral do DSM-IV-TR. A cliente, com ensino superior completo, era profissionalmente ativa, mas encontrava-se em baixa médica, não possuía história de tratamentos psicológicos anteriores, embora estivesse medicada com psicofármacos. Q. assumiu-se como autocrítica, desleixada e irresponsável, e percecionava-se má mãe por dedicar pouco tempo e atenção à filha e por ser pouco determinada na sua educação. A cliente admitiu dificuldades em definir prioridades e em cumprir horários no local de trabalho, bem como uma grande dispersão na realização de tarefas, que acabava por procrastinar e evitar. Revelou também

dificuldades em controlar as suas emoções, alguma sensação de desapego da realidade, e dificuldades de concentração e de memória. Descreveu ainda dificuldades na relação com o ex-marido, perante o qual assumia uma atitude pouco assertiva, por não conseguir impor os seus direitos, e reportou sentir alguma solidão e a falta de alguém que a compreendesse, mas simultaneamente dificuldades em manter relações íntimas. Como forma de fuga, recorria de modo sistemático e descontrolado à internet. A cliente mostrou-se inicialmente bastante condicionada pelos problemas que apresentava, empreendendo progressos lentos ao longo das sessões e revelando alguma dificuldade em quebrar os padrões que regiam os seus comportamentos e cognições. Durante o processo terapêutico, e apesar das dificuldades iniciais, revelou francas evoluções quer no seu autococeto, como na gestão das diferentes áreas da sua vida. No final do processo, o caso de Q. foi considerado de sucesso terapêutico. Esta classificação teve por base a pontuação total obtida no *Outcome Questionnaire-45.2* (OQ-45.2; Lambert, Burlingame et al., 1996): reduziu de 104 pontos no pré-teste para 66 no pós-teste, que apesar de ainda ser uma pontuação superior ao ponto de corte (=62), revela uma melhoria da cliente, e revelou uma recaída no *follow-up* ao totalizar 98 pontos. Considerou-se também o *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996), no qual a cliente totalizou 35 pontos na primeira sessão, e 11 pontos na última sessão, passando para o domínio não clínico (pontuação abaixo do ponto de corte de 14,29), e 19 no último *follow-up*. Apesar de este caso ser um sucesso relativo, por ser um sucesso ao nível do BDI-II, mas melhoria ao nível do OQ-45.2, e devido à recaída no *follow-up*, através da análise do Índice de Validade da Mudança (*Reliable Change Index*; RCI) considerou-se que Q. cumpriu os critérios de recuperação quando a terapia cessou.

**Caso de insucesso terapêutico, R.:** Quando recorreu ao Serviço de Psicologia, R., do sexo feminino, caucasiana, de 33 anos de idade, era casada e tinha duas filhas. A cliente tinha o ensino básico completo e era profissionalmente ativa. Não possuía história de tratamentos psicológicos anteriores, estava medicada com psicofármacos, e foi previamente avaliada na Escala de Funcionamento Geral do DSM-IV-TR com 70 pontos. Os principais problemas apresentados pela cliente prendiam-se com uma preocupação excessiva com a avaliação dos outros e embaraço em situações sociais, que lhe causavam alguns conflitos interpessoais. Para além destes problemas, revelava sentimentos de culpa e tristeza fortemente associados a uma relação extraconjugal, entretanto terminada, e da qual não conseguia fazer o luto nem deixar de ruminar acerca desse assunto. A este problema estava associada uma marcada insatisfação com a relação conjugal, bem como uma tendência para fazer depender o seu bem-estar de uma relação afetiva. Revelava também sintomas ansiosos, representados pelo medo de morrer e momentos de pânico, e pela dificuldade em tomar decisões, que a conduziam a apressar essas decisões para evitar lidar com a dúvida. Ao longo das sessões, a cliente conseguiu fazer a ponte entre o seu padrão de funcionamento geral, de culpabilização e de dependência emocional, que a tornavam vulnerável, com os seus principais problemas. No entanto, e apesar dos progressos, este caso foi considerado de insucesso terapêutico.

Esta classificação baseou-se na pontuação total obtida no *Outcome Questionnaire-45.2* (OQ-45.2; Lambert et al., 1996), que não se alterou significativamente, passando de 93 pontos no pré-teste para 70 pontos no pós-teste e para 87 pontos no *follow-up*; e na pontuação obtida no *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996), em que a cliente passou de 26 para 18 pontos na última sessão e para 28 pontos no *follow-up*. Estes *scores* não traduziram uma mudança clinicamente significativa e a cliente manteve-se no domínio clínico.

### 2.3. Terapia e Terapeuta

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para a Depressão mostra eficácia semelhante ao tratamento com medicação antidepressiva, é teoricamente segura, e produz redução sintomática com efeitos a longo prazo (Merrill, Tolbert, & Wade, 2003; Greenberg & Fisher, 1997, cit. in Powell et al. 2008; Rush, Beck, et al., 1977, cit in Watson & Nathan, 2008). Os fatores cognitivo-comportamentais de manutenção da perturbação, referidos pelo modelo de Beck, parecem ser igualmente aplicáveis a cada sexo (Watson & Nathan, 2008) e os resultados clínicos sugerem que a TCC é efetivamente um tratamento útil quer para homens, quer para mulheres, com sintomas depressivos.

Pessoas com depressão assumem crenças negativas acerca de si, dos outros e do futuro (Beck et al., 1979) e desenvolvem crenças centrais, regras e estratégias de compensação como meios de autoproteção (Price, 2011). Se em algum momento estas estratégias deixarem de resultar, a depressão pode surgir por ativação de crenças centrais dolorosas (Price, 2011). O cliente e o terapeuta trabalham em conjunto as crenças centrais e os pensamentos automáticos negativos para encontrar padrões de pensamento e de comportamento que perpetuam inadvertidamente as dificuldades (Price, 2011). A análise de eventos, crenças e consequências, emocionais e comportamentais, ajuda os clientes a compreender estes ciclos de manutenção. Trabalhar estas dimensões a este nível pode promover uma reação em cadeia de perda das crenças centrais sem que o cliente experiencie a vulnerabilidade de expor estas crenças, o que, por seu turno, ajuda a aliviar os sintomas depressivos (Price, 2011).

Segundo as recomendações do *National Institute for Health and Clinical Excellence* para a Depressão (NICE; 2009), a TCC deve envolver, flexivelmente, entre 16 a 20 sessões, ao longo de três a quatro meses, divididas em duas sessões semanais nas primeiras duas ou três semanas, para pessoas com depressão moderada ou grave; o *follow-up* deve consistir em três ou quatro sessões nos três a seis meses seguintes.

Os processos terapêuticos de R. e Q. decorreram sob a forma de terapia individual orientada pela abordagem Cognitivo-Comportamental, totalizando 20 e 19 sessões de terapia respetivamente. Relativamente a R., a sessão 7 não foi filmada devido a problemas técnicos, pelo que se considerou a sessão 8 como 7 e assim sucessivamente; a cliente participou ainda em três sessões de *follow-up*, tendo sido gravadas as duas primeiras. Q. completou 19 sessões de terapia: dessas, uma foi de duração mais curta, e por isso considerada intermédia entre a sessão 4 e 6 (para efeitos de análise, considerou-se

como “sessão 5”), devido a um atraso considerável da cliente, mas foi incluída porque revelou dados importantes para o estudo; devido problemas técnicos a sessão 10 não foi gravada. Esta cliente participou ainda em duas sessões de *follow-up*. Como já foi referido, todas as sessões decorreram no Serviço de Psicologia da Universidade do Minho. A terapia terminou por decisão mútua depois de cumpridos os parâmetros do tratamento manualizado, e quando as clientes e o terapeuta concordaram que os objetivos principais tinham sido alcançados.

O terapeuta, na altura com 31 anos, era um psicólogo clínico graduado com três anos de experiência anterior como psicoterapeuta, que participou no desenvolvimento de um manual terapêutico de Terapia Cognitiva para a prática clínica, com a supervisão semanal de um terapeuta sénior.

## **2.4. Investigadores**

As transcrições dos casos foram da responsabilidade do presente estudo e de mais duas alunas de mestrado em Psicologia Clínica. As análises qualitativas de MIs foram da responsabilidade de dois alunos de doutoramento em Psicologia Clínica e com domínio sobre o SCMI (Gonçalves et al., 2009a, 2011). As análises das protonarrativas foram obtidas por discussão entre a autora desta dissertação, aluna de mestrado em Psicologia Clínica, uma terapeuta, doutorada em Psicologia Clínica, e a equipa de investigação dos MIs. A auditoria feita à identificação das protonarrativas ficou a cargo de um terapeuta sénior, elemento do corpo docente de Psicologia Clínica de uma instituição de ensino superior, e orientador da autora da dissertação. Para a análise do State Space Grids (Lewis et al, 1999), contribuíram um aluno doutorado em Psicologia Clínica e um aluno de doutoramento na mesma área.

## **2.5. Instrumentos**

No âmbito do protocolo de investigação em que os casos clínicos considerados se inserem, foram aplicados diversos instrumentos de avaliação. Contudo, serão apenas descritos aqueles cujos resultados informaram a análise.

### ***2.5.1. Medida dos Resultados Terapêuticos***

O progresso das clientes ao longo do processo terapêutico foi avaliado com base no *Outcome Questionnaire-45.2* (Lambert et al., 1996; versão portuguesa adaptada por Machado & Klein, 2006), que é um instrumento de autorrelato, que avalia o funcionamento psicológico geral dos indivíduos, progressivamente ao longo da terapia e antes do início de cada sessão. O progresso do cliente é monitorizado a partir de três dimensões primárias: desconforto subjetivo, relacionamentos interpessoais, e desempenho do papel social. Apresenta-se sob a forma de um questionário de 45 itens desenhado para fornecer uma pontuação total representativa do nível de disfuncionamento psicológico

atual do cliente. Os itens são positiva e negativamente formulados, e cada item é pontuado numa escala de Likert de cinco pontos (intervalo 0-4) para uma pontuação máxima de 180 pontos. Pontuações mais elevadas indicam maior disfuncionamento. A consistência interna do instrumento ( $\alpha$  de Chronbach) e das respectivas subescalas preencheram intervalos satisfatórios (.69 a .92). Usando as fórmulas propostas por Jacobson e Truax (1991), Lambert e colaboradores definiram um Índice de Validade da Mudança (*Reliable Change Index*, RCI) de 18 pontos e um ponto de corte de 62 pontos para a mudança ser clinicamente significativa.

Recorreu-se igualmente ao *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Steer, & Garbin, 1988), um instrumento de autorrelato de 21 itens, que avalia a intensidade da depressão em clientes clínicos e não-clínicos. Os itens são pontuados numa escala de Likert de 4 pontos, de 0 a 3, com uma pontuação total de 63 pontos. Cada item é uma lista de quatro frases dispostas num sentido de gravidade crescente sobre um sintoma depressivo particular. A consistência interna do BDI ( $\alpha$  de Chronbach) varia entre .73 e .92, com uma média de 0.86 (Beck et al. 1988).

### **2.5.2. Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação - SCMI**

O SCMI (Gonçalves et al., 2009a, 2011) é uma ferramenta metodológica de análise qualitativa, que permite mapear as diferentes categorias dos Momentos de Inovação (MIs): Ação, Reflexão, Protesto, Reconcetualização e Desempenho da Mudança. Investigações precedentes com recurso a este instrumento (e.g., Mendes et al., 2011; Ribeiro, Bento et al., 2011) relataram forte consenso entre juízes na codificação dos MIs, com acordos de confiança, avaliados pelo  $k$  de Cohen, entre .86 e .90.

### **2.5.3. Sistema de Codificação das Protonarrativas – SCP**

O SCP (Ribeiro, Gonçalves, & Bento, 2010) é uma ferramenta de análise com base no tema subjacente a cada MI, que permite identificar diferentes protonarrativas, ou designar uma protonarrativa central. Cada MI é analisado sequencialmente e é descrita a protonarrativa envolvida, etapa que é orientada pela questão “Qual é o potencial quadro de comportamento (ações, pensamentos, emoções) presente neste MI?”, ou por “Se este MI se expandir no futuro, quais serão os contornos que moldarão a potencial nova autonarrativa?”. A protonarrativa identificada em cada MI é descrita sob a forma de uma frase ou palavra e comparada com as protonarrativas anteriormente descritas, com a finalidade de encontrar convergências ou divergências. Este processo pode levar à formulação de novas protonarrativas, ou à reformulação das anteriores com a intergração de novos MIs, até que as protonarrativas emergentes sejam densas e complexas o suficiente para conseguir captar todas as variações de MIs dos clientes (Fassinger, 2005, cit. in Bento et al., 2012). A codificação das protonarrativas envolve a discussão entre dois juízes, que é seguida de discussão coletiva com outros elementos com conhecimento e treino do Sistema de Codificação das Protonarrativas, para eventuais reformulações, e procedida de uma auditoria. O processo finaliza quando os auditores estão satisfeitos com as soluções criadas pelos juízes.

## 2.6. Procedimento

Ao tratar-se de um estudo focado no *processo* de reconstrução de autonarrativas, mostrou-se pertinente adotar uma metodologia de análise que permitisse descrever as mudanças ao longo das sessões avaliadas. Como tal, a recolha dos dados exigiu a transcrição completa das sessões terapêuticas, para posterior exploração intensiva e aprofundada das sessões e do diálogo terapêutico, codificados e traduzidos sob a forma de MIs e de protonarrativas. A identificação e codificação dos Momentos de Inovação, com recurso ao SCMI, versão 7.2, de Gonçalves, Matos e Santos (2009a), foi realizada previamente à presente investigação. Já no decurso desta investigação, utilizou-se uma metodologia com base desenvolvimental, o *State Space Grids*, de Lewis e colaboradores (2009), de forma a identificar as protonarrativas emergentes dos MIs, e a descrever o seu progresso ao longo do processo terapêutico.

A estratégia de investigação do presente estudo seguiu três fases de análise: 1) identificação dos MIs, 2) identificação das protonarrativas, e 3) descrição e análise da relação entre as protonarrativas e os MIs durante o processo terapêutico.

### 2.6.1. Identificação dos MIs

A identificação dos MIs foi realizada de acordo com o SCMI (Gonçalves et al., 2009a) por dois juízes, que codificaram de forma independente todas as sessões dos dois casos. À codificação precedeu uma discussão acerca do entendimento de cada um sobre os problemas das clientes, que caracterizavam as suas autonarrativas problemáticas. Desta discussão resultou uma definição consensual acerca dos constrangimentos principais da autonarrativa de cada cliente, para que a partir daqui se pudessem identificar as exceções a essas regras (MIs). A autonarrativa dominante da cliente Q. centrava-se num funcionamento caótico, quer emocional, quer comportamental, que afetava não só a sua autoestima, como a interação com os outros e a gestão de diferentes domínios da sua vida. Como Q. refere na sessão 2, “(...) *estou na cozinha e ponho uma roupa na máquina, mas sou capaz de me esquecer de pôr detergente e de a pôr a lavar, porque entretanto lembrei-me de qualquer coisa que ainda era preciso ir buscar à casa de banho, mas chego à casa de banho e dou uma lavadela mas não pus a máquina a lavar. E depois encontro uns papéis e tento arrumar os papéis, depois é que vou à máquina de lavar, mas não faço o resto. Depois entretanto vou à minha filha porque preciso de fazer qualquer coisa e ando ali às voltas e quero fazer tudo um pouco e acabo por não fazer algumas coisas e acho que é em tudo assim. Eu começo uma série de tarefas, mas depois levá-las até ao fim é complicado. Eu tenho dificuldades em definir as prioridades, o que é que é prioritário aqui.*”. Por seu turno, a cliente R. revelava uma autonarrativa muito focada em sentimentos de desvalorização e autocrítica, e na obrigação de corresponder às expectativas dos outros, por necessidade de manter laços emocionais e de reduzir a ansiedade gerada pela tomada de decisões. Na sessão 2, referiu “*Às vezes sinto-me assim... mal. Se alguém vem falar comigo, sinto uma falta de ar. [...] E depois há as pessoas que me rodeiam que, umas criticam por um lado, outras criticam por outro. Mas geralmente*



*falam sempre mal. [...] Eu casei-me pela igreja e disse perante Deus que prometia ser fiel, amar e respeitar. Essas palavras mexeram comigo, porque eu não consegui”.*

A codificação final resultou da discussão consensual das codificações prévias de cada juiz. Se dessa discussão resultasse alguma dúvida, recorria-se a um terceiro juiz com treino e prática na utilização do SCMI. O acordo na identificação dos MIs foi de 87.0% para o caso R. e de 85.9% para o caso Q.. A concordância na distinção dos tipos de MIs, avaliada pelo kappa de Cohen, foi de .95 no caso R. e de .97 no caso Q.; a mesma medida foi utilizada no acordo da distinção dos subtipos de MIs, sendo de .94 no caso R. e de .96 no caso Q.. Com conhecimento das assunções subjacentes a cada autonarrativa, previamente ao presente estudo, os juízes codificaram os MIs a partir dos vídeos. Essa codificação foi registada para que pudesse, no decorrer do estudo, servir o cálculo da saliência por sessão e da média da saliência de cada tipo específico e de cada subtipo de MI. Esta análise surge para responder à questão de investigação que se propõe avaliar de que forma evoluem os MIs ao longo das sessões no caso de sucesso e no caso de insucesso terapêutico.

### **2.6.2. Identificação das Protonarrativas**

Tal como é proposto pelo SCP (Ribeiro, Gonçalves, & Bento, 2010), a identificação das pronotarrativas partiu da questão “*Se este MI se expandir no futuro, quais serão os contornos que moldarão a potencial nova autonarrativa?*”, e empreendeu-se analisando cada MI sequencialmente e descrevendo a protonarrativa subjacente sob a forma de uma frase ou palavra. As protonarrativas para cada MI que se sucedia eram comparadas com as que tinham sido previamente descritas, com o objetivo de encontrar convergência ou divergência entre elas, de modo a incluir os MIs nas protonarrativas anteriormente identificadas, ou a criar novas protonarrativas que se adequassem a esses MIs, ou ainda a reformular as definições das protonarrativas descritas. Este processo terminou quando as protonarrativas identificadas foram reconhecidas como coerentes e complexas o suficiente para incluir todas as variações encontradas nos MIs.

Este procedimento compreendeu a discussão das protonarrativas identificadas entre dois juízes e, posteriormente, o grupo de investigação dos MIs, que incluiu cerca de 12 elementos. Os juízes trabalharam de forma independente e, periodicamente, reuniam-se para discutir as análises. A autora da dissertação apresentou ainda esporadicamente o seu trabalho à equipa, que era convidada a discutir e a interpretar os dados. Dessa discussão, se resultassem novas ideias ou questões acerca da coerência das análises, retomava o trabalho independente e reformulava-as baseando-se no consenso entre os elementos. Um terapeuta sénior serviu como um auditor independente, questionando a lógica da categorização.

A saliência de cada protonarrativa foi calculada em cada um dos casos através da soma das saliências dos tipos de MIs que integravam cada protonarrativa em cada sessão, e a média da saliência das protonarrativas foi calculada no total das sessões. Esta análise tem subjacente a questão de investigação que se propõe explorar de que forma evoluem as protonarrativas ao longo da terapia.

### **2.6.3. Representação da evolução das protonarrativas com SSGs**

Recorreu-se ao State Space Grids (Lewis et al., 1999)) para ilustrar a evolução das protonarrativas de Q. e de R. e de que forma se relacionavam com os MIs ao longo das sessões. Nas representações gráficas de SSGs, os dados são apresentados sob a forma de círculos inseridos em células, e esses dados são unidos por linhas e setas que assinalam a direção da mudança. Desta forma, a evolução do sistema de dados é assinalada como uma trajetória ao longo de uma grelha de células que representa os possíveis enquadramentos do sistema, numa representação topográfica bidimensional. Para além desta análise qualitativa, o SSGs também permite uma quantificação do processo, na medida em que permite calcular medidas quantitativas através da representação gráfica. Este instrumento possibilita não só a análise do conteúdo (porque as diferentes células, ou estados, representam uma qualidade do fenómeno sob observação) e da estrutura (pela identificação de atratores) como também do seu progresso ao longo do tempo.

O GridWare é o *software* que permite construir SSGs, e foi desenvolvido por Lamey, Hollenstein, Lewis, e Granic (2004). Para descrever o progresso ao longo das sessões, construíram-se grelhas separadas de cada sessão e para cada caso. Cada grelha compreende três variáveis: duas categoriais (tipo de MI, no eixo dos *xx*, e tipo de protonarrativa, no eixo dos *yy*) e uma variável contínua (saliência de cada MI, representada pelo tamanho do círculo). O estado do sistema, definido por um MI e uma protonarrativa, é caracterizado pelos eventos, representados por círculos. Estes círculos ocos (i.e. sem preenchimento) assinalam o primeiro MI de cada sessão. O enquadramento dos círculos dentro de cada célula é aleatório, mas a sua conglomeração permite representar eventos sucessivos do mesmo tipo. As transições de um evento para o seguinte representam-se por linhas e as setas ilustram a direção dessa transição.

A identificação dos atratores revelou-se pertinente para este estudo, uma vez que uma das questões de investigação propõe esclarecer de que forma os tipos de MIs (processo narrativo) estão associados com as protonarrativas ao longo das sessões (conteúdo narrativo), no caso de sucesso e no caso de insucesso. Os atratores configuram-se como grupos de eventos que envolvem a mesma combinação de tipos de MIs e protonarrativas.

De forma a responder à questão “*De que forma evolui a flexibilidade da autonarrativa alternativa, em termos de MIs e protonarrativas, ao longo das sessões?*”, recorreu-se à quantificação computadorizada da flexibilidade total do sistema (*dispersão*; Granic, Hollenstein, Dishion, & Patterson, 2003; Ribeiro et al., 2011) para cada caso.

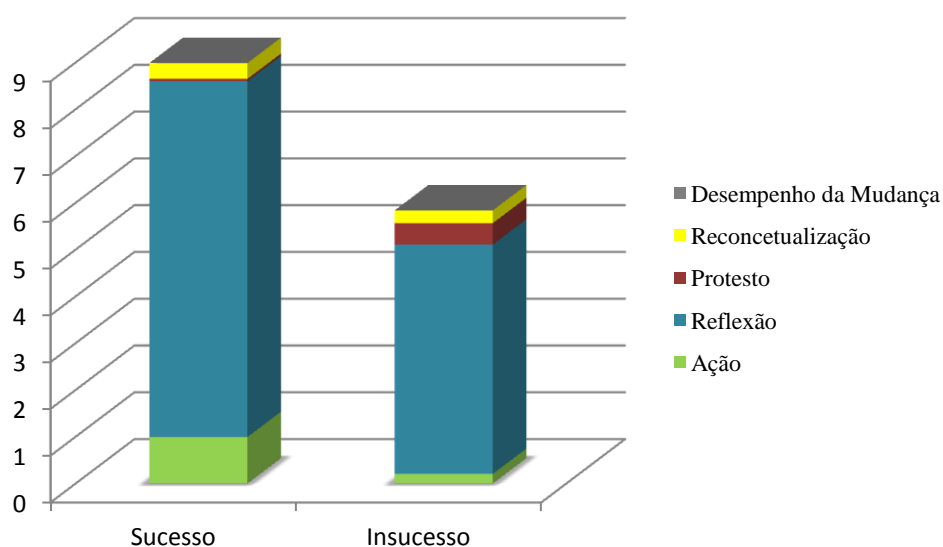
### 3. Resultados

#### Evolução dos MIs ao longo das sessões no caso de sucesso e no caso de insucesso terapêutico

Ao longo das 19 sessões de terapia, no caso Q., de sucesso, 8.99% de todo o diálogo terapêutico foi dedicado aos MIs, e no caso R. esse valor foi de 5.83%. Constatou-se que a saliência de MIs relativa ao sucesso terapêutico do presente estudo foi significativamente inferior a outros casos de sucesso terapêutico, nos quais a saliência geral dos MIs ronda os 25% (Mendes et al. 2011; Ribeiro et al., 2011).

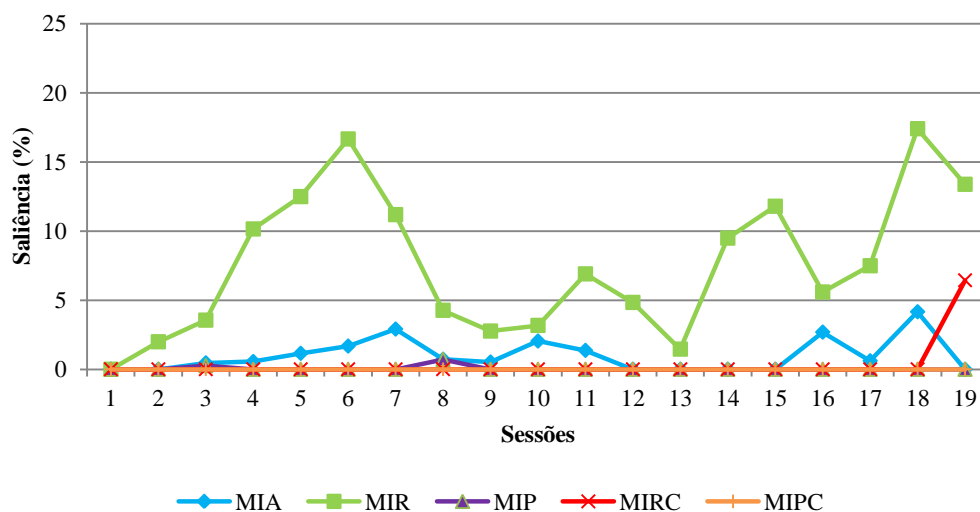
Relativamente aos tipos de MIs (ver Figura 2), no caso de sucesso, o mais comum foi o de Reflexão (7.60%), seguido pelos MIs de Ação (0.99%). À Reconcetualização (0.34%) seguiu-se o Protesto (0.05%), e não se verificou ocorrência de MIs de Desempenho da Mudança. Também no caso de insucesso, a Reflexão foi o tipo de MI mais comum (5.14%), embora seguido do Protesto (0.41%). Ação e Reconcetualização ocuparam percentagens relativamente baixas (0.27% e 0.25%, respetivamente), e os MIs de Desempenho da Mudança foram inexistentes.

**Figura 2.** Saliência dos tipos de MIs no caso de sucesso e no caso de insucesso



O comportamento dos MIs durante o processo terapêutico no caso de sucesso não seguiu a mesma linha do representado por estudos anteriores (e.g., Matos et al., 2009; Mendes et al., 2011; Ribeiro et al., 2011), em que se verificou uma tendência crescente de saliência geral dos MIs durante a terapia. Neste caso (ver Figura 3), houve um aumento da saliência de MIs do início do processo terapêutico até à sessão 6, mas verificou-se, de seguida uma redução considerável até à sessão 9; na sessão 18 atingiu-se o máximo de saliência. Este padrão irregular de saliência entre sessões observou-se até ao final do processo terapêutico. Nas primeiras oito sessões, apenas MIs de Ação e de Reflexão estavam presentes, e a reflexão manteve-se predominante e presente até ao final do processo. Os MIs de Protesto surgiram unicamente na sessão 8 e a Reconcetualização emergiu na última sessão.

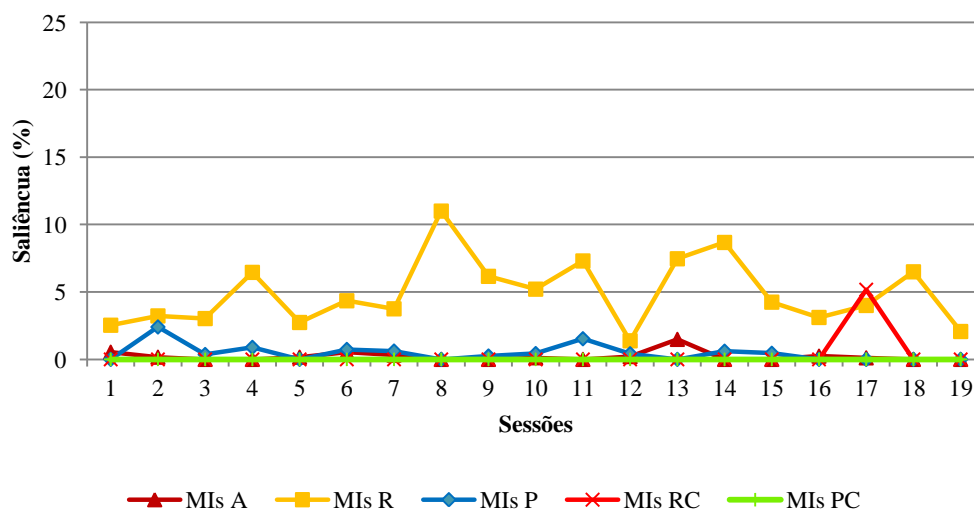
**Figura 3.** Saliência dos tipos de MIs ao longo das sessões no caso de sucesso terapêutico (Q.)



No caso de insucesso (ver Figura 4), não foi possível identificar um padrão claro de saliência dos MIs. Logo na primeira sessão surgiram MIs de Ação e de Reflexão, embora tenham evoluído de forma diferente ao longo das sessões: os MIs de ação assumiram uma presença irregular e residual ao longo da terapia e os de RefLexão estiveram presentes em todas as sessões. Ainda assim, a emergência da Reflexão não foi linear, sofrendo constantemente durante o processo terapêutico variações de saliência; atingiu o máximo na sessão 8. O Protesto surgiu na sessão 2 e esporadicamente noutras sessões, até à sessão 15. A Reconcetualização emergiu unicamente na sessão 17, assumindo-se como o tipo de MI mais saliente dessa sessão.

Relativamente ao comportamento dos MIs nas sessões finais de ambos os casos, é possível observar (ver Figura 3 e Figura 4) que em ambos os casos se verificou um aumento de saliência de MIs de Reflexão na sessão 18, seguido de redução na sessão 19, embora no caso de sucesso, nesta mesma sessão, tenha emergido a Reconcetualização.

**Figura 4.** Saliência dos tipos de MIs ao longo das sessões no caso de insucesso terapêutico (R.)



## Emergência das protonarrativas durante o processo terapêutico

As análises qualitativas deste estudo permitiram identificar duas protonarrativas no caso de sucesso (Q.) e três protonarrativas no caso de insucesso (R.) (ver resumo nas Tabelas 1 e 2).

*Regulação* (7.06%) e *Flexibilidade* (1.93%) foram considerados os conteúdos narrativos alternativos presentes do discurso da cliente Q.. A Regulação marcou uma alteração do funcionamento da cliente, que antes não conseguia cumprir horários e prazos, não conseguia organizar a agenda e os compromissos, procrastinava tarefas básicas do quotidiano e, noutra domínio, não tinha estratégias para lidar com a desregulação dos seus estados emocionais. Esta protonarrativa pode ser ilustrada por alguns momentos do discurso da cliente: “*Consigo virar costas e achar que já estou há algum tempo [na internet] e dizer ‘não, eu agora vou sair e volto depois’.*”; “*Porque eu também tenho os meus momentos... os meus momentos em que estou bem. Os meus momentos em que rio*”; “*Eu sinto-me capaz de trabalhar, sentia-me capaz de trabalhar.*”. A Flexibilidade surgiu quando a cliente começou a relativizar alguns problemas e alguma incapacidade própria para resolvê-los, revelando-se confiante de que as capacidades, entretanto desenvolvidas, poderiam combater a desorganização da sua vida: “*Claro que posso falhar e claro que toda a gente falha. Falhar é próprio do humano*”; “*Eu rio e digo que correu bem se calhar porque aquela questão da alternativa já está um pouco consolidada, não é? Porque se antes eu reagiria mal ou reagia a algum fracasso, penso que já dou como algo natural alguma falha que eu cometa. Passo à frente. E no final da semana eu digo, correu tudo muito bem (...) não quer dizer que não tenha havido atrasos, que noutras situações me levariam abaixo. Numa situação em que é imperdoável a falha da pontualidade, eu ia abaixo, por exemplo.*”. Na cliente R. foram identificadas as protonarrativas *Segurança* (1.09%), *Aceitação* (3.93%) e *Autonomia Emocional* (0.82%). A Segurança assinalou uma mudança ao nível da importância que a opinião alheia tinha para a cliente, que anteriormente lhe causava constrangimento, insegurança e embaraço, e potenciava a magnitude das suas dificuldades, ao mesmo tempo que lhe toldava as hipóteses de resolução: “*Eu acho que já liguei mais ao que as outras pessoas pensam (...) Aprendi a não ligar principalmente quando são mentiras e quando são assim umas fofocas sem sentido.*”; “*Ultimamente até nem me tem acontecido muito [ficar nervosa] quando estou a falar assim para as pessoas.*”. A Aceitação surge, na medida em que a cliente começou a lidar com a culpa, não de forma ruminativa e exclusivamente associada a si, mas a contextualizá-la e partilhá-la, clarificando e desembaraçando algumas situações pendentes da sua vida (como a relação extraconjugal): “*Pronto, eu fiz mal. Não agi da maneira mais correta, mas não cometi nenhum crime. O que eu fiz, o que se passou comigo, pode-se passar com qualquer pessoa*”; “*Não tenho a culpa toda (...) se fosse só minha culpa, aí eu era capaz de ficar mesmo triste, mas não tenho a culpa toda (...) A responsabilidade não é toda minha.*”. Por último, a Autonomia Emocional representou um desenvolvimento da autonomia da cliente face às relações insatisfatórias em que se encontrava, tendo assumido uma posição mais assertiva e determinada, que a levou a desenvolver estratégias de tomada de decisão e de resolução de problemas, sem que isso

comprometesse o seu bem estar, nem gerasse ansiedade causadora de sofrimento: “*Eu posso passar as férias sozinha... Até posso passar as férias e chegar ao fim das férias e ver, vermos, ‘isto não dá para juntar’, ou juntar mesmo, não sei. (...) É um teste.*”; *A diferença [entre o presente e o passado] é a tranquilidade que eu sinto. (...) Não há tanta confusão na minha cabeça. Tinha as ideias todas baralhadas (...) agora tenho estabilidade. Não sei se vai ser para sempre, não é? Mas neste momento é aquilo que eu sinto. É o que eu sinto e é o que eu quero.*”

**Tabela 1.** Protonarrativas no Caso Q.

Protonarrativa	Conteúdos
<i>Regulação</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Áreas da vida e estados emocionais não dominados pela desorganização, instabilidade e caos</li> <li>- Intenção de organizar a vida familiar, profissional, e de controlar as suas emoções</li> <li>- Tomada de consciência dos efeitos da desorganização</li> </ul>
<i>Flexibilidade</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desafio do autocriticismo</li> <li>- Descatastrofização dos problemas</li> <li>- Ponderação na tomada de decisões e na resolução de problemas</li> </ul>

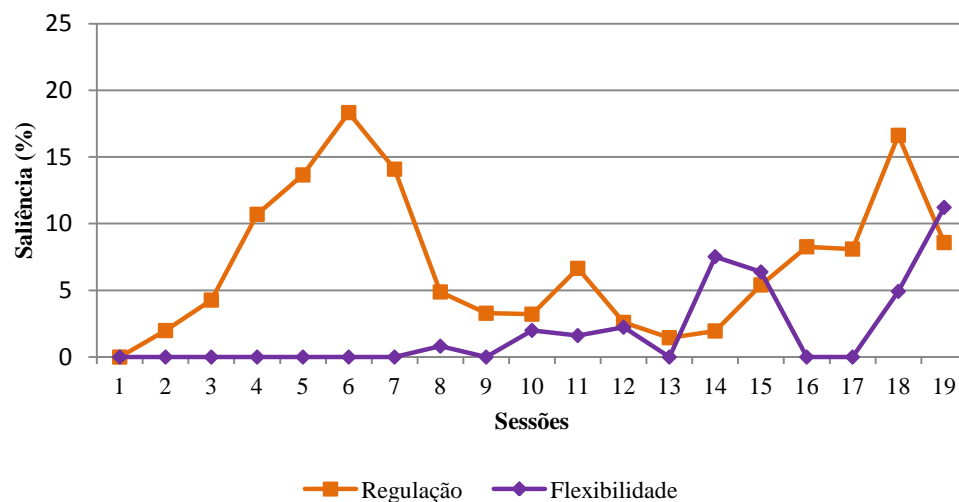
**Tabela 2.** Protonarrativas no Caso R.

Protonarrativa	Conteúdos
<i>Segurança</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relativização da opinião dos outros acerca de si</li> <li>- Descatastrofização dos obstáculos e das consequências dos seus problemas</li> </ul>
<i>Aceitação</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desafio da atribuição da culpa a si mesma</li> <li>- Identificação e assunção da responsabilidade por determinados acontecimentos</li> </ul>
<i>Autonomia Emocional</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tomada de consciência das consequências da dependência emocional</li> <li>- Assertividade na tomada de decisões</li> <li>- Regulação emocional</li> </ul>

Como se pode observar na Figura 5, no caso Q., a Regulação surgiu na sessão 2 e seguiu um crescimento gradual até à sessão 6 (máximo da sua saliência), e foi claramente dominante durante quase toda a terapia. A Flexibilidade emergiu mais tarde, na sessão 8 e assumiu uma saliência preponderante nas sessões 14, 15 e 19. É curioso constatar que nas sessões finais emergiram ambas as protonarrativas: a Regulação atingiu novo pico de saliência na sessão 18, e na sessão 19 equiparou-se à flexibilidade. Em termos clínicos, a cliente Q. expressou inicialmente uma desorientação geral em vários domínios da sua vida, que comprometia o seu funcionamento e bem-estar, e que ilustrava o seu quadro problemático. Durante as sessões iniciais, os seus MIs estavam particularmente centrados nas tentativas que fazia para reformular os seus problemas, perspectivá-los como passíveis de serem resolvidos por si, e sentir-se emocionalmente bem: “*Eu ainda tenho um desafio para comigo própria (...) que é terminar tarefas que não estavam terminadas no momento em que eu meti o atestado e que pararam e que eu não voltei a pegar nelas. E eu quero fazer esse trabalho (...) como eu gostaria de ter feito na altura que eu não fiz*”; “*Baseei-me na relação que estava a ter com ela [filha] e ela comigo e no grau de satisfação que ambas estávamos a ter ali, naquele momento. Achei que estava a*

*ser útil.*”. Mais tarde, a cliente assumiu uma posição mais proativa e menos culpabilizadora, expressando mais segurança e ponderação na superação dos desafios, o que resultou numa nova protonarrativa – Flexibilidade: *"A situação é exatamente a mesma, a minha situação não melhorou em nada. Mas simplesmente a maneira como eu estou a ver as coisas é que mudou. Não adianta chorar e pensar como as coisas vão ser e não vai ser. Como é que... eu não sei. Então eu na altura devida eu vou reagir."* É de sublinhar que os principais problemas da cliente (desorganização, descontrolo emocional, autocrítica) foram sendo progressivamente integrados nestas protonarrativas. A Regulação representa o oposto da desorganização e do descontrolo emocional, e a Flexibilidade compreende uma aceitação mais pacífica das suas limitações e uma atitude mais ponderada quanto à resolução dos problemas.

**Figura 5.** Saliência das protonarrativas ao longo do processo terapêutico no caso de sucesso

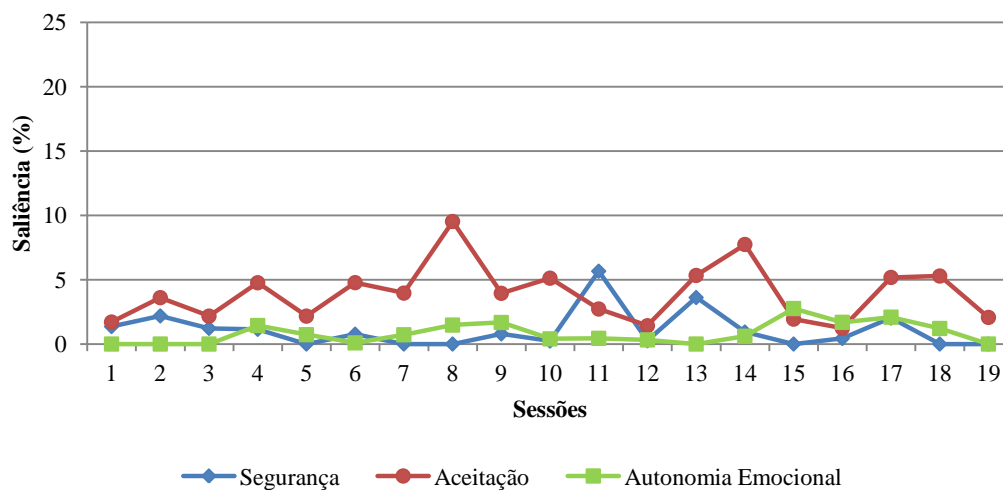


A Figura 6 representa a emergência das protonarrativas do caso de insucesso, R.. É de notar que logo nas sessões iniciais emergiram duas das três protonarrativas deste caso, e com saliências semelhantes. Posteriormente, na sessão 4 emergiu a outra protonarrativa, Autonomia Emocional, que assumiu globalmente valores pouco salientes e irregulares até ao final do processo terapêutico. A Aceitação foi claramente predominante durante todo o processo, à exceção da sessão 11, em que a Segurança se revelou mais saliente, e das sessões 15 e 16, dominadas pela Autonomia Emocional. É interessante constatar que a Segurança e a Autonomia Emocional assumiram um comportamento quase oposto, surgindo ora uma, ora outra, ao longo das sessões, e que na última sessão só emergiu a Aceitação, e com uma saliência muito próxima da saliência da sessão 1. De um modo geral, destaca-se uma dispersão na evolução destas três protonarrativas.

Estes resultados podem ser analisados de uma perspetiva clínica, tendo em consideração que a cliente R. expressou recorrentemente uma grande culpabilização, preocupação excessiva com a opinião dos outros, alguma dependência afetiva, e conseqüente insegurança acerca do seu funcionamento geral (que por vezes se traduziam em ataques de pânico e medos infundados), e que

representavam parte dos seus problemas iniciais. Nas primeiras sessões, os MIs estavam particularmente centrados nas tentativas que empreendia para se reposicionar face aos seus problemas e na assertividade que assumiu para lidar com eles: *“Gostaria de ser menos fraca. Gostaria, quando as coisas me acontecessem, de conseguir encará-las mais para cima, não me afundar tanto, por exemplo, com o que as pessoas vão dizer... não ligar tanto para o que as pessoas dizem.”*. A partir daqui, começou a desafiar alguma culpa associada a uma relação extraconjugal e a delinear estratégias de resolução dos seus problemas, daí a emergência crescente da Aceitação: *“Eu acho que fui esquecendo essa culpa [pela relação extraconjugal], com o tempo. Comecei a achar que ele também estava errado.”*; *“Eu não me posso sentir triste toda a vida. Nem quero. Mas para isso tenho que fazer coisas, tenho que mudar coisas.”*. Esta tentativa de quebrar os constrangimentos ao seu bem-estar foi recorrente ao longo das sessões. Consequentemente, começou a assumir-se emocionalmente mais autónoma, quer por não fazer o seu bem-estar depender de alguém, quer por revelar alguma tranquilidade na tomada de decisões de carácter relacional: *“Eu não posso tornar a refazer o meu casamento se eu não gostar dele e se eu não me sentir bem com ele. Não posso nem devo. Porque depois, eu juntava-me agora com o meu marido e depois toda a gente ficava feliz, mas o nosso casamento não ficava bem.”*; *“Eu queria era me sentir bem. Independente se tenho alguém, ou se ficava sozinha.”*.

**Figura 6.** Saliência das protonarrativas ao longo do processo terapêutico do caso de insucesso



Assim, em termos teóricos, também neste caso as protonarrativas parecem compreender um processo desenvolvimental ao nível do conteúdo temático, embora com contornos pouco lineares em termos de saliência. No entanto, percebe-se como pertinente a ideia de que a cliente foi promovendo um afastamento gradual dos seus problemas centrais, muito associados às limitações e conseqüências que a autculpa e a crítica alheia representavam na sua vida. A Aceitação permitiu à cliente empreender outras mudanças, o que a nível processual se ilustrou pela emergência das protonarrativas de Segurança e, posteriormente, de Autonomia Emocional. A Aceitação fez o contraste com a culpa



excessiva e constrangedora associada à relação extraconjugal, a Segurança representou uma adequação da significância da opinião dos outros e consequente melhoria das interações sociais, e a Autonomia Emocional pareceu ilustrar as conquistas que a Aceitação e, essencialmente, a Segurança compreendiam.

### **Associação entre as protonarrativas e os MIs**

O SSGs revela de que forma as protonarrativas das clientes evoluem durante a terapia e, nesta medida, assume-se como a representação das autonarrativas emergentes.

Os atratores foram identificados com recurso a um procedimento de disseminação desenvolvido por Lewis e colaboradores (1999), que define um atrator como uma célula ou um grupo de células que compreende 80% da heterogeneidade da grelha. A heterogeneidade é calculada primeiramente para cada célula da grelha, de acordo com a fórmula

$$[(D/n) - d]^2 / (D/n),$$

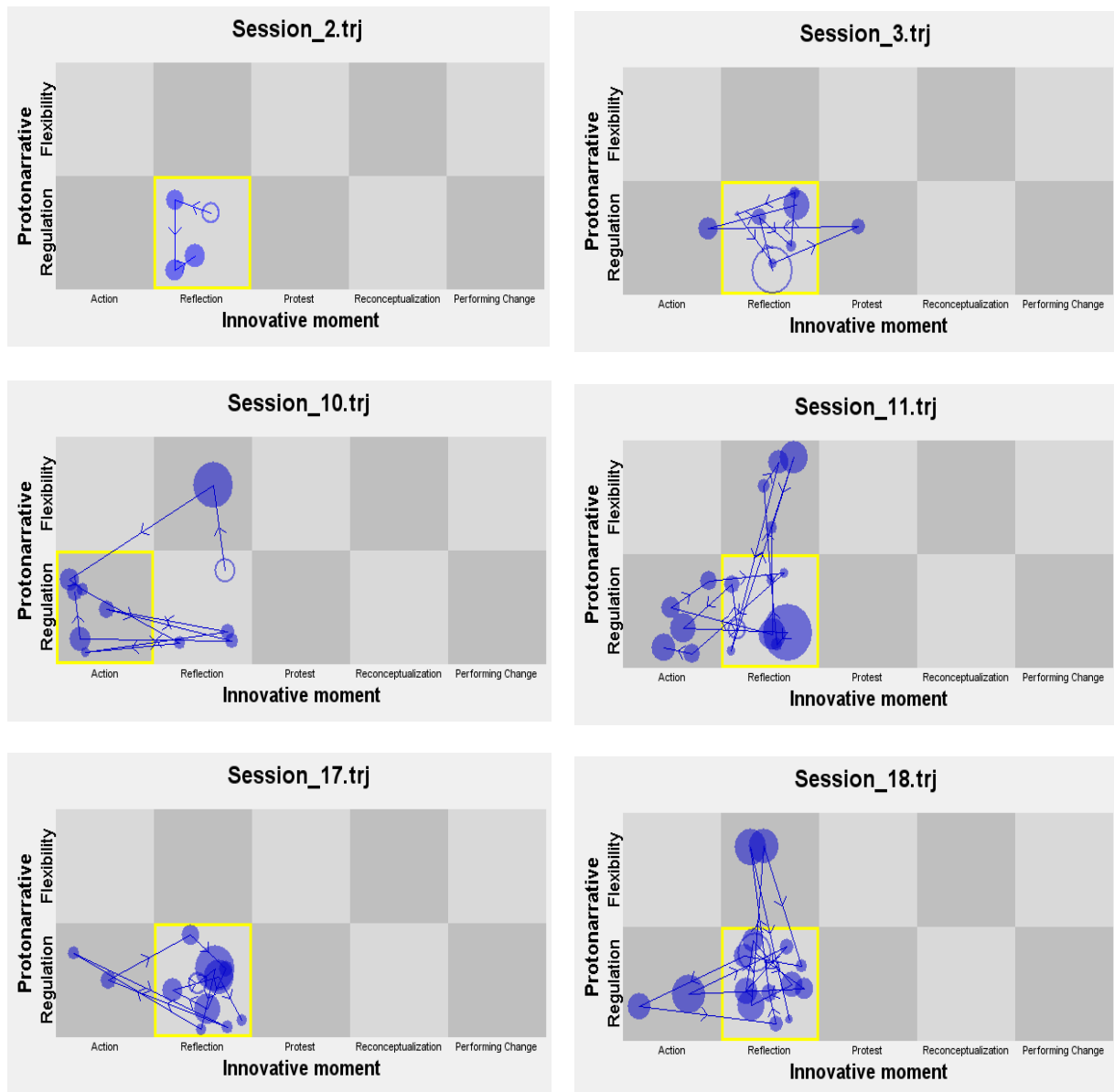
em que  $d$  é a duração da célula,  $D$  é a duração total da grelha, e  $n$  é o número de células presentes na grelha. A heterogeneidade é depois calculada para a grelha inteira de acordo com a fórmula

$$[n\sum(c) / n],$$

em que  $c$  é o valor da heterogeneidade de cada célula e  $n$  é o número de células presentes. O processo é repetido, retendo-se a partir da análise da célula com menor número de palavras a pontuação em cada célula. A pontuação da heterogeneidade de cada célula é então dividida pela pontuação da heterogeneidade de toda a grelha, e o processo cessa quando o valor da heterogeneidade atinge 20% em toda a grelha. Em termos teóricos, os atratores permitem identificar as tendências centrais ou estados preferenciais, entendendo-se, assim, que os eventos da grelha que constituem atratores representam quer os processos (MIs) quer os conteúdos (protonarrativas) mais salientes e estáveis em cada sessão.

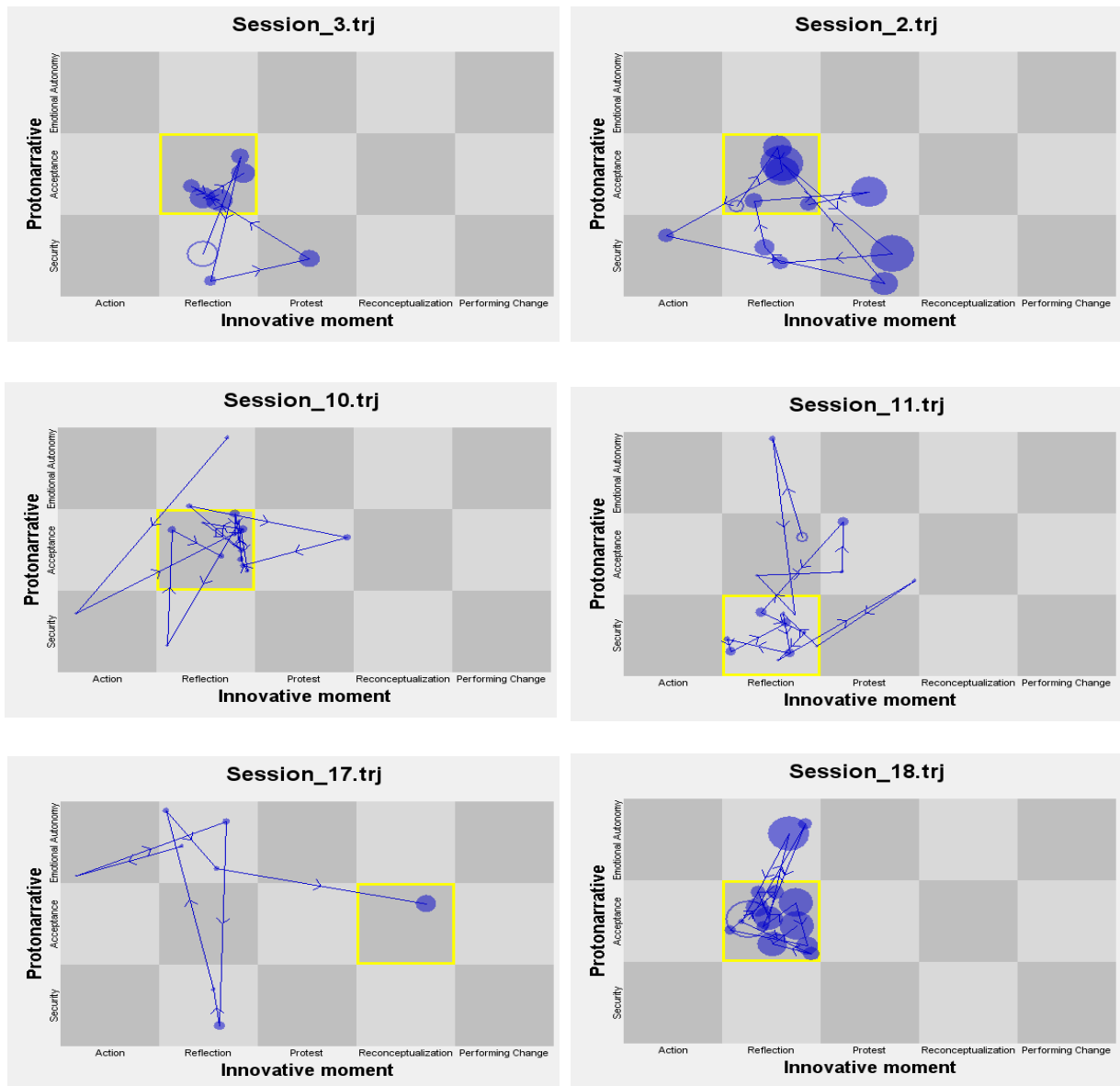
A Figura 7 mostra 6 das 18 grelhas correspondentes às sessões 2 a 19 da cliente Q. (na sessão 1 não se registou nenhuma ocorrência). A opção por estas grelhas em particular deveu-se à tentativa de representatividade do padrão de evolução das protonarrativas no início, a meio, e na fase final do processo terapêutico. Também está ilustrada a já referida predominância (em termos de saliência) de MIs de Reflexão e da protonarrativa Regulação. Sensivelmente a meio do processo terapêutico, assistiu-se a um aumento de diversidade de MIs, que pode ter promovido a exploração de novos temas, e daí constatar-se um ênfase na saliência da protonarrativa Flexibilidade.

**Figura 7.** SSGs para o caso de sucesso



A Figura 8 ilustra 6 das 19 grelhas correspondentes às sessões 1 a 19 do caso de insucesso, R.. O critério de escolha respondeu à intenção de ilustrar a evolução das protonarrativas e dos MIs ao longo da terapia, tendo-se para tal selecionado duas sessões de cada fase, inicial, do meio, e final. Pela análise dos SSGs, constatou-se uma predominância, em termos de saliência, dos MIs de reflexão e da protonarrativa aceitação, em quase todas as sessões, pese embora se tenha verificado logo nas sessões iniciais uma grande variedade de processos e de conteúdos temáticos. A meio do processo houve uma assinalável redução na saliência dos MIs, mas essa mudança não imprimiu alterações na configuração do padrão das grelhas, nomeadamente ao nível das transições entre MIs e entre protonarrativas.

**Figura 8.** SSGs para o caso de insucesso



Os atratores que foram identificados no caso Q. estão assinalados na Figura 7 e sumarizados na Tabela 3. Foi possível identificar atratores em todas as sessões, e ambas as protonarrativas, mas apenas dois tipos de MIs (Ação e Reflexão) configuraram atratores em alguma sessão. A Regulação foi associada aos MIs de Reflexão e numa só sessão (sessão 10) associou-se a MIs de Ação; a Flexibilidade surgiu unicamente associada a MIs de Reflexão. A evolução dos atratores ao longo das sessões ilustrou um padrão consideravelmente estável, muito centrado na protonarrativa Regulação associada a MIs de Reflexão. Ainda assim, durante o período inicial da terapia, assistiu-se a uma ligeira expansão dos tipos de MIs e na sessão 10 surgiu um novo e exclusivo atrator, que associou a regulação a MIs de Ação. A expansão dos MIs que vinha a ocorrer quase desde o início, assumiu maior saliência nas sessões finais, resultando nas sessões 14 e 15 num novo atrator, que assinalou a emergência da Flexibilidade associada a MIs de Reflexão. Apesar de se identificarem atratores únicos

em cada sessão, foi visível, principalmente nas sessões finais, uma considerável diversidade e saliência dos tipos de MIs (que resultou nas sessões 14 e 15 na mudança de atratores para a protonarrativa Flexibilidade).

**Tabela 3.** Sumário dos atratores do caso de sucesso

<b>Protonarrative</b>	Flexibility		14, 15			
	Regulation	10	2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19			
		Action	Reflection	Protest	Reconceptualizat...	Performing Change
		<b>Innovative moment</b>				

No caso R., como é possível observar na Figura 8 e na Tabela 4, foi igualmente possível identificar atratores em todas as sessões. Todas as protonarrativas (Segurança, Aceitação e Autonomia Emocional), mas apenas MIs de Reflexão e de Reconcetualização, participaram nos atratores.

**Tabela 4.** Sumário dos atratores do caso de insucesso

<b>Protonarrative</b>	Emotional Autonomy		15, 16			
	Acceptance		1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 18, 19		17	
	Security		11			
		Action	Reflection	Protest	Reconceptualization	Performing Change
		<b>Innovative moment</b>				

O comportamento dos atratores ao longo das sessões, de forma idêntica ao caso Q., parece configurar um padrão de atratores consideravelmente homogêneo, caracterizados por MIs de Ação e pela Aceitação. Nas sessões 11, e 15 e 16 registou-se uma mudança de atrator: na primeira associaram-se MIs de Reflexão com a Segurança, e nas segundas, MIs de Reflexão com a Autonomia Emocional. A sessão 17 voltou a divergir do padrão inicial, revelando um novo atrator que associou a Reconcetualização com a Aceitação. As sessões finais marcaram um retrocesso ao padrão inicial ao nível dos atratores identificados, mas com reduzida diversidade de MIs e de transições. Globalmente, pese embora os atratores só tenham divergido em quatro sessões, houve desde as sessões iniciais várias transições entre processos e conteúdos temáticos, ainda que a sua saliência seja consideravelmente reduzida. A cliente explorou logo de início as várias protonarrativas, mas esta exploração centrou-se posteriormente na Aceitação, evoluiu para a Autonomia Emocional na sessão 15, e voltou a centrar-se na Aceitação nas sessões finais. O progresso da cliente não seguiu, assim,

uma orientação evolutiva, abrangendo conteúdos muito diversos e explorando diferentes processos simultaneamente. É ainda curioso constatar os MIs de Reconcetualização, não surgiram associados à protonarrativa mais complexa (Autonomia Emocional), mas à mais recorrente e saliente (Aceitação).

### **Evolução da flexibilidade das protonarrativas e dos MIs durante o processo terapêutico**

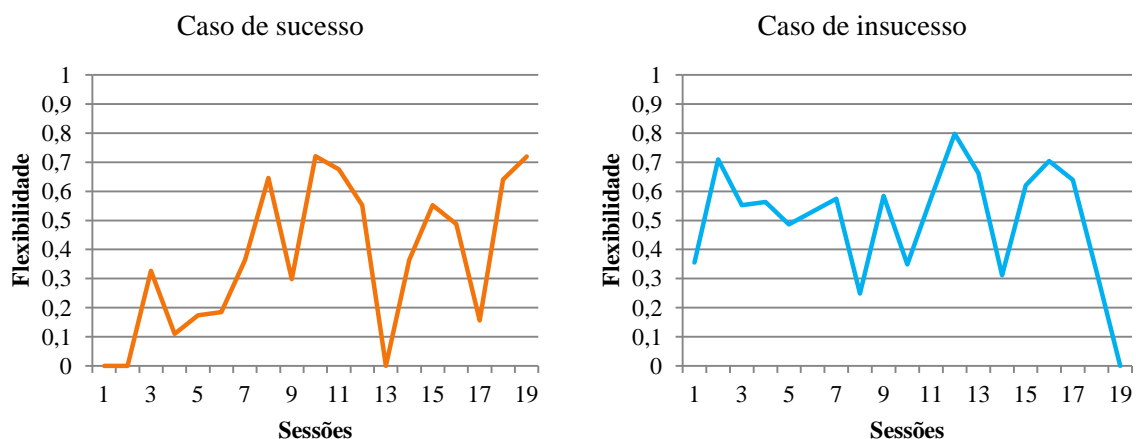
Para perceber como evoluíram as protonarrativas no sentido da construção da autonarrativa alternativa, recorreu-se à análise da *dispersão*, que é uma medida composta pelo intervalo e saliência dos estados de um sistema dinâmico (Granic et al, 2007). A flexibilidade de um sistema dinâmico surge, assim, como função da sua dispersão. Ela compreende a duração/saliência de cada tipo de MI, a duração/saliência total das protonarrativas, e o número de tipos de MIs de acordo com a fórmula

$$[(n\sum(d_i=D)1-1/n-1)].$$

No SSGs,  $d_i$  é a duração da célula,  $D$  é a duração total das células presentes, e  $n$  é o número de células presentes. Esta medida é diretamente calculada pelo GridWare e varia entre 0 e 1, sendo que valores mais baixos de intervalos e duração do sistema indicam uma dispersão geral mais reduzida. Dado que a dispersão integra tanto a duração como o número de estados, variações na dispersão podem refletir alterações quer na duração/saliência das protonarrativas, quer no número de tipos de MIs que as expressam.

Como mostra a Figura 7, a flexibilidade sofreu, no caso de sucesso, um aumento gradual nas sessões iniciais, enquanto no caso de insucesso revelou logo na primeira sessão um valor considerável, mas sofreu um decréscimo posterior. A sessão final de cada caso revelou um novo contraste entre estes dois casos: no sucesso, a flexibilidade aumentou, enquanto no insucesso decresceu. As variações de flexibilidade (i.e. dispersão) ao longo da terapia significam que o número de tipos de MIs e de protonarrativas que estavam simultaneamente presentes, bem como o número de palavras que lhes foram dedicados, foram diferentemente distribuídos entre as sessões. Numa perspetiva psicológica, e de um modo geral, percebe-se que, no caso de sucesso, os significados que organizaram as protonarrativas no final da terapia eram menos rígidos dos que organizaram as protonarrativas no início.

**Figura 9.** Flexibilidade geral ao longo das sessões dos dois casos



#### 4. Discussão

##### *Evolução dos MIs ao longo das sessões no caso de sucesso e no caso de insucesso terapêutico*

Numa perspectiva clínica, os resultados do caso de sucesso podem ser entendidos à luz dos problemas e da evolução do trabalho terapêutico da cliente Q.. Como foi anteriormente referido, este caso representa um sucesso do ponto de vista do BDI-II, mas segundo o OQ-45.2 deve ser considerado uma melhoria, o que pode responder a alguma inconsistência entre os resultados deste caso e outros sucessos relatados em estudos anteriores. Tal como em investigações precedentes (e.g., Mendes et al., 2011; Gonçalves, Mendes, Cruz, et al., 2010), no caso de sucesso os MIs revelaram uma presença significativamente mais elevada, comparativamente com o insucesso. No entanto, neste estudo em questão, esta presença não foi tão saliente como nesses estudos, o que pode ser hipoteticamente devido a variáveis pessoais da cliente e/ou intrínsecas aos problemas por ela apresentados, a variáveis pessoais do terapeuta e/ou da terapia (Cognitivo-comportamental), ou ainda a diferenças associadas à classificação do sucesso/insucesso terapêutico (por ser uma classificação nominal, ignora diferentes graus de mudança sintomatológica; este caso de sucesso parece não traduzir mudanças profundas, o que é consistente com a recaída no *follow-up*. Relativamente aos tipos de MIs, e com base no conhecimento do caso, percebe-se a predominância dos MIs de Reflexão, seguidos de Ação ao longo da terapia: estes MIs acompanharam a construção da protonarrativa Regulação, e o trabalho terapêutico desenvolvido: a cliente envolveu-se num processo de planeamento e organização da sua rotina, de reconsideração dos seus problemas e prioridades, e este foi um objetivo recorrente até ao final. O Protesto foi residual, e pode justificar-se pelo foco terapêutico na tentativa da cliente atingir a estabilidade, sendo o desafio muito ponderado. Este resultado difere do obtido por Mendes e colaboradores (2011) em que o Protesto se assumiu como o segundo tipo de MI mais comum, após a Reflexão. Quanto à emergência da Reconcetualização, surgiu na última sessão e coincidiu com um aumento da saliência da protonarrativa Flexibilidade: isto pode representar um resultado terapêutico importante, sinal de que a cliente poderia estar a empreender uma mudança mais profunda, que a

própria protonarrativa compreende. Ainda assim, estes resultados, do ponto de vista da investigação, diferem parcialmente do que o modelo heurístico da mudança narrativa (Gonçalves et al., 2009b, 2010) preconiza: apesar de se verificar uma emergência consideravelmente saliente de MIs no final da terapia, esse aumento não ocorreu progressiva e gradualmente desde as sessões iniciais e não é claro que os MIs de Reflexão e de Protesto tenham progredido para a Reconcetualização (MIs de Reflexão assumiram uma saliência preponderante mesmo quando surgiu a Reconcetualização e esta só ocorreu numa ocasião, o que não permitiu avaliar o seu potencial progresso). Este caso diverge também de estudos anteriores, na medida em que não incluiu MIs de Desempenho da Mudança, presentes noutros casos de sucesso em Terapia Narrativa e Terapia Centrada nas Emoções (e.g., Ribeiro et al., 2011; Santos, et al., 2011; Gonçalves, Mendes, Ribeiro, et al., 2010; Mendes et al., 2011). Esta ausência pode explicar-se pela emergência da Reconcetualização apenas na última sessão de terapia, que pode evidenciar um processo de mudança ainda em estado embrionário, ou cuja dinâmica não permitiu à cliente evoluir ou expressar MIs de mudança efetiva, ou ainda revelar que a cliente não estava preparada para mudanças mais profundas. Este resultado é congruente com os resultados obtidos pelo método *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT; Luborsky & Crits-Christoph, 1998), segundo o qual se sugeriu que não há mudanças profundas nesta cliente (Freitas, 2012).

No caso de insucesso, os problemas iniciais da cliente direcionaram a terapia no sentido de desafiar as suas assunções desajustadas relativamente à crítica alheia, à culpabilização extrema e à incapacidade de resolução desses problemas. Neste sentido, percebe-se a predominância e recorrência dos MIs de Reflexão e de Protesto ao longo do processo terapêutico. Estes resultados vão de encontro aos de estudos anteriores (e.g., Mendes et al., 2011), que revelaram que os MIs de Reflexão e de Protesto são os mais comuns ao longo do processo terapêutico em casos de insucesso. Por outro lado, a Ação assumiu valores residuais de saliência, que neste caso podem ser explicados, mais uma vez, pela natureza dos problemas da cliente, que não se centravam inicialmente em empreender ações ou envolver-se em novos comportamentos, mas em desafiar cognições. Posteriormente a cliente começou a mostrar-se disponível para realizar determinadas tarefas que estavam inicialmente constrangidas pelas assunções desajustadas que expressava, e aí emergiram MIs de Ação. A Reconcetualização surgiu quase no final do processo, numa só sessão, e pode ter representado uma mudança de nível mais complexo, de compreensão do processo de mudança e de ponderação da diferença entre o passado e o presente, embora esta hipótese não seja clara, por não resultar de uma progressão clara, nem ter sofrido replicações posteriores.

### ***Emergência das protonarrativas durante o processo terapêutico e Associação entre as protonarrativas e os MIs***

O caso de sucesso revelou um aumento da diversidade de tipos de MIs que parece ter dado lugar à emergência de uma nova protonarrativa. Se inicialmente a cliente estava centrada na Regulação, nas sessões finais essa protonarrativa foi progressivamente dando lugar à emergência da

Flexibilidade e à exploração de novos MIs, como o de Reconcetualização. Esta evolução vai de encontro aos resultados obtidos por Ribeiro e colaboradores (2011), mas não reproduz os reportados por Bento e colaboradores (2012). Nesta cliente, a pertinência destes resultados advém da evolução a que se assistiu durante o processo terapêutico, em que a cliente progrediu na mudança, desde um nível primário de empreender novos comportamentos e novas considerações acerca dos problemas, até a um nível de compreensão mais abrangente e abstrato. Do ponto de vista do SSGs, esta alteração foi possível pelo aumento de saliência e de diversidade de tipos de MIs. Ainda assim, e corroborando o relativo sucesso deste caso, este processo reverteu-se nas sessões finais, com a Regulação a constituir de novo o atrator dessas sessões. Tal como no estudo de Bento e colaboradores (2012), também neste caso de sucesso uma protonarrativa se assumiu como dominante (Regulação), não só em termos de saliência, como também de presença nas sessões (embora não tenha assumido um crescimento linear). E, como foi referido anteriormente, este resultado pode dever-se ao foco do trabalho terapêutico na organização das diversas áreas de vida da cliente.

No caso de insucesso constituíram-se mais protonarrativas do que no sucesso, mas não houve uma predominância clara de uma sobre as outras, assim como registou o estudo de Bento e colaboradores (2012). Apesar de se ter assistido à emergência de uma diversidade de MIs desde as sessões iniciais, a sua saliência muito reduzida distribuída por várias transições pode ter dificultado uma evolução clara entre protonarrativas. Aqui, justifica-se novamente reforçar a natureza diversa dos problemas da cliente, que parecem ter exigido um trabalho terapêutico que respondesse a todas as especificidades dos mesmos. Neste sentido, entende-se que a Autonomia Emocional, apesar de ser a protonarrativa mais complexa, não tenha emergido claramente após a Segurança e a Aceitação, mas que todas as protonarrativas, de forma mais ou menos saliente, mais ou menos presente, tenham emergido do início ao fim do processo terapêutico.

### ***Evolução da flexibilidade da autonarrativa alternativa, em termos de MIs e de protonarrativas, durante o processo terapêutico***

Tal como se verificou em estudos anteriores (e.g., Ribeiro et al., 2011), no caso de sucesso houve um progresso gradual inicial da flexibilidade, que coincidiu com o surgimento da protonarrativa Regulação. Também na fase final houve um aumento desta medida, que pareceu acompanhar uma emergência crescente da protonarrativa Flexibilidade. Estes resultados parecem sustentar a tese de que os MIs, que se agregam em protonarrativas, quebram a rigidez da narrativa problemática.

Por seu turno, no caso de insucesso assistiu-se desde o início a valores de flexibilidade consideráveis, talvez devido à dispersão causada pela emergência inicial de duas das três protonarrativas e de transições diversas entre MIs. No entanto, e semelhante aos resultados obtidos por Bento e colaboradores (2012), o processo de desenvolvimento das protonarrativas, em termos de saliência, não foi claramente seguido por um aumento da flexibilidade. A exploração recorrente das várias protonarrativas em simultâneo pode, de alguma forma, ter dispersado os valores da flexibilidade



(mantendo-os relativamente elevados), mas constringido a emergência e a consolidação de uma autonarrativa alternativa. Na sessão final, o valor da flexibilidade (i.e. dispersão) decai, o que parece dever-se à exclusividade da emergência da protonarrativa Aceitação.

Os resultados obtidos no caso de sucesso revelaram algumas semelhanças com o estudo de Ribeiro e colaboradores (2011) e diferenças relativamente ao estudo de Bento e colaboradores (2012), nomeadamente ao nível da emergência das protonarrativas. No primeiro, uma protonarrativa resulta de uma potencial evolução de outra, e no último emergem todas nas primeiras sessões (como o insucesso do presente estudo). Estes dados suscitam o interesse na compreensão do padrão de emergência das protonarrativas, quer em casos de sucesso, quer de insucesso terapêutico.

As constatações relativas ao caso de insucesso sugerem que, em casos semelhantes, a ausência de uma protonarrativa dominante ou a dispersão entre protonarrativas podem limitar a organização de uma narrativa alternativa consistente. Nestes casos, há uma saliência e uma presença reduzida de MIs ,que potencialmente, representa um entrave ao desenvolvimento da saliência e da flexibilidade das protonarrativas.

Parece ainda pertinente explorar o processo que contribui para o subdesenvolvimento de potenciais protonarrativas. As variações de saliência entre as várias protonarrativas de sessão para sessão e o facto de se verificarem mais transições entre protonarrativas do que dentro da mesma protonarrativa parecem preconizar o insucesso. Estes resultados vão de encontro aos obtidos por Bento e colaboradores (2012), que hipotetizam que a relativa inconsistência dos conteúdos temáticos dos MIs pode contribuir para estes resultados.

## **5. Limitações e Implicações do Estudo**

A amostra reduzida deste estudo poderia traduzir-se numa limitação, acrescida pelo facto de os casos em questão terem particularidades que não são consideradas na categorização de sucesso ou de insucesso terapêutico. O número de casos em análise não permite generalizar, mas representar o fenómeno circunscrito, e dada a pertinência do estudo e a quantidade e a qualidade dos resultados quantitativos e qualitativos obtidos, estes dois casos respondem à exploração do processo de mudança narrativa e permitem-se a comparações com estudos anteriores, validando o *design* subjacente à investigação - estudo de múltiplos casos de construção de teoria (Baxter & Jack, 2008; Stiles, 2007, 2009) -. Por outro lado, a escolha dos casos poderia ter recaído sobre casos com resultados terapêuticos claramente consistentes com o sucesso e com o insucesso terapêutico, dado que o sucesso deste estudo não o é em termos do OQ-45.2, assumindo-se através deste questionário uma melhoria da cliente, que revelou ainda uma recaída no *follow-up*. Efetivamente, os resultados deste caso representam algumas diferenças relativamente aos relatados em estudos anteriores, tal como a emergência dos MIs de Reconcetualização, que neste caso de sucesso emergiu apenas uma única vez

na última sessão, não permitindo clarificar a mudança como é concetualizada pelo modelo heurístico de mudança narrativa (Gonçalves et al., 2009b, 2010; Matos et al., 2009).

Neste sentido, sugere-se que investigações futuras versem sobre uma diversidade de casos dentro do espectro de sucesso e de insucesso, de forma a considerar e a integrar a singularidade de cada caso. Poderá ser igualmente interessante comparar casos com diferentes problemas iniciais/autonarrativas problemáticas, dentro dos que caracterizam a Perturbação Depressiva Maior, e atender às especificidades das diferentes abordagens terapêuticas. A exploração de casos com outros contornos pode expôr novos resultados e colmatar as lacunas explicativas deste estudo.

Em termos clínicos, o reconhecimento e a identificação das protonarrativas pode servir o trabalho terapêutico, no sentido de explorar determinada protonarrativa ou de desafiar a emergência de momentos de inovação que levem ao surgimento de novas protonarrativas, progressivamente mais integradas e complexas, no decurso da terapia.

Este estudo acrescenta à investigação na área a necessidade de os terapeutas estarem conscientes destes resultados e atentos aos significados e ações potenciais que contrastam com a influência das autonarrativas problemáticas na organização da vida dos clientes. Não obstante a sua natureza exploratória, o estudo permite sugerir que a integração dos processos e dos conteúdos narrativos de uma forma flexível favorece a construção de autonarrativas alternativas.

### C. Referências

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Baxter, P., Jack, S. (2008). Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. *The Qualitative Report*, 13(4), 544-559.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bento, T., Ribeiro, A., Salgado, J., Mendes, I., Gonçalves, M. (2012). The Narrative Model of Therapeutic Change: An Exploratory Study Tracking Innovative Moments and Protonarratives Using State Space Grids. Manuscript in Preparation.
- Botella, L. (2001). Diálogo, relações e mudança: Uma aproximação discursiva à psicoterapia construtivista. In M. M. Gonçalves & O. F. Gonçalves (Coords.), *Psicoterapia, discurso e narrativa: A construção conversacional da mudança* (pp. 91-123). Coimbra: Quarteto.
- Bruner, J. S. (1994). *Acts of meaning*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Bruner, J. S. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Detert, N., Llewelyn, S., Hardy, G., Barkham, M., & Stiles, W. (2006). Assimilation in good- and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: an initial comparison. *Psychotherapy Research*, 16, 393-407.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Azzara, C., Catania, D., Semerari, A., & Hermans, H. J. M. (2003). Dialogical relationships in impoverished narratives: From theory to clinical practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 385-409.
- Feixas, G. V., & Villegas, M. B. (1993). *Constructivismo y psicoterapia* (2<sup>a</sup> Ed.). Barcelona: Letras, ciencias, técnica - Pedagogía y psicología.
- Fernandes, E. (2001). *Encontro de narrativas terapêuticas: Estudo das memórias do terapeuta activadas durante o processo de recordação do cliente*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia, Braga, Portugal.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L.S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.

- Freitas, S. (2012). *A mudança narrativa em Terapia Cognitivo-comportamental: um estudo de caso*. Tese de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Gonçalves, M. M., & Guilfoyle, M. (2006). Dialogism And Psychotherapy: Therapists' And Clients' Beliefs Supporting Monologism. *Journal of Constructivist Psychology, 19*, 251-271.
- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). *Innovative moments coding system (Version 7.2)*. Braga: University of Minho. Available from the authors.
- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative Therapy and the Nature of "Innovative Moments" in the Construction of Change. *Journal of Constructivist Psychology, 22*, 1-23.
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A. P., Angus, L., & Greenberg, L. S. (2010). Narrative change in client centered therapy: A comparison of innovative moments' development with emotion-focused therapy. *Journal of Constructivist Psychology*,
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., & Greenberg, L. S. (2010). Innovative moments and change in emotion-focused therapy: The case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology, 23*, 267-294.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Matos, M., Mendes, I., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research, 21*, 497-509.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Stiles, W. B., Conde, T., Matos, M., Martins, C., Santos, A. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self-narratives: exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 21*, 27-40.
- Gonçalves, M. M., Santos, A., Matos, M., Salgado, J., Mendes, I., Ribeiro, A., Cunha, C., & Gonçalves, J. (2010). Innovations in Psychotherapy: Tracking the Narrative Construction of Change. In J. D. Raskin, S. K., Bridges, & R. A. Neimeyer (Eds.). *Studies in Meaning 4: Constructivist Perspectives on Theory, Practice, and Social Justice* (pp. 27-62). New York: Pace University Press.
- Gonçalves, M. M., & Stiles, W. B. (2011). Narrative and psychotherapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research, 21*, 1-3.
- Gonçalves, O. F. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjetivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, O. F., & Machado, P. P. (1999). Cognitive Narrative Psychotherapy: Research Foundations. *Journal of Clinical Psychology, 19*, 251-271.
- Granic, I., Hollenstein, T., Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (2003). Longitudinal analysis of flexibility and reorganization in early adolescence: A dynamic systems study of family interactions. *Developmental Psychology, 39*, 606-617.
- Gray, N. A., & Stiles, W. B. (2011). Employing a Case Study in Building an Assimilation Theory Account of Generalized Anxiety Disorder and Its Treatment with Cognitive-Behavioral Therapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy, 7*, 529-557.

- Harré, R., & Gillett, G. (1994). *The discursive mind*. New York: Sage.
- Hermans, H. J. M. (2001). The dialogical self: toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture & Psychology, 7*, 243-281.
- Hollenstein, T. (2007). State Space Grids: Analyzing dynamics across development. *International Journal of Behavioral Development, 31*, 384-396.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 3*, 249-258.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy-research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. N., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C. & Yanchar, S.C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 3*, 249-258.
- Lamey, A., Hollenstein, T., Lewis, M. D., & Granic, I. (2004). GridWare (Version 1.1) [Computer software]. Retrieved from <http://statespacegrids.org>.
- Lewis, M. D., Lamey, A. V., & Douglas, L. (1999). A new dynamic systems method for analysis of early socioemotional development. *Developmental Science, 2*, 458-476.
- Lewis, M. D., Zimmerman, S., Hollenstein, T., & Lamey, L. (2004). Reorganization in coping behavior at 1<sup>1/2</sup> years: Dynamic systems and normative change. *Developmental Science, 7*, 56-73.
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1998). Understanding transference: The core conflictual relationship theme. Washington, DC: American Psychological Assn.
- Machado, P., & Klein, J. (2006). *Outcome Questionnaire – 45: Portuguese psychometric data with a non-clinical sample*. Poster presented at the 37th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Edinburg, Scotland.
- Maia, A. (1998). *Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão*. Tese de Doutoramento, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. M., Martins, C. (2009). Innovative Moments and Change in Narrative Therapy. *Psychotherapy Research, 19*, 68-80.
- Mendes, I. (2010). *Innovative moments and narrative change in emotion-focused therapy and client-centered therapy*. Ph. D. Thesis, University of Minho, Braga, Portugal.
- Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., Greenberg, L.S., Sousa, I, & Gonçalves, M. M. (2011). Narrative change in emotion-focused psychotherapy: A study on the evolution of reflection and protest innovative moments. *Psychotherapy Research, 21*, 304-315.

- Merrill, K.A., Tolbert, V.E., & Wade, W.A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: A benchmarking study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 404-409.
- Moreira P, Beutler L. E., & Gonçalves O. (2008). Narrative Change in Psychotherapy: Differences between Good and Bad Outcome Cases in Cognitive, Narrative and Prescriptive Therapies. *Journal of Clinical Psychology, 64*, 1181-1194.
- Moreira, P., Gonçalves, O., & Matias, C. (2011). Clients' Narratives in Psychotherapy and Therapist's Theoretical Orientation: an Exploratory Analysis of Gloria's Narratives with Rogers, Ellis and Perls. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies, 11*, 173-190.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009) [*Depression in Adults*]. [CG90]. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.
- Neimeyer, R. A. (1995). An invitation to constructivism. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 1-8). Washington, DC: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A., Herrero, O., & Botella, L. (2006). Chaos to coherence: psychotherapeutic integration of traumatic loss. *Journal of Constructivist Psychology, 19*, 127-145.
- Osatuke, K., Glick, M. J., Gray, M. A., Reynolds, D. J., Jr., Humphreys, C. L., Salvi, L. M., et al. (2004). Assimilation and Narrative: Stories as meaning bridges. In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *Handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research* (pp. 193-210). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Powell, V. B., Abreu, N., Oliveira, I. R., Sudak, D. (2008). Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*, 73-80.
- Price, J. (2011). Cognitive behavior therapy: a case study. *Mental health Practice, 15*, 26-31.
- Ribeiro, A. P., Bento, T., Gonçalves, M. M., & Salgado, J. (2010). Self-narrative reconstruction in psychotherapy: looking at different levels of narrative development. *Culture & Psychology, 16*, 195-212.
- Ribeiro, A. P., Bento, T., Salgado, J., Stiles, W. B., & Gonçalves, M. M. (2011). A dynamic look at narrative change in psychotherapy: A case study tracking innovative moments and protonarratives using state space grids. *Psychotherapy Research, 21*, 54-69.
- Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M. (2011). Maintenance and Transformation of Problematic Self-Narratives: a Semiotic-Dialogical Approach. *Integrative Psychological and Behavioral Science, 45*, 281-303.
- Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., & Bento, T. (2010). *Protonarratives Coding System*. Unpublished manuscript, University of Minho, Braga, Portugal.
- Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., & Ribeiro, E. (2009). Narrative change in psychotherapy: A good-outcome case of constructivist therapy. *Psychologica, 50*, 181-203.

- Salgado, J., & Gonçalves, M. M. (2007). The dialogical self: Social, personal, and (Un)conscious. In J. Valsiner & A. Rosa (Eds.), *The Cambridge handbook of sociocultural psychology*, pp. 608–621.
- Salgado, J., & Hermans, H. J. M. (2005). The return of subjectivity: from a multiplicity of selves to the dialogical self. *Electronic Journal of Applied Psychology*, 1, 3-13.
- Santos, A. (2008). *A mudança narrativa no processo terapêutico de re-autoria*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia, Braga.
- Santos, A., Gonçalves, M. M., & Matos, M. (2010). Innovative moments and poor outcome in narrative therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11, 129-139.
- Santos, A., Gonçalves, M. M., Matos, M., & Salvatore, S. (2009). Innovative moments and change pathways: A good outcome case of narrative therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 449-466.
- Shotter, J. (1993). *Conversational realities: constructing life through language*. London: Sage.
- Sousa, Z. C. R. (2006). *Psicoterapia, Narrativa e Mudança: Histórias sobre o processo terapêutico*. Tese de Mestrado, Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia, Braga, Portugal.
- Stake, R. E. (1995). *The art of case study research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Stiles, W. B. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 9, 1-21.
- Stiles, W. B. (2007). Theory-building cases studies of counselling and psychotherapy. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7, 122-127.
- Stiles, W. B. (2009). Logical Operations in Theory-building Case Studies. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5, 9-22.
- Watson, H. J., & Nathan, P. R. (2008). Role of Gender in Depressive Disorder Outcome for Individual and Group Cognitive-Behavioral Treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 64, 1323-1337.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton. Cambridge: Cambridge University Press.