



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Sara Eliana Pereira Freitas

**A mudança narrativa em terapia
cognitivo-comportamental:
um estudo de caso**



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Sara Eliana Pereira Freitas

**A mudança narrativa em terapia
cognitivo-comportamental:
um estudo de caso**

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

Trabalho realizado sob a orientação do
Prof. Doutor Miguel Gonçalves

Outubro de 2012

Nome: Sara Eliana Pereira Freitas

Endereço Eletrónico: A52950@alunos.uminho.pt

Título da Tese de Mestrado: A mudança narrativa em terapia cognitivo-comportamental: um estudo de caso.

Orientador: Prof. Doutor Miguel Gonçalves

Ano de conclusão: 2012

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia Clínica

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO INTEGRAL DESTA DISSERTAÇÃO APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE;

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

“Não sei onde vou, mas já estou a caminho.”

(Carl Sandburg)

Os caminhos que vamos traçando sempre nos levam a algum lugar que, entre benefícios e consequências, alegrias e contrariedades, acaba por construir o que somos e preencher a nossa vida. Aqui fica o agradecimento a todos aqueles que permitiram que eu chegasse até aqui e que, de uma forma ou de outra, me ajudam a planear novas caminhadas.

Ao Prof. Doutor Miguel Gonçalves agradeço os ensinamentos ao longo de todo o curso, os desafios construtivos, as oportunidades de aprender mais. Foi sem dúvida uma supervisão com vários Momentos de Inovação e Retornos imprescindíveis ao sucesso, sempre num Padrão Relacional baseado na segurança no Orientador!

Ao grupo de investigação de MISTERioso sucesso do qual tive o privilégio de fazer parte, obrigada pela partilha de conhecimentos, pela curiosidade de cada reunião e pelo ambiente de cumplicidade com que se cria a investigação. Em especial: ao João, pelas reuniões de ideias intermináveis, pelas discussões construtivas e pelo apoio, principalmente, nesta fase final; à Daniela, pelos esclarecimentos iniciais, pela abertura de caminhos, pelos festejos de cada acordo conseguido; ao António, pela disponibilidade em ajudar desde o primeiro momento.

Aos meus pais, os pilares da minha vida que me suportam quando atinjo cada etapa e me seguram nos momentos mais difíceis. Obrigada por me permitirem construir os meus caminhos e me deixarem fazer as caminhadas sozinha, acompanhando-me.

À minha irmã: meu orgulho e minha inspiração, até nos silêncios de pura cumplicidade.

Aos meus avós...exemplos para a vida. Obrigada pelo orgulho que depositam em mim.

Ao Leandro, que me tranquiliza com a inocência e alegria da sua infância.

Aos meus amigos de sempre, que mesmo com as minhas consecutivas ausências nunca deixam de me convidar para um café. Amigos desta vida e para a vida.

À Magda, por acreditar sempre, até quando eu deixava de o fazer. Obrigada pelas palavras, pelos gestos, pela compreensão, pelos ralhetes, pelo encorajamento...obrigada por esta amizade!

Resumo

Vários estudos em psicoterapia têm proposto que a mudança terapêutica é elaborada a partir de Momentos de Inovação - MIs, entendidos como exceções à narrativa problemática e codificados segundo o Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI). No entanto, existem também evidências na literatura que indicam que a elaboração de MIs pode ser atenuada pela reaproximação do cliente à auto-narrativa problemática. Este processo tem sido denominado por “Retorno ao Problema”, analisado através da codificação de marcadores de retorno ao problema - MRPs, tendo por base o Sistema de Codificação do Retorno ao Problema (SCRP). Alguns autores destacam as dificuldades relacionais e o sofrimento subjacente como um dos principais motivos para procurar acompanhamento psicoterapêutico. De facto, as interações interpessoais assumem um papel relevante, uma vez que a construção de auto-narrativas significativas e a própria identidade do indivíduo se encontra baseada na interação com os outros. É neste sentido que surge o *Core Conflitual Relationship Theme* (CCRT), como um sistema de análise dos padrões relacionais dos clientes de psicoterapia.

Assim, o presente projeto consiste num estudo de caso no qual foram realizadas análises com o SCMI, o SCRCP e o CCRT, no sentido de estudar a mudança da auto-narrativa de vida, através da emergência de MIs e de MRPs, e a mudança das auto-narrativas relacionais, através do CCRT. Pretende-se ainda verificar se os dois níveis de análise se encontram relacionados no processo de mudança, isto é, se a introdução de novas formas de agir, pensar e sentir ao longo das sessões de psicoterapia (i.e. MIs) permitem desenvolver mudanças nos padrões de interação interpessoal (i.e. CCRT).

O caso clínico apresentava sintomatologia depressiva, tendo sido seguido em psicoterapia com o modelo de terapia cognitivo-comportamental. Tratou-se de um caso de sucesso, diferenciado a partir de critérios propostos pelo *Reliable Change Index*, em relação aos resultados obtidos no *Beck Depression Inventory* e no *Outcome Questionnaire*.

Os resultados obtidos demonstram que não foi desenvolvida uma mudança narrativa consistente, apesar da mudança sintomática. Esta conclusão é justificada pela reduzida emergência de MIs ao longo do processo terapêutico (9.73%), acompanhada por 27% de MRPs, o que evidencia a manutenção da auto-narrativa problemática. Também a mudança relacional se apresentou comprometida, demonstrada pela manutenção dos mesmos componentes dos *episódios relacionais* ao longo do processo terapêutico, marcados por interações de carácter negativo. Os componentes apresentaram uma dominância de aproximadamente 50%, o que evidencia a manutenção do conflito relacional. Quanto às respostas positivas, verificou-se um aumento progressivo de respostas de aproximação ao *desejo* por parte do *self* desde as sessões iniciais (11.7%) até às finais (40%). O *outro*, apesar de registar uma diminuição de respostas positivas entre a fase inicial e intermédia, terminou o processo terapêutico com a mesma percentagem de *respostas do self*.

Abstract

Several studies in psychotherapy suggest that the therapeutic change occurs through the development and expansion of Innovative Moments (IMs), considered as exceptions to the problematic self-narrative and coded through the Innovative Moments Coding System - IMCS. Also, recent research indicates that the development of IMs can be attenuated by a client's return to the problematic self-narrative. This process has been analyzed through the emergence of the return to the problem markers – RPMs, based on the Return to the Problem Coding System – RPCS. Some authors suggest that relationship problems and the suffering that they cause are the main reason for seeking psychotherapeutic help. In fact, the social interactions assume an important role since the construction of a meaningful life-narratives is based on the interaction with others. The Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) allows to analyze client's relationship patterns throughout therapeutic process.

This project consists in a case study coded using the IMCS, RPCS and CCRT. We aim to explore client's life-narrative change (through IMs and RPMs) and relationship patterns change (through CCRT) and study the association between these two levels of analyses.

The clinical case that was studied in this research was diagnosed with major depression according to the DSM-IV and was followed in cognitive-behavioral therapy. It was a good outcome case as defined by the *Reliable Change Index*, both for the pre-post results of the Beck Depression Inventory and of the Outcome Questionnaire.

Results suggest that no consistent self-narrative change occurred, despite the change in symptoms. In fact, the IMs salience is low (9.73%) and there are 27% of RPMs. Also the relationship patterns, as assessed through the CCRT, haven't change significantly. In fact, the same negative categories of the *relationship episodes* persist throughout the treatment. The components showed approximately 50% of pervasiveness, suggesting that the conflictual relationships weren't resolved. The *self* presented a progressively increase of positive responses of approximation to the *wishes* and *needs*, since de initial sessions (11.7%) until the end of the treatment (40%). The *others*, although diminished the positive responses between the initial and middle phases, ended the treatment with the same percentage of positive responses of the *self*.

Índice

Introdução	7
A construção de auto-narrativas	8
Os Momentos de Inovação	9
O Processo de <i>mutual in-feeding</i>	15
As auto-narrativas relacionais.....	16
Objetivos do estudo	20
Método	20
Cliente	20
Terapeuta.....	21
Terapia cognitivo-comportamental	21
Investigadores/ codificadores	21
Medidas	22
Procedimento.....	23
Resultados	26
Discussão	32
Limitações do estudo e investigações posteriores	36
Bibliografia.....	37
Anexo.....	46

Em termos narrativos, a mudança em psicoterapia pode ser produzida através da emergência de novos elementos na história de vida, denominados Momentos de Inovação (MIs, Gonçalves, Matos & Santos, 2009). Os MIs são caracterizados por constituírem exceções à regra que caracteriza a visão problemática do indivíduo e o modo como interpreta as suas experiências. É a partir da exploração e desenvolvimento das exceções ao longo das sessões de psicoterapia que se constroem novas histórias de vida, mais flexíveis e diversificadas (Ribeiro & Gonçalves, 2010). No entanto, os MIs no processo terapêutico não se revelam por si só suficientes para a manutenção da mudança, podendo desencadear movimentos de retorno ao problema como forma de encontrar a estabilidade perturbada pela novidade, originando um processo de *mutual in-feeding* (Valsiner, 2002). Estes movimentos foram identificados empiricamente através de Marcadores de Retorno ao Problema (Gonçalves, Ribeiro, Stiles *et al.*, 2009), e caracterizam-se por situações de retorno à auto-narrativa problemática imediatamente após a emergência de novidade presente nos MIs. As auto-narrativas apresentadas pelos clientes constituem o principal meio através do qual a mudança em psicoterapia ocorre (White & Epston, 1990), sendo o principal problema apresentado ou parte dele baseado nas interações interpessoais (Luborsky *et al.*, 1992). Os autores verificam ainda que os clientes centram as suas auto-narrativas em questões relacionais que protagonizam não só com os outros como também com o *self*. Também Wilczek e colaboradores (2004) referem que o desenvolvimento de psicopatologia se encontra vulgarmente associado a dificuldades relacionais. Neste sentido, foi desenvolvido o *Core Conflitual Relationship Theme* (Luborsky & Crits-Cristoph, 1990) com o objetivo de avaliar a mudança nos padrões relacionais dos clientes ao longo das sessões de psicoterapia.

Deste modo, o presente estudo pretende verificar se o abandono da auto-narrativa problemática e da visão negativa do mundo, dando lugar a uma auto-narrativa alternativa na qual o problema, podendo estar presente, não se revela ameaçador, se reflete nos padrões relacionais da cliente, assumindo que se constituem como estruturas relativamente estáveis e profundas. Neste sentido, pretendemos analisar 1) o padrão de MIs que emerge ao longo do processo terapêutico, através da codificação de Momentos de Inovação, e o modo como esse padrão se revela transformador da auto-narrativa de vida da cliente; 2) a resolução por parte da cliente da ambivalência para a mudança, através da identificação de Marcadores de Retorno ao Problema, e o impacto na mudança da auto-narrativa problemática e 3) a mudança nos padrões relacionais, através da codificação do *Core Conflitual Relationship Theme*. As análises serão realizadas tendo por base um caso clínico seguido em psicoterapia cognitivo-comportamental, considerado um sucesso terapêutico pelo cumprimento dos critérios propostos pelo *Reliable Change Index* (RCI, Jacobson & Truax, 1991), em relação aos resultados obtidos no *BDI-II* (Beck, Steer, & Gardin, 1988), e no OQ-45 (Lambert *et al.*, 1996; versão portuguesa adaptada por Machado & Klein, 2006).

A construção de auto-narrativas

Vários são os estudos em psicoterapia que consideram a identidade humana como resultado de processos narrativos (McAdams, 2001; McAdams, Josselson & Lieblich, 2006; Singer, 2005), segundo os quais os indivíduos são contadores de histórias por natureza.

Sarbin (1986) refere que o mundo é feito de histórias construídas socialmente. Alguns autores (Bruner, 1990; Pasupathi, 2001; Polkinghorne, 2004) apresentam a necessidade do indivíduo construir histórias de vida sobre si mesmo e o mundo como um aspeto fundamental para a construção da sua identidade. McAdams (2001) refere que é através da construção de histórias que o indivíduo é capaz de internalizar e integrar as diversas experiências da sua vida com coerência e significado. Outros autores (Gergen, 1985; Goolishian & Anderson, 1987; Harré & Gillet, 1994) defendem a primazia da interação com os outros na construção de significados para as experiências vividas, como momentos fulcrais de partilha de ideias, sentimentos e aprendizagens, em que o indivíduo se vai moldando em função do outro e do meio.

A construção das auto-narrativas implica uma sequencialidade histórica, de modo a incluir eventos passados na construção e atribuição de significados ao presente e preparar o *self* para os eventos futuros (Salgado & Hermans, 2005). Em diferentes contextos e com diferentes grupos, os significados atribuídos pelo indivíduo às suas experiências podem ser valorizados ou silenciados, originando diversas auto-narrativas congruentes com o seu padrão de funcionamento. Como resultado deste processo interativo, o indivíduo define a sua identidade e constrói o *self*, obtendo auto-narrativas de vida que retratam momentos significativos. No entanto, nem todas as experiências são englobadas nas auto-narrativas de vida, sendo selecionadas de acordo com a sua importância e também como resultado da interação com os outros (White & Epston, 1990). Polkinghorne (2004) refere a importância da ocorrência dos eventos e da sua relevância na auto-narrativa de vida do *self* no processo de atribuição de significados, de modo a determinar se os eventos são valorizados ou silenciados na construção da auto-narrativa. Trata-se, portanto, de um processo seletivo no qual são incluídas vivências, sensações, emoções, pensamentos e ações congruentes com o padrão do indivíduo, de modo a que seja construída uma auto-narrativa estabilizadora e significativa que retrate as suas interações.

Ao narrar as suas histórias de vida ao terapeuta, o cliente estrutura a auto-narrativa e atribui novos significados às experiências vivenciadas, através da modificação de auto-narrativas problemáticas em auto-narrativas adaptativas e significativas (Gonçalves & Stiles, 2011). Segundo Bruner (1986) organizar significados numa narrativa fornece-lhes mais sentido além do que possui quando analisados como unidades isoladas. É ainda através das auto-narrativas que o indivíduo se organiza, tornando a experiência coerente através da articulação de vários episódios numa história única que engloba os vários eventos que marcam a sua vida (Anderson, 1997). Assim, considerando o indivíduo como protagonista de interações diferenciadas, existe constantemente a necessidade de se colocar num processo de renegociação, o que resulta em identidades múltiplas e mutáveis de modo a dar resposta à singularidade de cada momento interativo (Hermans, 1996; Markus & Nurius, 1986). Ou seja, o indivíduo

contrói uma identidade pautada pela flexibilidade de adaptação aos diversos contextos em que se insere, de modo a ser congruente com as suas características e com o contexto. Dependendo das circunstâncias, o indivíduo age e reage aos acontecimentos de acordo com o seu posicionamento no mundo e na relação com os outros (Salgado & Hermans, 2005), exigindo uma tomada de decisão constante de acordo com os seus padrões. Salgado e Hermans consideram o *self* como uma autobiografia multifacetada em constante movimento de *edição*, construída e reconstruída através dos intercâmbios sociais e dos significados atribuídos às experiências vivenciadas. Segundo Anderson (1997), é este processo de reedição e reorganização dos significados que revela o caráter evolutivo e inacabado das auto-narrativas. Quando a auto-narrativa resultante deste processo se torna monotemática (Hermans & Hermans-Jansen, 1995), monológica (Gonçalves, Matos e Santos, 2009), dominante (Neimeyer, Hertero & Botella, 2006) ou saturada pelo problema (White, 2007) perde a flexibilidade de organizar a maioria das experiências de vida. Nesse sentido, surge uma auto-narrativa dominante que se rege por regras rígidas de agir, pensar e sentir, excluindo experiências que sejam contraditórias ou incongruentes com estas regras, impossibilitando a sua assimilação.

Segundo Ribeiro e Gonçalves (2010), a auto-narrativa do *self* resulta de um processo de negociação, tensão, desacordo e aliança entre várias experiências vivenciadas, como forma de criar um padrão de inclusão ou exclusão de eventos da sua auto-narrativa, da qual são eliminadas as experiências que originam desequilíbrio. A visão negativa de si mesmo origina uma auto-perceção pouco diversificada, marcada por dificuldade em generalizar significados e aprendizagens a outros contextos, da qual surge a auto-narrativa dominante. Como resultado desta rigidez e ocultação de experiências significativas, o indivíduo torna-se mais vulnerável ao *stress*, construindo uma visão problemática de si próprio e do mundo.

Os Momentos de Inovação

A psicoterapia revela-se um momento interativo com intensidade marcada. Trata-se de um momento particular de interação entre duas pessoas, terapeuta e cliente, com uma finalidade concreta que consiste na disponibilização de ajuda por parte do terapeuta na resolução de problemas ou dificuldades apresentadas pelo cliente (Garfield, 1995). O cliente traz para o processo terapêutico um conjunto de compreensões e significados sobre um problema específico que é expresso através de uma auto-narrativa problemática, composta por regras que constituem as principais linhas orientadoras de compreensão das suas próprias experiências de vida (Matos, Santos, Gonçalves & Martins, 2009). A auto-narrativa problemática é marcada pela redundância na atribuição de significado às experiências vividas, em que as interpretações realizadas se mantêm independentemente das circunstâncias, caracterizando-se pela negação ou rejeição da diferença (Ribeiro & Gonçalves, 2010). A identificação e reconhecimento de eventos diferentes atribuem à auto-narrativa um caráter mais complexo e integrador da variedade de experiências do indivíduo, o que permite invalidar a auto-narrativa problemática (Polkin-

ghorne, 2004). É a emergência dessa diferença ao longo do processo terapêutico que permite a mudança, constituída por histórias novas e mais flexíveis (Ribeiro & Gonçalves, 2010).

Neste sentido, White e Epston (1990), através do modelo da re-autoria, defendem a necessidade do cliente reconstruir a auto-narrativa problemática, composta por uma visão disfuncional da realidade, que não representa a totalidade da sua história de vida. Os autores referem-se ao problema apresentado pelo cliente que recorre à psicoterapia não como uma disfunção, mas uma auto-narrativa que pode ser alvo de re-autoria, através de uma reestruturação das experiências vividas, que inclui memórias e conhecimentos esquecidos. Gofman (1961) denominou de Resultados Únicos (RUs) as vivências ocultadas da narrativa do *self* que constituem experiências que não vão ao encontro da auto-narrativa problemática. White e Epston (1990, pág. 16.) definem os RUs como o conjunto de “*eventos, sentimentos, intenções, pensamentos e ações, pertencentes ao passado, presente ou futuro, e que não são incluídos na narrativa dominante*”, sendo a partir da sua elaboração em psicoterapia que se processa a re-autoria da auto-narrativa e se estabelece a mudança. Freedman e Combs (1996), a partir deste conceito desenvolvido por White e Epston, sugerem que o terapeuta deve explorar os RUs, quer sejam relacionados com ações quer com pensamentos, de modo a ampliar o seu significado para o cliente, construindo uma nova auto-narrativa baseada em novos significados.

Através destes pressupostos, Matos e Gonçalves (2004) desenvolveram um estudo com mulheres vítimas de violência doméstica e a partir desse mesmo estudo foi construído o Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (Gonçalves, Matos & Santos, 2008) que distingue cinco tipos de MIs, ilustrados de seguida com um caso de depressão, marcado por elevado isolamento social:

- (1) **Ação:** são ações ou comportamentos específicos para combater o problema ou que não são congruentes com a auto-narrativa problemática.

Cliente: Ontem eu fui ao cinema pela primeira vez, ao fim de muitos meses!

- (2) **Reflexão:** trata-se da emergência de novas compreensões ou pensamentos que não suportam o problema ou que são incongruentes com a auto-narrativa problemática. Refere-se a um modo diferente do cliente sentir e pensar que se processa em dois níveis: a partir do distanciamento em relação ao problema (MI de Reflexão tipo I) ou centrado na possibilidade da mudança (MI de Reflexão tipo II).

Cliente: Eu percebi que quanto mais eu me isolo, mais esmagadora fica a depressão.
[Reflexão I]

Cliente: Eu acredito que as nossas conversas, as nossas sessões, têm-se revelado produtivas. Eu sinto que estou a voltar um pouco aos bons tempos antigos em que me sentia bem, sentia que valia a pena. [Reflexão II]

- (3) **Protesto:** corresponde a momentos de confronto, desafio e assertividade que envolvem ações, pensamento e sentimentos planeados ou realizados. São constituídos por duas posições: uma que legitima o problema e outra que desafia e confronta a anterior, envolvendo proatividade por parte do cliente. Tal como o tipo anterior, os MIs de Protesto dividem-se em dois tipos: a inovação a partir da crítica ao problema (MI de Protesto tipo I) ou a partir da emergência de novas posições (MI de Protesto tipo II).

Cliente: O meu medo do julgamento dos outros estava a colocar-me num mundo aparte, que me fazia sentir segura mas que me estava a fazer cada vez pior à medida que o tempo passava. Eu não vou deixar que o meu medo dos outros destrua a minha vida. [Protesto I]

Cliente: Eu sinto-me mais forte agora e não vou voltar a deixar que a depressão controle a minha vida. Eu quero viver a vida, eu quero crescer. É bom assumir o controlo da minha vida novamente. [Protesto II]

- (4) **Reconceptualização:** constitui um nível meta-reflexivo a partir do qual o cliente percebe as mudanças em si e é capaz de descrever o processo que envolve a mudança. Envolve um reconhecimento do passado e da auto-narrativa problemática e o conhecimento do processo que permitiu a transformação do passado para o presente.

Cliente: Quando eu estava lá no museu, eu estava a pensar comigo mesma: tu realmente estás uma pessoa diferente! Há um ano atrás tu nem sequer eras capaz de ir a um supermercado!

Terapeuta: Como é que você acha que foi capaz de mudar isso?

Cliente: Eu acho que o primeiro passo importante foi começar a sair e também não ter a expectativa que as coisas eram tão maravilhosas e sem qualquer dificuldade. Agora eu sei como tolerar as minhas dificuldades sem me sentir sobrecarregada. A vida é a vida, não é um paraíso, mas também não é o inferno que eu pensava!

- (5) **Desempenho da Mudança:** implica a antecipação ou planeamento de novas experiências, projetos ou atividades em qualquer área da vida do cliente. Pode ainda refletir uma mudança concretizada ou novas competências que são propiciadoras de uma auto-narrativa alternativa.

Cliente: Eu quero fazer todas as coisas que para mim eram impossíveis enquanto me deixei controlar pela depressão. Eu quero voltar a trabalhar e ter tempo para aproveitar a minha vida com os meus filhos. Eu quero ter outra vez amigos. A perda das amizades do passado é uma coisa que ainda me dói muito. Eu quero ter amigos outra vez, ter pessoas para poder falar, partilhar experiências e sentir novamente a cumplicidade na minha vida.

Santos e Gonçalves (2009) referem que a mudança da auto-narrativa de vida é dotada de coerência e consistência quando existe emergência e desenvolvimento dos vários tipos de MIs. Isto é, uma auto-narrativa alternativa construída a partir da emergência de um único tipo de MI (ação, por exemplo) tornaria a nova história pouco diversificada e complexa, sendo difícil consolidar a mudança. Nesse sentido, é necessária a inovação nas várias valências da experiência (ação, pensamento e sentimentos) para que esta se torne coerente e consistente.

Os mesmos autores defendem que os MIs de ação e reflexão são frequentes ao longo do processo terapêutico, uma vez que representam comportamentos e pensamentos que podem emergir de eventos simples, mas que assumem a função de concretizar a ocorrência da mudança. Os MIs de protesto envolvem situações de confronto e desafio ao problema apresentado. Pressupõem maior proatividade e agência por parte do cliente de modo a assumir uma posição de rejeição ao problema. O reposicionamento do *self* é caracterizado por maior assertividade e rejeição do problema, dos seus efeitos e dos outros que suportam a sua manutenção (Gonçalves, Ribeiro, Mendes *et al.*, 2011). Apesar de constituírem marcos importantes no estabelecimento da mudança da auto-narrativa, estes MIs (ação, reflexão e protesto) podem significar apenas uma oposição em relação ao problema, o que não implica necessariamente a criação de novos significados em torno da presença ou ausência do problema e os processos subjacentes. Isto é, o cliente pode ter consciência dos efeitos que o problema apresenta na sua vida e os ganhos que pode obter com a sua ausência, mas não percebe os esforços realizados para a invalidação do problema e a concretização da mudança.

A reconceptualização implica uma meta-posição em relação ao desenvolvimento da mudança. Envolve reflexão sobre o processo de mudança, na qual o indivíduo percebe o que está diferente e o que foi realizado por si para que a diferença ocorresse. Implica uma visão das experiências passadas e dos problemas que existiam, uma antevisão do futuro sem os problemas anteriores e uma percepção da mudança realizada, que permitiu o desenvolvimento das novas experiências. É necessário ter acesso ao processo de transformação para que a auto-narrativa problemática não seja meramente substituída por outra apenas menos saturada, mas sim por uma auto-narrativa alternativa, facilitadora do desenvolvimento no indivíduo de uma visão mais adaptativa e flexível de si mesmo e do mundo. Esta nova visão é concebida através do caminho que vai sendo criado pela emergência de novos comportamentos, pensamentos e posições, traduzidas pelos MIs de ação, reflexão e protesto. É a congregação de todos estes elementos que permite o acesso ao processo de transformação e a consolidação de uma nova auto-

narrativa. Através da reconceptualização, o indivíduo confere coerência à inovação que vai sendo construída e estrutura o processo subjacente à mudança.

O desempenho da mudança tende a ocorrer depois da emergência da reconceptualização e é facilitado pela meta posição que esta oferece, no sentido em que permite uma visão do futuro sem a presença do problema. Essa antecipação favorece o planejamento de novas ações e projetos que não só distanciam o cliente do problema como permitem ao indivíduo a construção e desenvolvimento de novas experiências que contribuem para a consolidação da nova auto-narrativa.

De um modo geral, o processo de mudança inicia-se através de comportamentos, pensamentos e sentimentos diferentes do habitual e distantes do problema, a partir dos quais se dá início à mudança. A percepção desses fatores inovadores facilita o desenvolvimento progressivo de uma meta-posição em relação a si mesmo e ao problema, promovendo a antecipação de um futuro no qual o problema perde a sua relevância na auto-narrativa de vida.

Como forma de exemplificar mais concretamente os conteúdos de cada Momento de Inovação, segue-se a tabela dos diferentes tipos e subtipos de MIs, bem como o conteúdo que os distingue.

Tabela 1. Tipos e subtipos de MIs e seu conteúdo. (SCMI, versão 7.2. Gonçalves, Ribeiro, Mendes *et al*, 2011)

Tipo de MI	Subtipo	Exemplo
<p>Ação [A]</p> <p>Ações ou comportamentos específicos de desafio ao(s) problema(s).</p>		<p>Novos desempenhos face a um obstáculo. Resolução efetiva de um problema. Exploração ativa de soluções. Implementação de estratégias para superar um problema.</p>
<p>Reflexão [R]</p> <p>Processo de reflexão que indica a compreensão de algo novo que produz mudança no padrão problemático (pensamentos, intenções, interrogações, dúvidas).</p>	<p>I Distanciamento em relação ao(s) problema(s).</p> <hr/> <p>II Centrado na mudança.</p>	<p>Compreensão: reconsiderar as causas do problema e/ou consciência dos seus efeitos. Novas formulações sobre o problema. Autoinstruções e pensamentos adaptativos. Intenção de combater o problema; referência de auto-valorização e/ou sentimentos de bem-estar.</p> <hr/> <p>Processo terapêutico: Reflexões sobre o processo terapêutico. Processo de mudança: Considerações sobre o processo de resolução dos problemas; referência de auto valorização e/ou sentimentos de bem-estar como consequência da mudança. Emergência de novas versões do <i>self</i> face ao problema.</p>

Protesto [P]	I Crítica ao(s) problema(s).	Posição de crítica face ao problema e/ou a outros que o mantêm. Os outros podem ser o outro internalizado ou uma faceta de si mesmo.
Momento de crítica que envolve algum tipo de confronto em relação aos outros ou a si mesmo. Pode envolver comportamentos, pensamentos e sentimentos projetados ou realizados.	II Emergência de novas posições.	Posições de assertividade e <i>empowerment</i> . Reposicionamento do <i>self</i> em relação aos problemas.
Reconceptualização [RC]		
Descrição processual a um nível metacognitivo. O cliente não só manifesta pensamentos e/ou desempenhos fora da lógica do problema, como compreende o processo subjacente.		Envolve duas dimensões: - Descrição da mudança entre as duas posições (passado e atual); - Processo subjacente à transformação.
<hr/>		
Desempenho da Mudança [PC]		Generalização dos ganhos para outras dimensões da vida projetada no futuro. Reutilização da experiência problemática para novas situações. Investimentos em novos projetos resultantes do processo de mudança. Investimentos em novas relações resultantes do processo de mudança. Novas competências não relacionadas com o problema. Reemergência de versões do <i>self</i> negligenciadas ou esquecidas.
Referência a novas pretensões, experiências, atividades ou projetos, em curso ou antecipados, como consequência da mudança.		

Vários estudos realizados em torno da mudança narrativa com diferentes modelos terapêuticos (e.g., terapia narrativa, terapia focada nas emoções) têm demonstrado que a emergência de MIs apresenta padrões diferentes em casos de sucesso e insucesso terapêutico (Gonçalves, Mendes, Ribeiro *et al.*, 2010; Matos *et al.*, 2009; Mendes, Ribeiro, Angus *et al.*, 2010; Ribeiro & Gonçalves, 2010; Santos, Gonçalves & Matos, 2010). A ocorrência de MIs verifica-se independentemente do resultado terapêutico, no entanto, a saliência é mais elevada nos casos de sucesso. Ou seja, nos casos de sucesso, os clientes ocupam mais tempo da sessão na elaboração de MIs, que tende a aumentar à medida que o processo terapêutico avança, facto que não ocorre nos casos de insucesso terapêutico. Além disso, os MIs de reconceptualização e desempenho da mudança são muito pouco frequentes nos casos de insucesso, verificando-se o oposto no que diz respeito aos casos de sucesso, nos quais aparecem habitualmente no meio do processo terapêutico e aumentam até ao final. Verifica-se, deste modo, uma seme-

lhança entre os dois grupos na fase inicial do tratamento, com os casos de sucesso a marcar a diferença a partir da fase intermédia do processo terapêutico, na qual os MIs de ação, reflexão e protesto progredem para MIs de reconceptualização e desempenho da mudança até ao final do tratamento. Nos casos de insucesso não se verifica a mesma progressão, sendo os MIs de reconceptualização e desempenho da mudança muito pouco presentes.

O Processo de *mutual in-feeding*

Os momentos de inovação surgem como exceções às auto-narrativas dominantes, possibilitando a emergência de experiências, pensamentos ou sentimentos diferentes do padrão rígido e inflexível de funcionamento do indivíduo, trazendo novidade (Santos & Gonçalves, 2009). A introdução de aspetos inovadores, incongruentes com as regras habituais de funcionamento, provoca ansiedade e desencadeia no indivíduo a necessidade de restabelecer o equilíbrio perturbado. Como forma de atenuar o desequilíbrio provocado pelos MIs, o indivíduo realiza pequenos retornos à auto-narrativa dominante (Gonçalves, Ribeiro, Stiles *et al.*, 2011). Estes movimentos podem revelar-se obstáculos ao sucesso terapêutico quando se repetem frequentemente, impedindo que os MIs de ação, reflexão e protesto evoluam para MIs de reconceptualização e desempenho da mudança, o que caracteriza os casos de insucesso terapêutico. De facto, os significados expressos através dos MIs são frequentemente invalidados pela reemergência da auto-narrativa problemática. O desequilíbrio provocado pela emergência dos MIs é confrontado por um retorno imediato ao problema, o que permite a sua perpetuação. O retorno restringe a elaboração de novos significados e permite um fortalecimento da auto-narrativa problemática, não só pela sua presença mas também pelo obstáculo que coloca no desenvolvimento de novas posições (Santos, Gonçalves & Matos, 2011).

Vários são os conceitos que surgem para designar esta dificuldade em manter e explorar a mudança: os autores psicanalíticos utilizam o conceito de resistência; seguidores da terapia cognitivo-comportamental dividem-se entre oposição e reatância (Beutler, Moleiro & Talebi, 2002). Engle e Arkowitz (2006) apresentam o conceito de ambivalência como resultado de discrepâncias nos esquemas do *self* que são relevantes para a mudança. Essa discrepância é produzida por movimentos de aproximação à mudança e movimentos de afastamento. Ou seja, a aproximação à mudança perturba o *status quo* do cliente, que é visto como mais seguro e confortável, e desperta movimentos de aproximação ao problema para reestabelecer o equilíbrio (Engle & Arkowitz, 2008). Engle e colaboradores (Engle & Arkowitz, 2008; Engle & Holiman, 2002) defendem que as mudanças psicológicas originam discrepância e contradição, o que provoca um desequilíbrio no *self*, e propicia a necessidade de diminuir o conflito causado pela mudança. O equilíbrio é alcançado através de respostas protetoras do *self* que diminuem o mal-estar causado pela mudança, através da negação das experiências inovadoras. Nesse sentido, a ambivalência adquire uma função protetora com a qual protege o cliente da ansiedade desencadeada pelo processo mudança (Engle & Holiman, 2002). Swann (1987) sugere que a novidade provoca discrepância, o que desencadeia a necessidade de apresentar e defender informação congruen-

te com a concepção do *self* que está a ser desafiada. A alternância constante entre a expressão da auto-narrativa problemática a par da auto-narrativa alternativa funciona como posições do *self* opostas que adotam uma função negativa para o desenvolvimento da mudança.

Valsiner (2002) defende que o principal objetivo deste movimento cíclico entre as duas *vozes*, que designa por *mutual in-feeding*, consiste na manutenção da estabilidade do *self*, o que impede o seu desenvolvimento. O *mutual in-feeding* permite a manutenção do *status quo* do cliente, o que se reflete no desenvolvimento de esforços para proteger a identidade do *self* e manter a sensação de coerência e integridade (Ecker & Hulley, 2000; Fernandes, Senra & Feixas, 2009). Em psicoterapia, o processo resulta na reaproximação à auto-narrativa dominante a par da emergência da inovação, ou seja, o cliente realiza um movimento cíclico entre a auto-narrativa alternativa e a auto-narrativa problemática, o que interfere com o desenvolvimento de novos significados e a consolidação da mudança.

Tendo por base o processo de *mutual in-feeding*, Gonçalves, Ribeiro, Santos e colaboradores (2009) construíram o Sistema de Codificação do Retorno ao Problema (SCRP), a partir do qual é possível identificar marcadores de retorno ao problema (MRPs). Os MRPs são codificados sempre que a emergência da novidade, identificada através dos MIs, é imediatamente seguida por uma reaproximação à auto-narrativa problemática. De modo a exemplificar o processo, segue-se uma ilustração retirada de um caso de depressão:

Eu tenho a sorte de ter uma família muito compreensiva comigo, no sentido de pai, mãe e irmãos. Conseguimos rir, conseguimos-nos divertir, conseguimos... Sei lá! E eu vivo isso muito intensamente...humm...faz-me bem e eu tenho muita sorte [MI de Reflexão] e ao fim ao cabo tenho medo que essa sorte termine. Tenho medo que isto acabe de um momento para outro. [MRP]

O retorno à auto-narrativa problemática reduz a incongruência desencadeada pelas novas formas de agir, pensar e sentir através da sua desvalorização ou minimização, o que é característico da auto-narrativa problemática e facilita a estabilidade do *self*. Desta forma, o cliente desenvolve um ciclo de oscilação entre a elaboração de MIs, que anula a auto-narrativa problemática, e o retorno ao problema, que elimina a discrepância introduzida pela mudança (Gonçalves, Ribeiro, Stiles *et al.*, 2011).

Estudos realizados com o Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (Gonçalves, Mendes, Ribeiro *et al.*, 2010; Ribeiro & Gonçalves, 2011; Santos *et al.*, 2010) reportam evidências de que nos casos de insucesso terapêutico e nas fases iniciais e intermédias dos casos de sucesso os clientes retomam o equilíbrio perturbado pelos MIs com o retorno à auto-narrativa problemática.

As auto-narrativas relacionais

Nos mais variados modelos terapêuticos, as auto-narrativas revelam-se omnipresentes, pela sua presença ao longo do processo terapêutico, e multifacetadas, devido à variabilidade de temas que

englobam, o que lhes confere funções significativas (Luborsky, Barber & Diguier, 1992). Ou seja, é através de auto-narrativas relacionais que o cliente explicita ao terapeuta as suas dificuldades, fornecendo exemplos concretos das relações que estabelece com os outros. Ao descrever momentos relacionais com a sua rede social, o cliente acredita que é mais fácil para o terapeuta compreender as suas dificuldades do que através da descrição do próprio problema (Luborsky *et al.*, 1992). É através das auto-narrativas que o cliente permite o conhecimento e compreensão dos seus principais conflitos e do modo como interage com os outros (Luborsky & Crits-Christoph, 1990). Assim, surge o interesse pelo processo subjacente à construção das auto-narrativas, ou seja, o modo como o indivíduo organiza as experiências de vida e lhes atribui significado, e os produtos que dele resultam (histórias e narrativas pessoais) como componentes fundamentais para a psicoterapia (Luborsky & Crits-Christoph, 1990; Strupp & Binder, 1984).

Luborsky e Crits-Christoph (1990) defendem que as auto-narrativas pessoais constituem-se como pensamentos que contêm o núcleo de conflito ou tema do padrão relacional do cliente. Vários são os autores que defendem a importância das interações interpessoais no desenvolvimento das auto-narrativas de vida e da identidade do indivíduo, sendo a partir das relações com os outros e com o mundo que o indivíduo atribui significado às suas experiências e permite a construção da sua história de vida (Gergen, 1985; Goolishian & Anderson, 1987; Harré & Gillet, 1994; Polkinghorne, 2004; Sarbin, 1986), através de um processo de constante renegociação entre várias identidades que assume em função das variadas situações (Hermans, 1996; Markus & Nurius, 1986).

Através da análise das sessões terapêuticas, Luborsky descobriu que as auto-narrativas do cliente facilmente se centram em padrões relacionais, sendo compostas por vários elementos, como as pessoas com quem o cliente interage, os acontecimentos que ocorreram e a sua temporalidade na sua história de vida, que são ventilados no processo terapêutico como episódios discretos de relações com os outros ou com o *self* (Luborsky *et al.*, 1992). Este constitui o aspeto fundamental para a análise do *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT) das auto-narrativas dos clientes (Luborsky & Crits-Christoph, 1990), que considera a auto-narrativa como unidade de investigação e integra estudos em torno das auto-narrativas relacionais em psicoterapia.

O padrão relacional obtido através do CCRT pressupõe a identificação de três componentes (*desejo/necessidade* do cliente, *resposta do outro* e *resposta do self*) e assenta em quatro princípios:

- 1) As informações recolhidas das narrativas, através deste método, constituem *episódios relacionais* (ERs), relatados durante as sessões;
- 2) Os componentes do CCRT podem ser eficazmente extraídos dos ERs identificados;
- 3) O CCRT é baseado em critérios de frequência ao longo das auto-narrativas em vez de critérios de saliência, ou seja, são considerados os componentes que aparecem em maior número de ERs e não aqueles que ocupam mais tempo de elaboração;

4) A formulação final do CCRT extraído deve ser a mais significativa da variedade de ERs do cliente, ou seja, os componentes que o compõem devem ser os mais frequentes nos variados contextos de vida e com as diferentes pessoas com quem o cliente interage.

Os componentes identificados são analisados de acordo com a sua dominância no processo terapêutico, ou seja, se os componentes identificados são repetitivos no processo, ou se existe diversidade ao longo dos *episódios relacionais*. Isto é, a elevada dominância de um componente significa que este se encontra presente na maior parte das interações do cliente, independentemente do seu contexto. Segundo Crits-Christoph e Luborsky (1998), menor dominância significa a presença de padrões relacionais mais flexíveis, nos quais os conflitos relacionais são menos frequentes e repetitivos estando associados a uma diminuição da sintomatologia.

As respostas do *outro* e do *self* podem ainda ser identificadas como positivas (p.e. *autoconfiante*) ou negativas (p.e. *impotente*), sendo as respostas positivas consideradas facilitadoras da concretização dos *desejos* ou *necessidades* do cliente, constituindo um aspeto fundamental para a análise do CCRT. Segundo Luborsky *et al.* (1992), nos casos de sucesso terapêutico que apresentam mudança de auto-narrativa, as respostas negativas do *outro* e do *self* diminuem ao longo do processo terapêutico enquanto que as respostas positivas aumentam consideravelmente.

Em termos de CCRT, a mudança de auto-narrativa relacional ocorre quando o tema desadaptativo presente nos ERs da fase inicial do tratamento se torna menos central e abrangente e passa a estar ausente ou menos presente nas sessões finais (Crits-Christoph *et al.*, 1998). Isto é, as respostas positivas aumentam consideravelmente, acompanhadas por uma diminuição da dominância dos componentes do CCRT que acompanham a mudança sintomática esperada (McMullen & Conway, 1997).

Nesse sentido, vários autores interessaram-se pela associação do desenvolvimento da psicopatologia às dificuldades relacionais. Existem evidências empíricas de associação positiva entre a gravidade da patologia e os padrões relacionais estereotipados (Cierpka *et al.*, 1998) e entre a severidade depressiva e experiências negativas com as reações dos outros (Albani, Benninghofen *et al.*, 1999). Diger e colaboradores (2001) relatam ainda que clientes com perturbação da personalidade com características psicóticas percebem os outros como menos negativos do que clientes com perturbação da personalidade *borderline* ou neurótica. Crits-Christoph e Luborsky (1998), bem como Eklund e Nilsson (1999) referem mudanças positivas nas relações interpessoais e na psicopatologia após um período de tratamento; resultados que, no entanto, não foram confirmados em outros estudos semelhantes (Wilczek, Weinryb, Barber *et al.*, 2004). De facto, os autores verificaram uma diminuição da dominância dos componentes e um aumento das respostas positivas do *outro* e do *self*, indiciando maior flexibilidade no padrão relacional. No entanto, essas mudanças não se encontravam relacionadas com mudança sintomática. Wilczek *et al.* (2004) interpretam os resultados obtidos com base no estudo realizado por Staats, Strack e Seinfeld (1997) com voluntários sem diagnóstico psicopatológico que eram entrevistados com um intervalo de 6 meses para proceder à análise das auto-narrativas relacio-

nais através do CCRT. Os resultados demonstraram que os voluntários registavam mudanças positivas na *resposta do outro* e do *self*, o que coloca a hipótese de que poderá existir mudanças no padrão relacional do cliente avaliado através do CCRT sem acompanhamento psicoterapêutico. Neste sentido, Wilczek e colaboradores colocam a hipótese de que a correlação com a mudança sintomatológica não se verifica porque as mudanças apresentadas ao nível do CCRT podem ser resultado de aspetos não relacionados com a psicoterapia.

Por outro lado, Crits-Christoph e Luborsky (1990) realizaram um estudo sobre a mudança nos componentes do CCRT (*desejo, resposta do outro e resposta do self*) e os resultados demonstram que a alteração dos componentes estão significativamente correlacionados com a melhoria sintomática, avaliada a partir da *Health-Sickness Rating Scale* (Luborsky, 1975). Os resultados obtidos demonstraram que os componentes do CCRT mudam na direção esperada da mudança dos sintomas. Estes resultados podem ser explicados pela resolução e extinção dos padrões de conflito relacional verificados inicialmente (Davanloo, 1978; Ekstein, 1956) ou pela desvalorização desses padrões pelo cliente, como resultado dos ganhos obtidos ao longo do processo terapêutico (Pfeffer, 1963; Schlessinger & Robbins, 1975). Ao estabelecer uma comparação entre casos de sucesso e insucesso terapêutico, Luborsky (1977) refere que a única diferença encontrada reside no facto dos casos de sucesso demonstrarem “*maior mestria*” no tema principal da auto-narrativa nas últimas cinco sessões do tratamento, o que se traduz numa maior percentagem de respostas positivas. Uma possível explicação para estes resultados prende-se com a melhoria do desempenho social por parte do cliente na realização dos seus *desejos*.

Objetivos do estudo

Com base nos pressupostos teóricos anteriormente apresentados, pretende-se com o presente projeto analisar a evolução dos efeitos da psicoterapia orientada pelo modelo cognitivo-comportamental ao nível da emergência de momentos de inovação e qual o impacto dessa emergência nas auto-narrativas relacionais. Deste modo, podemos delinear três objetivos, através da análise:

- 1) do padrão da emergência de MIs no processo terapêutico, como indicador da emergência de uma nova auto-narrativa de vida da cliente;
- 2) da frequência de MRPs ao longo das sessões, revelando-se obstáculos para a consolidação de uma auto-narrativa alternativa;
- 3) da mudança no CCRT, como reflexo da resolução do conflito relacional e da consistência dos ganhos obtidos.

Método

Cliente

Q, à data da sua participação no projeto de investigação *Mudança Narrativa em Psicoterapia* (PSI/72846/2006), tinha 39 anos, era divorciada e tinha uma filha em idade escolar. Era professora numa escola, mas encontrava-se de baixa médica, por proposta do conselho executivo devido aos seus consecutivos atrasos e faltas, situação que se manteve até ao final do tratamento. Encontrava-se medicada por um médico psiquiatra. A sua inclusão no projeto foi baseada no cumprimento dos critérios de diagnóstico para Perturbação Depressiva Major ao nível do eixo I e nenhum diagnóstico no eixo II, definido através de uma entrevista estruturada de triagem para verificação dos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (2002). A cliente foi reencaminhada para seguimento em psicoterapia segundo o modelo cognitivo-comportamental e o processo terapêutico teve a duração de 19 sessões.

Os principais aspetos que constituíam a auto-narrativa problemática apresentada por *Q* centravam-se em dificuldades de várias ordens, nomeadamente no que diz respeito ao cumprimento do horário de trabalho e dispersão na realização de tarefas, agravadas pela dificuldade em definir prioridades. Evidenciava ainda dificuldades de concentração e de memória que, associadas às anteriores, resultavam em variadas situações de adiamento e evitamento da realização de atividades profissionais e pessoais. A cliente admitia ainda dificuldade em manter relações íntimas, o que propiciava variados momentos de solidão. A associação destes fatores resultava numa narrativa de vida marcada por sentimentos de revolta contra ela própria, tristeza, irresponsabilidade, sensação de desapego da realidade e auto-perceção de má mãe, o que aumentava a autocrítica e, frequentemente, dava lugar ao descontrolo emocional. Revelava ainda uma notória falta de assertividade.

Todas as sessões foram transcritas no âmbito do presente estudo.

Terapeuta

O terapeuta de Q foi um estudante de doutoramento em psicologia clínica, de sexo masculino, com 3 anos de experiência prévia como psicoterapeuta. A amostra da qual faz parte o presente caso clínico foi recolhida no contexto do um projeto de investigação sobre mudança narrativa em psicoterapia. O modelo de orientação terapêutica adotado foi o modelo de terapia cognitivo comportamental, sendo supervisionado por um terapeuta mais experiente.

Terapia cognitivo-comportamental

A terapia cognitiva comportamental desenvolvida por Beck e colaboradores (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) consiste numa técnica estruturada, ativa, diretiva e limitada no tempo. Baseia-se no pressuposto de que os sentimentos e comportamentos do indivíduo são altamente influenciados pela forma como estes estruturam o mundo (Beck, 1967, 1976), alicerçados em atitudes ou esquemas desenvolvidos a partir de experiências anteriores.

Segundo Beck (1979), ao contrário de outras psicoterapias tradicionais como a psicanálise e a terapia centrada no cliente, a terapia cognitiva é continuamente ativa e interativa com o cliente, tendo em vista a sua participação e colaboração. Contrariamente a outros modelos de orientação tem como foco o presente, sendo o passado do cliente apenas uma ferramenta para clarificar as dificuldades atuais. A sua principal estratégia consiste na identificação e correção dos pensamentos automáticos, inferências, conclusões e pressupostos do cliente, procurando produzir mudança comportamental.

Beck (1963, 1964, 1967) desenvolveu o modelo cognitivo da depressão que se baseia no pressuposto de que os sintomas depressivos surgem como consequência da ativação de padrões cognitivos negativos, em que os sintomas relacionados com a perda da motivação são explicados através de cognições negativas que desencadeiam a paralisação para a ação. A visão de si mesmo como incapaz e incompetente desenvolve no indivíduo a necessidade de dependência em relação aos outros, que vê como bem-sucedidos e competentes.

Nesse sentido, pretende-se com o presente estudo explorar a mudança em psicoterapia orientada pelo modelo cognitivo-comportamental com base nas análises dos padrões dos MIs, MRPs e CCRT.

Investigadores/ codificadores

A codificação dos MIs tinha sido realizada previamente por dois juízes treinados, estudantes de doutoramento que integram o grupo de investigação. Numa fase inicial, os MIs foram codificados a partir dos vídeos das sessões e, posteriormente, procedeu-se à sua identificação nas transcrições.

Ao nível dos MRPs e do CCRT, além da autora do estudo, participaram dois alunos de doutoramento, como segundos juízes de cada codificação.

Medidas

Para fins de seleção de amostra e avaliação do processo terapêutico, foram administrados os seguintes instrumentos:

Entrevista Clínica Estruturada para Perturbações do DSM-IV-TR do eixo I - SCID-I (First, Spitzer, Gibbons & Williams, 2002): Trata-se de uma entrevista clínica estruturada baseada nos critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR (2002), que permite realizar uma avaliação em termos de sintomas apresentados pelos clientes no que diz respeito ao eixo I. O instrumento foi aplicado numa sessão de triagem, antes do processo terapêutico. O acordo inter juízes deve situar-se entre .83 e .85 (Del-Ben *et al.*, 2001).

Entrevista Clínica Estruturada para Perturbações do DSM-IV-TR do eixo II - SCID-II, (First, Gibbons, Spitzer, Williams & Benjamim, 1997): É uma entrevista clínica estruturada que tem como base o DSM-IV-TR (2002) e os seus critérios de diagnóstico. Permite avaliar a presença de sintomatologia no que diz respeito ao eixo II, relacionado com perturbações de personalidade. A sua aplicação é realizada numa sessão prévia ao processo terapêutico. Os juízes devem ter um acordo igual ou superior a .63 (Weertman, Arntz, Dreesen *et al.*, 2003).

Medidas dos resultados terapêutico:

Inventário de Depressão de Beck– (Beck Depression Inventory – BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996, versão portuguesa adaptada por Coelho, Martins e Barros, 2002): consiste num questionário composto por 21 itens que avalia a presença de sintomas depressivos. Foi aplicado de quatro em quatro sessões durante o processo terapêutico e, posteriormente, em dois momentos de *follow-up*. Os itens são apresentados numa escala de 4 pontos de Likert (0-3), em que o total de valores varia entre 0 e 63. O instrumento apresenta uma consistência interna de .91 (Steer, Brown, Beck & Sanderson, 2001), cujo ponto de corte se situa em 14.29, com um *Reliable Change Index* (RCI, Jacobson & Truax, 1991) de 8.46, recomendado por Seegar, Lambert e Hansen (2002).

Outcome Questionnaire - OQ-45 (Lambert, Burlingame, Umphress, Hansen, Vermeersh, Clouse & Yanchar, 1996, versão portuguesa adaptada por Machado & Klein, 2006): Trata-se de um questionário composto por 45 itens relacionados com o progresso clínico da cliente ao longo do processo terapêutico, aplicado com um intervalo de quatro sessões. O instrumento também foi utilizado para avaliar a manutenção do progresso terapêutico em dois momentos de *follow-up*. Os itens são apresentados numa escala de cinco pontos tipo Likert, (0-4), com um total de pontos que varia entre 0 e 180 pontos. O instrumento apresenta um grau de fidelidade teste re-teste elevado (.84), assim como boa consistência interna (.93, Lambert *et al.*, 1996). Neste estudo, foi utilizada a versão portuguesa

deste instrumento, adaptada por Machado e Klein (2006), também com valores de consistência interna elevados (Machado & Fassnacht, 2012). O RCI (Jacobson & Truax, 1991) para este instrumento é de 18 pontos para que seja considerada a presença de mudança, com um ponto de corte definido de 62 pontos.

Medidas de processo terapêutico:

Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI, Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos & Santos, 2011): consiste num sistema de análise qualitativo que permite a identificação de 5 categorias que constituem os Momentos de Inovação. Estudos realizados que recorreram à utilização do IMCS referem acordos inter juízes consistentes, com um valor de *kappa* de Cohen que varia entre .86 e .97.

Sistema de Codificação do Retorno ao Problema (SCRP, Gonçalves, Ribeiro, Santos, Gonçalves & Conde, 2009): refere-se à análise do retorno ao problema imediatamente após a emergência de um Momento de Inovação, através de um sistema de análise qualitativo. O acordo entre juízes nos vários estudos realizados revela-se consistente, através do valor de *kappa* de Cohen que varia entre .88 e .93.

Manual de utilização do Core Conflictual Relationship Theme (CCRT, Luborsky & Crits-Christoph, 1998, adaptado por Batista, Alves, Freitas & Machado, 2012): trata-se de um sistema de codificação clínico qualitativo que pressupõe a identificação de *episódios relacionais* relatados pelo cliente nas sessões terapêuticas, dos quais são extraídos 3 componentes: *desejo*, *resposta do outro* e *resposta do self*, que devem ser convertidos, numa fase posterior, em categorias padronizadas. Os autores (Luborsky & Crits-Christoph, 1998) defendem a necessidade de cálculo do acordo entre juízes na identificação dos *episódios relacionais*, que deve ser superior a um *kappa* de Cohen de .70.

Procedimento

Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação

Após o treino no IMCS, dois juízes independentes visualizaram os vídeos das sessões integralmente e, após o conhecimento do caso clínico, foram identificados os problemas principais apresentados pela cliente. Foi realizada uma reunião com os dois juízes na qual foram discutidos os problemas definidos por cada um, de modo a alcançar o consenso. A partir da definição dos problemas, os juízes codificaram os MIs, com base no IMCS (Gonçalves, Ribeiro, Mendes *et al.*, 2011) de forma independente, como sendo elementos de novidade em relação aos problemas apresentados. Cada juiz identificou a presença dos MIs, o seu tipo, conteúdo e a duração no vídeo, através da utilização de uma

grelha de registo. O acordo de codificação dos MIs foi calculado com base na codificação inicial de todas as sessões de cada juiz realizada de forma independente. A codificação final diz respeito ao resultado de uma discussão consensual entre os dois juízes que, em caso de dúvida, recorriam a um auditor com prática na utilização do IMCS. O valor do acordo obtido para a identificação da presença de MIs corresponde a 85.9%. Para a identificação dos tipos e subtipos de MIs, foi calculado o valor do *kappa* de Cohen que corresponde a .97 para os tipos de MIs e a .96 para os subtipos.

A codificação dos MIs foi realizada previamente a este estudo, no âmbito de um estudo mais vasto.

Sistema de Codificação do Retorno ao Problema

Os dois juízes realizaram o treino do RPCS previamente à codificação do caso. Antes de dar início ao processo de codificação, procedeu-se à leitura de todas as sessões de modo a ter um conhecimento do caso clínico, problemas apresentados e MIs identificados. De seguida, de forma independente, os dois juízes codificaram independentemente os MRPs de todas as sessões, sendo realizadas reuniões de modo a obter consenso na presença/ausência de retorno. Nesta codificação, em situações de dúvida, participou ainda um auditor externo com prática no RPCS. Para o auditor eram enviados excertos das sessões, com o MI em questão devidamente contextualizado e o texto que precede o MI.

O acordo de codificação prévio ao estabelecimento de consenso entre juízes foi calculado através do *kappa* de Cohen, sendo obtido o valor de .92.

Core Conflitlual Relationship Theme

As sessões foram codificadas por dois juízes, um dos quais com treino prévio no sistema de codificação e outro que passou por uma fase de treino. Foram codificadas as sessões iniciais, intermédias e finais do caso clínico.

A codificação processa-se em duas fases: a primeira fase consiste na identificação dos *episódios relacionais* pelos dois juízes de forma independente, sendo seguida de uma reunião na qual é registado o acordo da identificação dos ERs, bem como a extensão dos mesmos. Nesta mesma fase são identificadas as personagens do ER (pessoas, *self*, terapeuta), a temporalidade (episódio passado, recente ou atual), e o grau de elaboração, que varia entre 1 e 5 pontos, dependendo dos elementos que constituem o *episódio*. Na segunda fase, são identificados os componentes de todos os ERs (*desejo, resposta do outro e resposta do self*). Segue-se uma segunda reunião na qual são discutidos os componentes identificados. Posteriormente procede-se à conversão dos componentes em categorias padronizadas, tendo por base o apêndice B (**Anexo 1. Categorias Padronizadas do CCRT.**), extraídas do guia de codificação de Luborsky e Crits-Christoph (1990). A conversão tem como objetivo evitar ambiguidades e facilitar o processo de comparação através da atribuição final das mesmas categorias às componentes. Para tal, existem duas edições disponíveis: uma que contém as micro-categorias, que são mais específicas e criadas a partir de resultados empíricos (p.e. *ser respeitada*) e outra constituída por

macro-categorias, mais gerais e que agrupam as micro-categorias em *clusters* (p.e. *ser amada e compreendida*, da qual faz parte a micro-categoria *ser respeitada*), sendo de natureza teórica (Barber, Crits-Christoph & Luborsky, 1998). No presente estudo, serão apresentadas as categorias pertencentes às duas edições. Numa fase final, é elaborado o CCRT final do cliente, para a qual os autores do sistema de codificação defendem a necessidade de pelo menos 10 ERs.

Para uma melhor avaliação dos padrões relacionais do cliente, foi ainda realizada a análise das respostas do *outro* e do *self* como positivas ou negativas.

O acordo obtido na identificação dos *episódios relacionais* foi de 88%, tendo por base a identificação independente de cada juiz, prévia à discussão consensual. No que diz respeito às respostas positivas, foi obtido um valor de *kappa* de Cohen de .90 na codificação das *respostas do outro* e de .89 nas *respostas do self*, sendo também os valores prévios ao estabelecimento de consenso.

Resultados

“Não sou aquele que sabe, mas aquele que busca.”

(Hermann Hesse)

Evolução dos sintomas

Através dos resultados obtidos no BDI-II, verificou-se uma melhoria sintomática, tendo-se registado na primeira sessão 35 pontos e na última 11 pontos. Recorrendo aos critérios propostos pelo RCI (Jacobson & Truax, 1991) e o ponto de corte do instrumento de 14.29, podemos afirmar que ocorreu uma melhoria clinicamente significativa nos sintomas depressivos apresentados. A cliente foi ainda avaliada em dois momentos de *follow-up*, obtendo o valor de 24 pontos, 18 meses após o tratamento, e 19 pontos, 30 meses depois de terminar o processo terapêutico. Considerando o ponto de corte do instrumento (14.29) podemos verificar que a sintomatologia depressiva aumentou significativamente nas duas avaliações de *follow-up*, comprovado pelo cumprimento dos critérios do RCI (Jacobson & Truax, 1991), que revelaram um aumento superior a 8 pontos nos valores obtidos no BDI entre o término do processo terapêutico e o período de *follow-up*.

No que diz respeito ao OQ-45, registou-se um progresso ao longo do processo terapêutico, que variou de 104 pontos na primeira sessão para 66 pontos na última. De acordo com o RCI (Jacobson e Truax, 1991), a cliente progrediu uma vez que a variação de valores apresentados ultrapassa os 18 pontos. No entanto, não foi atingido o ponto de corte de 62 valores, o que significa que a mudança não foi clinicamente significativa. Em termos de *follow-up*, verificou-se um aumento dos valores clinicamente significativo, sendo de 103 pontos no primeiro momento de avaliação (18 meses) e de 98 no segundo momento (30 meses) após o término do processo terapêutico. Estes valores ultrapassam o ponto de corte deste instrumento (62 pontos) e cumprem os critérios do RCI nas duas avaliações, o que nos permite afirmar que houve uma deterioração clinicamente significativa no período de *follow-up*.

Neste sentido, considerando os critérios propostos pelo RCI, podemos afirmar que o presente caso clínico retrata um sucesso terapêutico no que diz respeito ao BDI-II, e uma melhoria sintomática relativamente ao OQ-45, tendo sido assinalada uma clara recaída no período de *follow-up* nos resultados obtidos nos dois instrumentos.

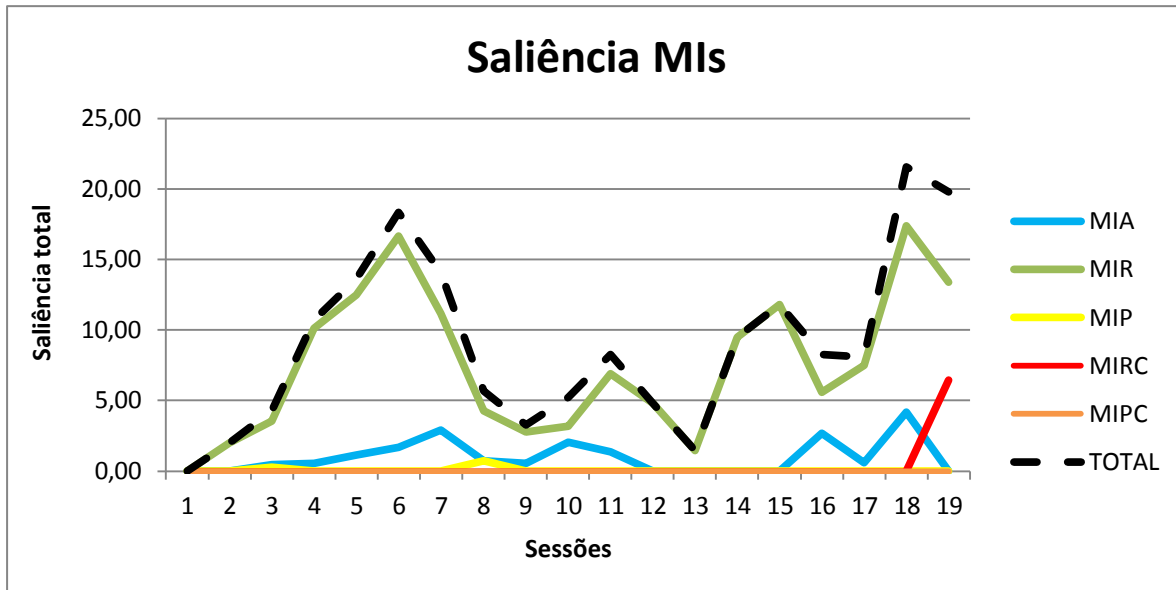
MI's e MRP's

A análise da emergência dos MI's ao longo do processo terapêutico revelou que a saliência total da sua elaboração corresponde a 8.99%, no total das sessões. O valor da saliência dos MI's foi calculado com base na percentagem de texto que os MI's ocupam nas transcrições de todas as sessões. O valor obtido traduz o cálculo da média do total de palavras de todos os tipos de MI's a dividir pelo total de palavras de cada sessão, multiplicado por 100.

As sessões terapêuticas foram ainda analisadas isoladamente, uma vez que a percentagem de MI's não é constante ao longo de todo o processo. Deste modo, verificou-se que a sessão 18 apresentava a maior saliência de MI's, com 21.5% do tempo ocupado na emergência de MI's. Por outro lado, a

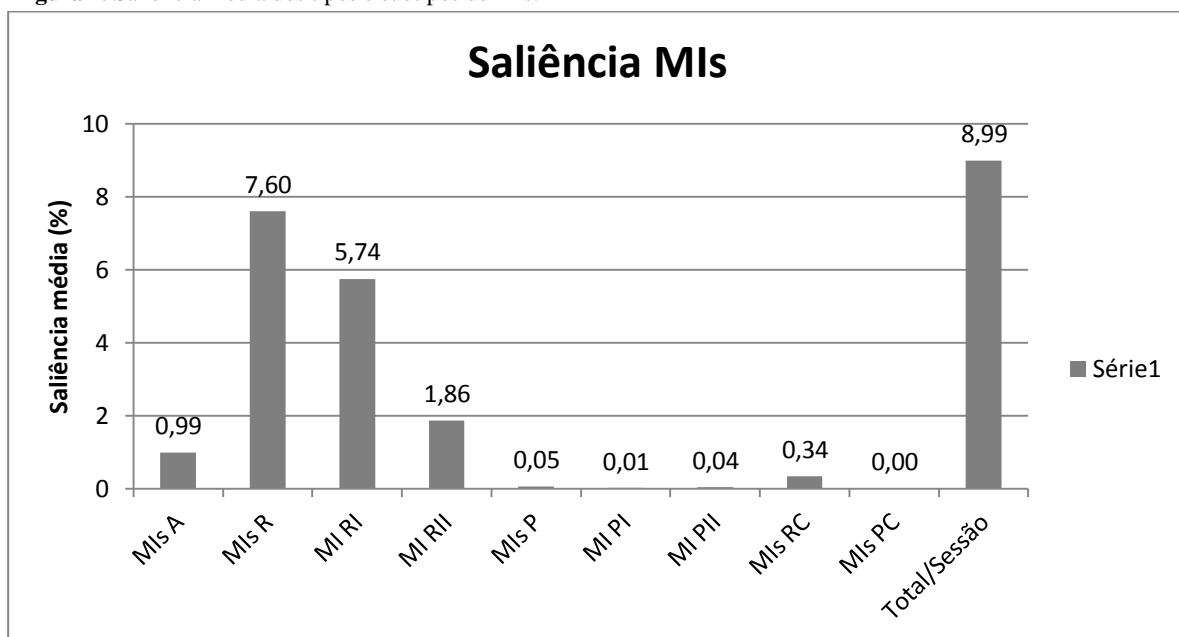
sessão 13 foi aquela que apresentou a percentagem mais reduzida (1.45%). De referir ainda que na primeira sessão do processo terapêutico não se verificou qualquer MI.

Figura 1. Saliência por sessão dos tipos e subtipos de MIs.



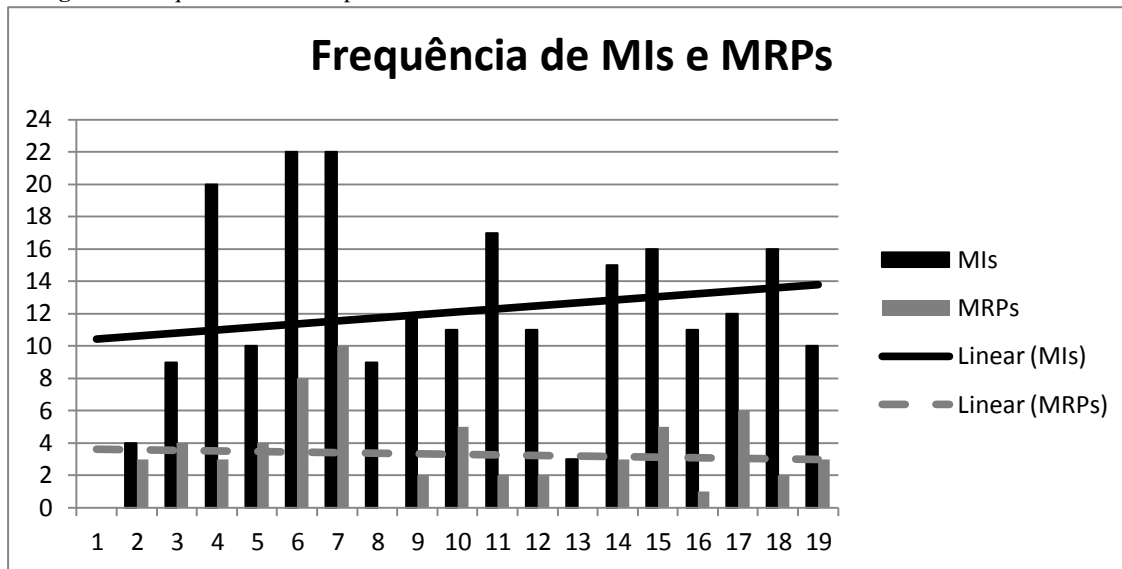
A figura 3 ilustra a evolução dos MIs ao longo do processo terapêutico, a partir da qual é possível observar que o MI com maior saliência foi a reflexão (7.60%), em contraste com o protesto que apenas ocupou 0.05% no total das 19 sessões. Os MIs de ação e de reconceptualização apresentaram-se pouco salientes, com apenas 0.99% e 0.34%, respetivamente. Não se verificou a presença de MIs de desempenho da mudança. Em conjunto, os MIs de reflexão e protesto ocuparam 7.66% da saliência. A reflexão de tipo I ocupou 5.74% do processo terapêutico, seguida do tipo II com 1.86%. Os MIs de protesto de tipo I ocuparam apenas 0.01% e o subtipo II deste MI ocupou 0.04% da restante saliência.

Figura 2. Saliência média dos tipos e subtipos de MIs.



No que diz respeito ao movimento de retorno ao problema, analisado através dos MRPs, verificou-se que a percentagem total é de 27.4%. Através da figura 4, verifica-se que a sessão 7 foi aquela que apresentou maior percentagem de MRPs, em contraste com as sessões 8 e 13 nas quais não se registaram movimentos de retorno à auto-narrativa problemática. Através da linha de tendência, podemos verificar que os MRPs diminuíram gradualmente ao longo do processo terapêutico, em contraste com os MIs que evidenciaram um aumento da sua elaboração.

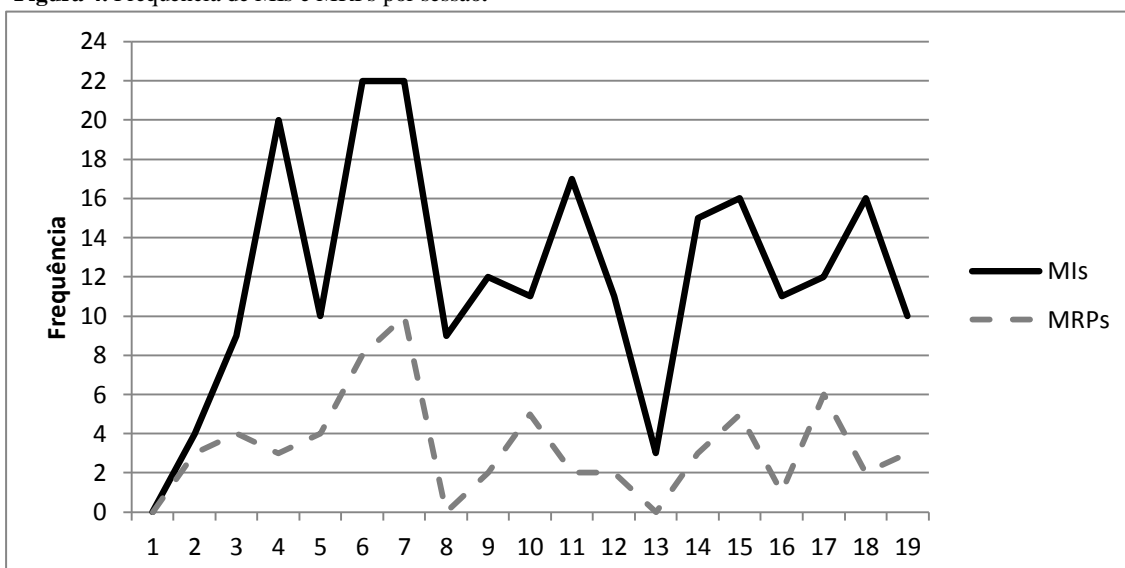
Figura 3. Frequência de MRPs por sessão.



Os MIs de reflexão, que se apresentaram como os mais salientes, foram aqueles que revelaram maior percentagem de MRPs (25.2%). Em termos de subtipos os resultados obtidos foram idênticos, na medida em que o subtipo I da reflexão foi também aquele que apresentou maior percentagem de MRPs após a sua emergência (19.1%).

Após a análise dos presentes resultados, foi explorada a possível existência de associação entre a elaboração de MIs e o MRPs (figura 5).

Figura 4. Frequência de MIs e MRPs por sessão.



Através da *Simulation Modeling Analysis - SMA* (Borkardt, Nash, Murphy, Moore, Shaw & O'Neil, 2008), verificou-se uma elevada correlação, estatisticamente significativa, entre as duas ocorrências ao nível de lag 0 ($r = +0.64$; $p=0.002$), tendo-se recorrido à correção de Bonferroni para o cálculo da correlação.

CCRT

Os resultados obtidos através da análise do CCRT demonstram que as mudanças ao nível dos componentes foram reduzidas. A tabela 2 apresenta as categorias padronizadas mais frequentes ao longo do processo terapêutico, estando representadas as macro e as micro-categorias, bem como a sua frequência nos *episódios relacionais* relatados.

Deste modo, podemos verificar que a macro-categoria do *desejo* das sessões iniciais manteve-se nas sessões intermédias, sendo diferente nas sessões finais. Num momento inicial *ser amada e compreendida* apareceu em 35.3% dos ERs, mantendo-se em 35% na fase seguinte. Nas sessões finais, surgiu o *desejo* de *alcançar, ser melhor e ajudar os outros*, presente em 53% dos ERs codificados. Neste sentido, observou-se a manutenção da dominância deste componente até à fase intermédia e um aumento na fase final. No que diz respeito às micro-categorias, verificaram-se flutuações nas categorias identificadas. Inicialmente a cliente ambicionava *ser respeitada e alcançar* (29%), com o desenvolvimento do processo apareceu a micro-categoria de *ser compreendida* acompanhada da necessidade de *alcançar* (25%). Nas sessões finais, a micro-categoria *alcançar* assume maior expressão, tornando-se a mais frequente (46.6%). De referir que o *desejo* das sessões finais, além de registar uma mudança em comparação com os momentos anteriores e mais voltado para as necessidades da cliente, assume maior frequência, tornando-se menos flexível.

Ao nível da *resposta do outro*, verificou-se um padrão estável ao longo do processo terapêutico na macro-categoria *rejeitam e opõem-se* que ocupou 69% dos ERs iniciais e menos 1% nos intermédios. Nas sessões finais abrangeu 50% dos ERs codificados. Apesar da manutenção da categoria negativa, a *resposta do outro* tornou-se progressivamente mais flexível, o que se traduz na diminuição da sua dominância ao longo do processo. Nas micro-categorias existiram oscilações, em que os outros *não respeitam* (23%) nas sessões iniciais, tornando-se *não prestáveis* (36.8%) na fase intermédia e, no final, voltaram a assumir a categoria inicial, com referência em 20% dos ERs.

A *resposta do self* mais frequente ao nível das macro-categorias foi *impotente* e manteve-se ao longo do processo terapêutico, apesar de a sua dominância diminuir desde a fase inicial (64.7%) até à final (46.6%), tornando-se mais flexível. Através da análise das micro-categorias, verificaram-se oscilações. Além da presença da impotência, inicialmente a cliente referiu-se como *fora de controlo* (35%) e *desapontada* (25%) nas sessões intermédias. No final, apresentou micro-categorias diversificadas com a mesma frequência (13.3%), entre as quais *autoconfiante, fora de controlo, desapontada, impotente e insegura*.

Tabela 2. Categorias mais frequentes do CCRT.

	Iniciais	Intermédias	Finais
<i>Desejo</i> (MACRO) ¹	6. Ser amada e compreendida..... 35.3%	6. Ser amada e compreendida..... 35%	8. Alcançar, ser melhor, ajudar os outros..... 53%
<i>Desejo</i> (MICRO)	6.3. Ser respeitada..... 29% 8.22 Alcançar..... 29%	6.1. Ser compreendida..... 25% 8.22 Alcançar..... 25%	8.22. Alcançar..... 46.6%
<i>Resposta do Outro</i> (MACRO)	5. Rejeitam e opõem-se.....69%	5. Rejeitam e opõem-se..... 68%	5. Rejeitam e opõem-se..... 50%
<i>Resposta do Outro</i> (MICRO)	5.6. Não respeitam.....23% 5.4 Rejeitam.....23%	5.14. Não prestáveis..... 36.8%	5.6. Não respeitam..... 20% 5.14 Não prestáveis..... 20%
<i>Resposta do Self</i> (MACRO)	6. Impotente..... 64.7%	6. Impotente..... 55%	6. Impotente..... 46.6%
<i>Resposta do Self</i> (MICRO)	6.13. Fora de controlo..... 35%	7.20. Desapontada..... 25%	5.18 Autoconfiante..... 13.3% 6.13 Fora de controlo..... 13.3% 6.17 Impotente..... 13.3% 6.19 Insegura 13.3% 7.20 Desapontada..... 13.3%

Nota: os valores correspondem à percentagem de ERs nos quais a cliente relatou as macro e micro-categorias representadas, sendo as mais frequentes em cada edição.

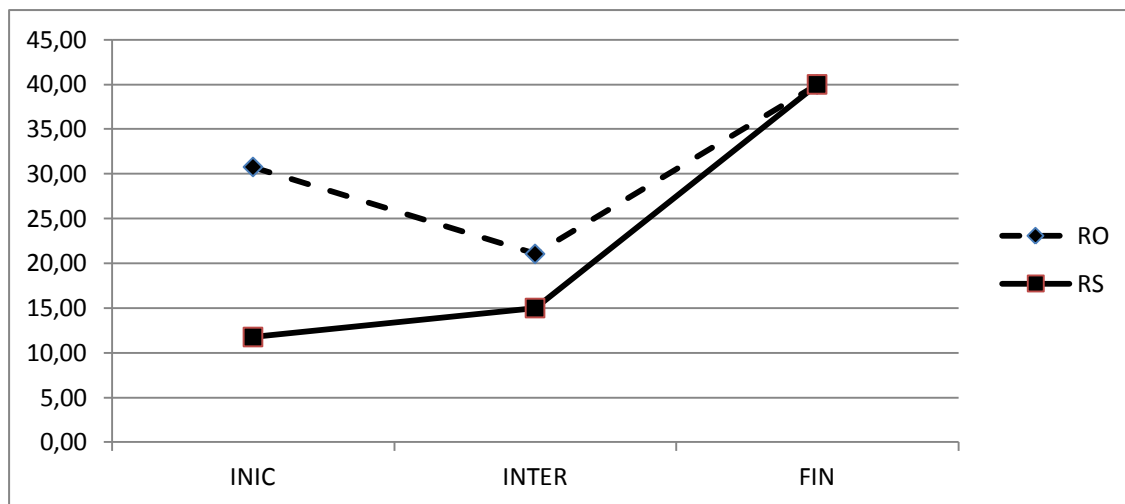
Em termos de formulação de CCRT, podemos afirmar que numa fase inicial a cliente queria ser amada e compreendida, os outros rejeitaram e opuseram-se e ela sentiu-se impotente e descontrolada. A meio do processo terapêutico, a cliente ambicionava a compreensão mas, como os outros continuaram a rejeitar, ficou impotente e desapontada. Numa fase final, a cliente queria alcançar os seus objetivos, ser melhor e ajudar os outros, que se mantiveram no papel de rejeição, o que despertou na cliente uma visão como impotente, insegura, fora de controlo, desapontada mas, pela primeira vez, começou a relatar respostas de autoconfiança.

Relativamente à expressão de respostas positivas, facilitadoras da concretização dos *desejos* e *necessidades* da cliente, verificou-se que as respostas positivas do *self* aumentaram gradualmente ao longo das sessões, sendo mais evidente a partir da fase intermédia. De facto, a cliente iniciou o processo terapêutico com poucos movimentos em favor do *desejo*, exibindo apenas 11.7% de respostas posi-

tivas que evoluiu para 15% na fase intermédia. A partir desta fase a percentagem de respostas de aproximação aos *desejos* e *necessidades* aumentou consideravelmente, registando 40% de respostas positivas nas sessões finais. Apesar do aumento progressivo de respostas positivas do *self* é possível observar que os movimentos facilitadores da concretização dos *desejos* e *necessidades* foram reduzidos, justificando a manutenção de uma resposta negativa do *self* (*impotente*) ao longo de todo o processo.

O *outro* assumiu uma maior percentagem de respostas positivas quando comparado com as *respostas do self*, iniciando o processo com 30.7% de respostas facilitadoras. Na fase intermédia registou uma diminuição para 21% e terminou o processo terapêutico com a mesma percentagem de respostas positivas (40%). Tal como aconteceu na *resposta do self*, apesar do padrão evolutivo de reações em favor do *desejo* da cliente, as respostas mais frequentes apresentaram consecutivamente um cariz negativo (*rejeitam e opõem-se*), justificando a reduzida percentagem de 40% de respostas positivas.

Figura 5. Respostas positivas.



Discussão

*“O mundo é redondo,
e o lugar que parece o fim pode ser o começo.”*

(Ivy Baker Priest)

Os resultados obtidos apresentam semelhanças e diferenças quando comparados com estudos prévios (Alves, Fernández-Navarro, Ribeiro *et al.*, *in press*; Gonçalves, Mendes, Ribeiro *et al.*, 2010; Matos, Santos, Gonçalves & Martins, 2009; Ribeiro, Cruz, Mendes *et al.*, 2012). No entanto, antes de se proceder à discussão dos mesmos, revela-se importante referenciar que o presente projeto trata-se de um estudo de caso acompanhado em psicoterapia segundo o modelo cognitivo-comportamental que, até ao presente, se encontra pouco explorado no âmbito dos estudos de mudança em psicoterapia a partir dos MIs. Por esse motivo, apesar do vasto leque de investigação realizada na área, a comparação dos resultados obtidos com outros estudos realizados pode apresentar algumas fragilidades, dada a especificidade de cada modelo teórico na mudança do cliente no processo psicoterapêutico.

A saliência total dos MIs ao longo das sessões revelou-se diminuída quando comparada com outros estudos com casos de sucesso terapêutico (Alves, Fernández-Navarro *et al.*, *in press*; Gonçalves, Mendes, Ribeiro *et al.*, 2010; Ribeiro, Cruz, Mendes *et al.*, 2012), nos quais a saliência dos MIs corresponde a valores superiores a 20%. No presente estudo, a saliência da elaboração de uma auto-narrativa alternativa corresponde a 8.99%. Este valor pode ser explicado pelos tipos de MIs elaborados ao longo do processo terapêutico (reflexão e ação), considerados por Gonçalves e colaboradores (2009) as tipologias mais elementares. De referir ainda que, no que diz respeito aos MIs de reflexão, foi o tipo I que se revelou mais frequente (5.74%), que consiste no passo inicial para a mudança marcado pelo distanciamento do problema. A reflexão de tipo II, que pressupõe maior foco na mudança, apenas ocupou 1.86% em todas as sessões. Relativamente à reconceptualização e desempenho da mudança, característicos a partir da fase intermédia em casos de sucesso, não se confirmou no presente estudo de caso. Segundo Gonçalves e colaboradores (2009), a mudança narrativa resulta da variedade da emergência de MIs, sendo este um fator primordial para o desenvolvimento de uma nova auto-narrativa consistente e coerente. No presente caso, o processamento, integração e desenvolvimento dos pequenos passos de mudança aparentemente não foram suficientemente consolidados para dar lugar à emergência de reconceptualização e desempenho da mudança, revelando um comprometimento no estabelecimento da mudança narrativa. Apesar de se tratar de um caso de melhoria sintomática, diferenciado através de critérios objetivos do RCI, o padrão obtido através da análise dos MIs revelou-se mais próximo daquele que tem sido referenciado em estudos anteriores como o padrão característico de casos de insucesso terapêutico (Gonçalves, Mendes, Ribeiro *et al.*, 2010; Matos, Santos, Gonçalves *et al.*, 2009; Mendes, Ribeiro, Angus *et al.*, 2010; Santos *et al.*, 2010). Ou seja, aparentemente trata-se de um caso de melhoria sintomática que não foi acompanhado por mudanças psicológicas mais profundas, como é o caso da mudança de auto-narrativa.

No que diz respeito aos MRPs, estes ocuparam 27.4% do processo terapêutico, representando valores mais elevados em MIs de reflexão (25.2%). Este resultado corresponde ao que tem vindo a ser encontrado em outros estudos cuja percentagem de MRPs varia entre 20% e 40% (Ribeiro, Cruz *et al.*, 2012; Ribeiro, Mendes *et al.*, 2012). O movimento de retorno ao problema após a emergência da inováção permite o restabelecimento do equilíbrio do *self*, perturbado pela mudança, mas impede a assimilação e o desenvolvimento da mesma (Gonçalves & Ribeiro, 2011). De um modo geral, a percentagem de MRPs no presente estudo apresentou uma ligeira diminuição desde as sessões iniciais até às finais, o que se revela característico de casos de sucesso terapêutico (Gonçalves, Ribeiro & Stiles, 2011). Por outro lado, é ainda importante referir que a sessão que registou maior percentagem de MRPs (sessão 7) foi imediatamente seguida da primeira sessão com maior frequência de MIs no processo terapêutico. Neste sentido, podemos colocar a hipótese de que a cliente poderá não ter sido capaz de resolver a ambivalência em torno da mudança, essencial para a assimilação dos pequenos passos para a mudança e o seu desenvolvimento. Ou seja, existe a possibilidade de a ansiedade provocada pela mudança ser mais ameaçadora para a cliente do que a manutenção dos sintomas, o que atribui à ambivalência um papel protetor dessa instabilidade (Engle & Holiman, 2002).

Os resultados do CCRT revelaram-nos a permanência de conflito relacional até ao fim do tratamento. De facto, a interação da cliente com as pessoas que a rodeavam caracterizou-se pela expectativa de compreensão e respeito por parte dos outros, que se opuseram a ela e não a respeitaram, resultando em *respostas do self* como *impotente*. No entanto, ao longo do processo terapêutico, o *outro* exibiu consecutivamente maior percentagem de respostas positivas do que o *self*. Apesar de se manterem em permanente ascensão, as respostas positivas do *self* apenas se encontraram ao mesmo nível das respostas positivas do *outro* na fase final, terminando o processo com 40% de respostas facilitadoras da concretização do *desejo* da cliente. Na fase final, verificou-se uma mudança ao nível do *desejo* que diminui o foco nos outros para a própria, apresentando vontade de alcançar, ser melhor, e ajudar os outros, e na micro-categoria da *resposta do self*, que surgiu pela primeira vez *autoconfiante*. Apesar da *resposta do outro* e do *self* diminuírem a frequência ao longo do processo, os componentes continuaram repetitivos nos episódios relatados, comprovado pela dominância de aproximadamente 50% para os três componentes (*desejo*, *resposta do outro*, *resposta do self*) no final do processo.

Os presentes resultados correspondem ao que tem vindo a ser referenciado em estudos desenvolvidos com o objetivo de estabelecer um padrão típico das interações interpessoais de clientes depressivos (Deserno *et al.*, 1998; Vanheulle *et al.*, 2006), nos quais se evidencia o *desejo* de *ser compreendido* e a *resposta do self* de *impotência* como os mais frequentes. De acordo com Crits-Christoph e Luborsky (1990), o método do CCRT pressupõe uma diminuição de relatos de *episódios relacionais* desadaptativos desde a fase inicial até à fase final para que se verifique a mudança no padrão central de funcionamento, que se traduz na diminuição da dominância e maior flexibilidade dos componentes. Perante estes resultados, verificou-se a manutenção dos componentes e da sua dominância nos *episódios* relatados, o que nos permite sugerir que não houve mudança no padrão central das interações

interpessoais da cliente. Estes resultados permitem-nos reforçar a hipótese de que de facto, apesar de se registar uma mudança ao nível da sintomatologia apresentada pela cliente, não foi possível desenvolver uma mudança ao nível dos padrões de funcionamento mais profundos, como são exemplos a auto-narrativa e os padrões relacionais. A percentagem de respostas positivas do *outro* poderá ainda refletir a valorização atribuída pela cliente às respostas negativas do *outro* e uma possível desvalorização das respostas positivas. Além disso, fornece-nos ainda o impacto que as respostas negativas do *outro* têm no seu funcionamento, uma vez que a cliente se demonstrou permanentemente *impotente*. Ou seja, este dado leva-nos a questionar se as respostas de *impotência* foram mantidas pelo impacto da *resposta do outro* na anulação das suas expectativas de respeito, compreensão e ajuda, dificultando o processo de mudança. Por outro lado, o aumento das respostas positivas do *self*, principalmente nas sessões finais, corresponde ao que Luborsky considera o sentimento de mestria. No entanto, esta evolução parece não ser suficiente para estabelecer uma mudança consistente nos padrões relacionais, que poderá ser explicada tendo em conta os problemas que constituíam a auto-narrativa problemática da cliente. Como podemos verificar, a cliente, além de dificuldades relacionais, apresentava variadas dificuldades ao nível da organização do seu dia-a-dia que se tornaram prioridade no processo terapêutico. Ou seja, a necessidade prioritária de reorganizar a vida da cliente poderá ter determinado o menor desenvolvimento das questões relacionais, devido à limitação de tempo da terapia, resultando na reduzida diferenciação do padrão inicial.

Apesar de o presente caso clínico se tratar de um caso com evolução positiva, definida através dos critérios do RCI, os padrões obtidos pelas análises efetuadas ao nível dos MIs e CCRT não foram semelhantes ao que tem vindo a ser encontrado em outros casos de sucesso terapêutico. De facto, apesar de se registar uma melhoria sintomática, não se verificou a consolidação de uma auto-narrativa alternativa, mas provavelmente uma redefinição dos elementos problemáticos como “não problema”, concomitante com a manutenção e repetição dos componentes de cariz negativo ao nível do CCRT. Reportando-nos às medidas utilizadas para avaliar os resultados terapêuticos, é possível afirmar que de facto houve uma mudança sintomática concretizada, confirmada pelo cumprimento dos critérios do RCI (Jacobson e Truax, 1991) quer nos resultados do BDI-II quer no OQ-45. No entanto, também podemos verificar que apesar da diminuição clinicamente significativa dos sintomas depressivos avaliados pelo BDI, alcançando os valores da população normativa, o mesmo não aconteceu no que diz respeito ao progresso terapêutico, uma vez que não foram alcançados os valores da população normativa para o OQ-45 em qualquer fase do processo. Neste sentido, os presentes resultados retratam provavelmente um caso clínico que alcançou a melhoria sintomática mas não foi capaz de a consolidar, justificando a recaída registada nas duas avaliações de *follow-up*, nas quais se verificou o aumento clinicamente significativo da sintomatologia depressiva e a diminuição significativa do progresso terapêutico, tendo por base os critérios do RCI e o ponto de corte de cada instrumento (BDI-II e OQ-45).

Neste sentido, revela-se importante salientar algumas hipóteses interpretativas dos resultados encontrados. A primeira questão prende-se com a dificuldade da cliente na resolução da ambivalência

em torno da mudança ao longo do processo terapêutico, uma vez que foi apenas nas sessões finais que a cliente adotou uma postura mais ativa. Esta nova posição fundamenta-se nas mudanças verificadas ao nível do padrão dos MIs, com a primeira reconceptualização, e do CCRT, em relação à modificação do *desejo* e micro-categoria da *resposta do self* e aumento das respostas positivas. Esta mudança tardia parece indiciar uma ambivalência em relação à mudança e o receio das suas consequências. Isto é, provavelmente não se tratava de uma ambivalência em torno do processo terapêutico ou do terapeuta, mas do impacto das mudanças na sua vida, o que pode ser explicado pela correlação estatisticamente significativa dos MRPs com a emergência dos MIs, representando o conflito que a mudança causava no *self*.

Por outro lado, é importante referir que as mudanças que se verificaram no final do processo ao nível dos MIs e do CCRT podem indiciar uma possível relação entre o surgimento de MIs de reconceptualização e o estabelecimento de mudanças profundas ao nível dos padrões relacionais. Ou seja, coloca-se a hipótese de que, do mesmo modo que a reconceptualização assume um papel preponderante na mudança da auto-narrativa de vida, também ao nível do CCRT e do desenvolvimento de padrões relacionais mais adaptativos seja necessário a consolidação de uma posição metacognitiva do processo de mudança que a reconceptualização contém para estabelecer uma mudança consistente.

A maior expressão de vontade de mudar por parte da cliente na fase final do processo terapêutico pode ainda ser compreendida à luz do modelo transteórico desenvolvido por Prochaska e Norcross (2001). Considerando a possibilidade de a cliente iniciar o processo terapêutico num estágio de motivação para a mudança mais inicial, significa a necessidade de maior esforço e competências a desenvolver do que clientes que iniciam a terapia num estágio mais avançado. Este fator poderá ser explicativo da estabilidade verificada pela cliente ao longo do processo terapêutico e dos sinais de mudança mais evidentes nas sessões finais.

O presente estudo, pelas particularidades que assume, poderá ser entendido com um ponto de partida no estudo do impacto da mudança de auto-narrativa de vida dos clientes na mudança dos seus padrões relacionais, sendo considerado um dos principais focos de problemas. Os padrões obtidos ao nível do CCRT poderão ainda revelar-se fatores discriminativos do tipo de mudança produzida em psicoterapia, através das mudanças nas categorias identificadas. Ou seja, uma maior atenção por parte do terapeuta em relação ao tipo de MIs, frequência de MRPs e características das interações relatadas pelos clientes (i.e. CCRT) em psicoterapia podem revelar-se fatores significativos para a capacidade de produzir mudança consistente e para o sucesso do processo terapêutico.

Além disso, este projeto poderá ainda despertar a necessidade de repensar as particularidades das terapias breves e a sua capacidade de produzir mudança no cliente. Ou seja, é importante questionar se este tipo de terapias, pela sua limitação no tempo, se revelam entraves para a consolidação da mudança e se a duração do processo se torna insuficiente para realizar uma mudança consistente.

Limitações do estudo e investigações posteriores

Ao longo da realização do presente estudo surgiram algumas fragilidades que devem ser alvo de referência, uma vez que implicam alguns entraves na discussão e explicação dos resultados obtidos e devem ser alvo de atenção em investigações futuras. Em primeiro lugar, é importante referir o facto de não existirem estudos que integrem as mesmas análises, conjugando MIs, MRPs e CCRT, em casos clínicos orientados pelo modelo cognitivo-comportamental. Este facto revela-se um entrave no estabelecimento de um ponto comparativo e na discussão dos resultados obtidos, uma vez que não é possível verificar se as particularidades deste estudo de caso significam um padrão característico do modelo terapêutico utilizado ou se resulta da singularidade do caso clínico.

Também a impossibilidade de prolongar o processo terapêutico constitui uma fragilidade. De facto, coloca-se a hipótese de o presente caso clínico beneficiar de resultados mais sólidos com um processo terapêutico mais longo, indiciado pela maior expressão de mudança na fase final do processo, através de movimentos evidentes nos MIs, MRPs e no CCRT. A continuidade do processo terapêutico permitiria a confirmação da obtenção de ganhos mais consistentes a longo prazo.

Por último, a importância de avaliar o estágio de motivação para a mudança antes de iniciar o processo terapêutico, que não foi realizada no presente caso clínico. A informação relativa aos aspetos motivacionais na fase pré-terapêutica poderá ser fundamental para o maior sucesso da psicoterapia, uma vez que permite melhor adequação dos programas e dos modelos às singularidades dos clientes.

Vários são os estudos centrados na mudança terapêutica, no entanto existe cada vez mais a necessidade de aprofundar o tipo de mudanças que são alcançadas, qual o papel do terapeuta na promoção de mudanças sólidas e a importância das características do cliente no acompanhamento em psicoterapia.

Assim, no que diz respeito a investigações futuras seria pertinente aprofundar o estudo com os mesmos sistemas de codificação em casos clínicos, de sucesso e insucesso terapêutico, seguidos pelo modelo cognitivo-comportamental, de modo a verificar se de facto este tipo de modelo se encontra associado a um padrão de mudança diferenciado. Também se revela importante o desenvolvimento da complementaridade das análises com os MIs, MRPs e CCRT no estudo de amostras com outras patologias e orientados por modelos teóricos diferenciados. Por último, seria interessante uma investigação centrada na sensibilidade da tipologia da emergência de MIs, nomeadamente a reconceptualização, às mudanças nos padrões relacionais e nas categorias do CCRT de modo a encontrar possíveis associações que possam orientar o processo e permitir melhores resultados terapêuticos no futuro.

Bibliografia

Albani, C., Villmann, T., Villmann, B., Korner, A., Geyer, M., Pokorny, D., Blaser, G. & Kachele, H. (1999). *Critical review of the categorical structures of the Core Conflictual Relationship Theme Method (CCRT)*. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 49. 408-421.

Alves, D., Mendes, I., Gonçalves, M. M. & Neimeyer, R. A. (in press). *Innovative moments in grief therapy: Reconstructing meaning following perinatal death*. *Death Studies*.

Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E. & Gonçalves, M. M. (in press). *Ambivalence and Innovative Moments in Constructivist Grief Psychotherapy: The cases of Emily and Rose*.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª ed. Texto Revisto. Climepsi Editores. Lisboa.

Anderson, H. (1997). *Conversation, language and possibilities: A postmodern approach to therapy*. Basic Books. New York.

Anstadt, T., Merten, J., Ullrich, B. & Krause, R. (1997). *Affective Dyadic Behavior, Core Conflictual Relationship Themes, and Success of Treatment*. *Psychotherapy Research*. 7(4). 397-417.

Arkowitz, H. (2002). *Introduction*. *Psychotherapy in Practice*. 58(2). 135-137.

Arkowitz, H. (2002). *Towards an integrative perspective on resistance to change*. *Journal of Clinical Psychology: In session*. 58. 219-27.

Barber, J., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1998). *A guide to CCRT standard categories and their classification*. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph. (Eds.). *Understanding transference: The CCRT method*. Basic Books. New York.

Batista, J., Alves, D., Freitas, S. & Machado, A. (2012). *Manual de utilização do Core Conflictual Relationship Theme*. Manuscrito não publicado. Escola de Psicologia. Universidade do Minho. Braga, Portugal.

Beck, A. T. (1963). *Thinking and Depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions*. *Archives of General Psychiatry*. 9(4). 324-333.

Beck, A. T. (1964). *Thinking and Depression: Theory and Therapy*. Archives of General Psychiatry. 10(6). 561-571.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. Hoebner Medical Division. New York.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press. New York.

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

Beutler, L., Moleiro, C. & Talebi, H. (2002). *Resistance in Psychotherapy: What Conclusions are Supported by Research*. Psychotherapy in Practice. 58(2). 207-217.

Book Reviews. (2007). *Psychotherapy Research*. 17(4). 504-507.

Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). *Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case- based time-series analysis*. American Psychologist. 63. 77-95.

Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Harvard University Press. Cambridge.

Cierpka, M., Strack, M. & Benninghoven, D. (1998). *Stereotypical relationship patterns and psychopathology*. Psychother Psychosom. 67. 241-248.

Chance, S. E., Bakeman, R., Kaslow, N. J., Farber, E. & Burge-Callaway, K. (2000). *Core Conflictual relationship themes in patients diagnosed with borderline personality disorder who attempted, or who did not attempt, suicide*. Psychother Res. 10. 337-355.

Coelho, R., Martins, A. & Barros, H. (2002). *Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II*. European Psychiatry. 17. 222-226.

Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1998). *Changes in CCRT pervasiveness during psychotherapy*. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference*: American Psychological Association. Washington DC. 151-163.

Crits-Christoph, P., Gibbons, M., Temes, C., Elkin, I. & Gallop, R. (2010). *Interpersonal Accuracy of Interventions and Outcome of Cognitive and Interpersonal Therapies of Depression*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 78 (3). 420-428.

Davanloo, H. (1978). *Basic principles and techniques in short-terms dynamic psychotherapy*. Spectrum. New York.

Del-Ben, C. M., Vilela, J. A. A., Crippa, J. A. de S., Hallak, J. E. C., Labate, C. M., & Zuardi, A. W. (2001). *Confiabilidade da «Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV - Versão Clínica» traduzida para o português*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 23(3). 156–159.

Denburg, T. F. & Kiesler, D. J. (2002). *An Interpersonnal Communication Perspective on Resistance in Psychotherapy*. *Psychotherapy in Practice*. 58(2). 195-205.

Deserno, H., Hau, S., Brech, E., Braun, B., Graf-Deserno, S. & Grunberg, K. (1998). *“Repeating” the transference? The central relationship conflict topic of the 290th session-questions problems results*. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 48. 287-297.

Diguer, L., Lefebvre, R., Drapeau, M., Luborsky, L., Rousseau, J.-P. & Hébert, E. (2001). *The core conflictual relationship theme of psychotic, borderline, and neurotic personality organizations*. *Psychotherapy Research*. 11. 169–186.

Ecker, B., & Hulley, L. (2000). *The order in clinical disorders: Symptom coherence in depth-oriented brief therapy*. In R.A. Neimeyer & J.D. Raskin (Eds.). *Construction of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy*. American Psychological Association. Washington DC. 63–89.

Eklund, M., & Nilsson, A. (1999). *Changes in object relations in long-term mentally ill patients treated in a psychiatric day-care unit*. *Psychotherapy Research*. 9. 167–183.

Ekstein, R. (1956). *Psychoanalytic techniques*. In Brower, D. & L.E. Abt (Eds.). *Progress in clinicalpsychology*. 2. 79-99. Grune & Stratton. New York.

Engle, D. E., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy*. Guilford. New York.

Engle, D. & Arkowitz, H. (2008). *Viewing resistance as ambivalence: Integrative strategies for working with resistant ambivalence*. *Journal of Humanistic Psychology*. 48(3). 389-412.

Engle, D. & Holiman, M. (2002). *A Gestalt-Experiential Perspective on Resistance*. *Psychotherapy in Practice*. 58(2). 175-183.

Fernandes, E., Senra, E., & Feixas, G. (2009). *Terapia construtivista centrada em dilemas implicativos*. Psiquilíbrios. Braga.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J., & Benjamin, L. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders: SCID-II*. American Psychiatric Press Inc. Washington DC.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version, non-patient edition (SCID-I/NP)*. New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research. New York.

Fitsh, R., Weakland, J. H. & Segal, L. (1982). *The Tactics of Change: Doing Therapy Briefly*. Jossey-Bass. San Francisco.

Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. Norton. New York.

Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: an eclectic-integrative approach* (2nd edition). John Wiley & Sons, Inc. New York.

Gergen, K. J. (1985). *The social constructivist movement in modern psychology*. *American Psychologist*. 40. 266-275.

Goolishian, H. & Anderson, H. (1987). *Languages System and Psychotherapy: an evolving idea*. *Psychotherapy*. 24(3). 529-538.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of the mental patient and other inmates*. Doubleday. New York.

Gonçalves, M. M. (2008). *Terapia narrativa de re-autoria: O encontro de Bateson, Bruner e Foucault*. Psiquilíbrios. Braga.

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., Ribeiro, A., Angus, L., & Greenberg, L. (2010). *Innovative moments and change in emotional focused therapy: The case of Lisa*. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 1-28.

Gonçalves, M. M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A., Angus, L., & Greenberg, L. (2012). *Innovative Moments and Change in Client-Centered Therapy*. *Psychotherapy Research*, 1-13.

Gonçalves, M. M., Ribeiro, A., Matos, M., Santos, A. & Mendes, I. (2009). *The Innovative Moments Coding System: A methodological procedure for tracking changes in psychotherapy*. In S. Salvatore, J. Valsiner, S. Strout, & J. Clegg (Eds.), *YIS: Yearbook of Idiographic Science*. 2. Firera Publishing Group. Roma.

Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & 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., Santos, A., Gonçalves, J., & Conde, T. (2009). *Manual for the return to the problem coding system*version 2*. Manuscrito não publicado. Escola de Psicologia, Universidade do Minho. Braga, Portugal.

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. & Stiles, W. B. (2011). *Narrative and Psychotherapy: Introduction to the special section*. *Psychotherapy Research*, 21(1), 1-3.

Harré, R., & Gillet, G. (1994). *The discursive mind*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Hermans, H. J. M. (1996). *Voicing the self: From information processing to dialogical interchange*. *Psychological Bulletin*, 119, 31-50.

Hermans, H. J. M., & Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-narratives: the construction of meaning in psychotherapy*. The Guilford Press. New York.

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. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., et al. (1996). *The reliability and validity of the Outcome Questionnaire*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258.

Lazarus, A. (1972). *Clinical Behavior Therapy*. Brunner & Mazel. New York.

Luborsky, L. (1975). *Clinicians' judgments of mental health: Specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale*. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 35, 448-480.

Luborsky, L. (1977). Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme. In N. Freedman & S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures*. Plenum. New York. 367-395.

Luborsky, L., Barber, J. P., & Diguier, L. (1992). *The meanings of narratives told during psychotherapy: The fruits of a new observational unit*. *Psychotherapy Research*, 2, 277-290

Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). *Understanding transference: The core Conflictual relationship theme method*. Basic Books. New York.

Machado, P. P., & Fassnacht, D. (2012). *The Outcome Questionnaire (OQ-45) in a Portuguese Population: Psychometric Properties, norms and Confirmatory Factor Analysis*. Manuscrito em preparação.

Machado, P. P. P., & Klein, J. (2006). *Outcome Questionnaire-45: Portuguese psychometric data with a non-clinical sample*. Poster apresentado no 37th Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research. Edimburgo, Escócia.

Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. M., & Martins, C. (2009). *Innovative moments and change in narrative therapy*. *Psychotherapy Research*, 19, 68-80.

Markus, H., & Nurius, P. (1986). *Possible selves*. *American Psychologist*, 41, 954-969.

McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. Morrow. New York.

McAdams, D. P. (2001). *The psychology of life stories*. *Review of General Psychology*, 5, 100-122.

McAdams, D. P., Josselson, R. & Lieblich, A. (2006). *Identity and story: Creating self in narrative*. American Psychological Association. Washington DC.

McMullen, L., & Conway, J. (1997). *Dominance and Nurturance in the Narratives Told by Clients in Psychotherapy*. *Psychotherapy Research*. 7(1). 83-99.

Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L. E., Greenberg, L. S., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2010). *Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments coding system*. *Psychotherapy Research*. 20. 692-701.

Messer, S. B. (2002). *A Psychodynamic Perspective on Resistance in Psychotherapy : Vive lá Résistance*. *Psychotherapy in Practice*. 58(2). 157-163.

Moyers, T. B. & Rollnick, S. (2002). *A Motivational Interviewing Perspective on Resistance in Psychotherapy*. *Psychotherapy in Practice*. 58(2). 185-193.

Neimeyer, R. A., Herrero, O., & Botella, L. (2006). *Chaos to coherence: Psychotherapeutic integration of traumatic loss*. *Journal of Constructivist Psychology*. 19. 127-145.

Newman, C. S. (2002). *A Cognitive Perspective on Resistance in Psychotherapy*. 58(2). 165-174.

Pasupathi, M. (2001). *The social construction of the personal past and its implications for adult development*. *Psychological Bulletin*. 127. 651-672.

Pfeffer, A. (1963). *The meaning of the analyst after analyses: A contribution to the theory of therapeutic results*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 1(1). 229-244.

Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. State University of New York Press. Albany.

Polkinghorne, D. E. (2004). *Narrative therapy and postmodernism*. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. Thousand Oaks: Sage Publications. 53-68.

Prochaska, J. O. & Norcross, J. C. (2001). *Stages of change*. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 38(4). 443-448.

- Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2010). *Innovation and stability within the dialogical self: The centrality of ambivalence*. *Culture & Psychology*, 16, 195-212.
- Ribeiro, A. P. & Gonçalves, M. M. (2011). *Maintenance and transformation of problematic self-narratives: A semiotic-dialogical approach*. *Integrative Psychological & Behavioral Science*, 45, 281-303.
- Ribeiro, A., Cruz, G., Mendes, I., Angus, L., Greenberg, L., Sousa, I., Stiles, W. B., & Gonçalves, M. M. (2012). *Mutual In-Feeding in Client Centered Therapy for Depression*. Manuscrito em preparação.
- Ribeiro, A., Mendes, I., Angus, L., Greenberg, L., Sousa, I., Stiles, W. B., & Gonçalves, M. (2012). *Mutual In-Feeding in Emotion-Focused Therapy for Depression*. Manuscrito em preparação.
- Salgado, J. & Hermans, H. J. M. (2005). *The Return of Subjectivity: From a Multiplicity of Selves to Dialogical Self*. *E-Journal of Applied Psychology: Clinical Section*, 1(1), 3-13.
- Santos, A. & Gonçalves, M. M. (2009). *Innovative Moments and Change Processes in Psychotherapy: An Exercise in New Methodology*. In Valsiner, J. et al (Eds). *Dynamic Processes Methodology in Social and Developmental Sciences*. Springer Science, 22(1), 1-35.
- Santos, A., Gonçalves, M. M., & Matos, M. (2010). *Innovative moments and poor outcome in narrative therapy*. *Counselling and Psychotherapy Research*, First article, 1-11.
- Santos, A. Gonçalves, M. M. & Matos, M. (2011). *Innovative Moments and poor Outcome in narrative therapy*. *Counselling and Psychotherapy Research*, 11(2), 129-139.
- Sarbin, T. R. (1986). *The narrative and the root metaphor for psychology*. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. Praeger, New York, 3-21.
- Schlessinger, N., & Robbins, F. (1975). *The psychoanalytic process: Recurrent patterns of conflict and changes in ego*. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 23, 761-782.
- Seggar, L. B., Lambert, M. J., & Hansen, N. B. (2002). *Assessing clinical significance: application to the Beck Depression Inventory*. *Behavior Therapy*, 33(2), 253-269.

Singer, J. A. (2005). *Personality and psychotherapy: Treating the whole person*. Guilford Press. New York.

Staats, H., Strack, M., & Seinfeld, B. (1997). *Change of the CCRT in subjects not in psychotherapy*. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 2. 166–178.

Steer, R. A., Brown, G. K., Beck, A. T., & Sanderson, W. C. (2001). *Mean Beck Depression Inventory-II scores by severity of major depressive episode*. *Psychological Reports*. 88(3). 1075-1076.

Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key*. Basic Books. New York.

Swann, W. B. (1987). *Identity negotiation: Where to roads meet*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 53(6). 1038-1051.

Valsiner, J. (2002). *Forms of dialogical relations and semiotic autoregulation within the self*. *Theory and Psychology*. 12. 251-265.

Vanheule, S., Desmet, M., Rosseel, Y. & Meganck, R. (2006). *Core Transference Themes in Depression*. *Journal of Affective Disorders*. 91(1). 71-75.

Weertman, A., ArntZ, A., Dreessen, L., Velzen, C. van, & Vertommen, S. (2003). *Short-Interval Test-Retest Interrater Reliability of the Dutch Version of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II)*. *Journal of Personality Disorders*. 17(6). 562–567.

Watzlavick, P., Bavelas, J. B. & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: a study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. Norton. New York.

Wilczek, A. Weinryb, R. M., Barber, J. P., Gustavsson, P. & Asberg, M. (2004). *Change in the core conflictual relationship theme after long-term dynamic psychotherapy*. *Psychotherapy Research*. 14(1). 107-125.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. Norton. New York.

White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton. New York.

Anexo 1. *Categorias Padronizadas do CCRT.*

DESEJOS, NECESSIDADES E INTENÇÕES

Edição 3 [Clusters]	Edição 2	Descrição
1. To assert self & be independent	21. to have self control	To be consistent; to be rational
	28. to be my own person	Not to conform; to be unique
	34. to assert myself	To compel recognition of one's rights
	23. to be independent	To be self-sufficient; to be self-reliant; to be autonomous
2. To oppose, hurt & control others	18. to oppose others	To resist domination; to compete against others
	16. to hurt others	To get revenge; to reject others; to express anger at others
	19. to have control of others	To dominate; to have power; to have things my own way
3. To be controlled, hurt & not responsible	15. to be hurt	To be punished; to be treated badly; to be injured
	20. to be controlled by others	To be submissive; to be dependent; to be passive; to be given direction
	29. to be not responsible/obligated	To be free; to not be constrained
	13. to be helped	To be nurtured; to be given support; to be given something valuable; to be protected
4. To be distant & avoid conflicts	27. to be like others	To identify with other; to be similar to other; to model after the other
	17. to avoid conflicts	To compromise; not to anger others; to get along; to be flexible
	14. to not be hurt	To avoid pain and aggravation; to avoid rejection; to protect/defend myself
5. To be close & accepting	10. to be distant from others	To not express myself/my feelings; to be left alone
	4. to accept others	To be receptive to others
	5. to respect others	To value others
	9. to be open	To express myself; to communicate
	6. to have trust	Others to be honest; others to be genuine
6. To be loved & understood	8. to be opened up to	To be responded to; to be talked to
	11. to be close to others	To be included; not to be left alone; to be friends
	33. to be loved	To be romantically involved
	3. to be respected	To be valued; to be treated fairly; to be important to others
	1. to be understood	To be comprehended; to be empathized with; to be seen accurately
7. To feel good & comfortable	2. to be accepted	To be approved of; not to be judge; to be affirmed
	7. to be liked	Others to be interested in me
	30. to have stability	To be secure; to have structure
	31. to feel comfortable	To relax; to not feel bad
8. To achieve & help others	32. to feel happy	To have fun; to enjoy; to feel good
	24. to feel good about myself	To be self-confident; to accept myself; to have a sense of well-being
	22. to achieve	To be competent; to achieve; to win
	25. to better myself	To improve; to get well
	12. to help others	To nurture others; to give to others
	26. to be good	To do the right thing; to be perfect; to be correct
	35. to compete with someone for another's affection	

RESPOSTAS DO OUTRO

Edição 3 [Clusters]	Edição 2	Descrição
1. Strong	24. strong	Are superior; are responsible; are important
	23. independent	Are self-directed; are not conforming; are autonomous
	29. happy	Are fun; are glad, enjoy
2. Controlling	26. strict	Are rigid; are stern; are severe
	20. controlling	Are dominating; are intimidating; are aggressive; take charge
3. Upset	16. hurt	Are pained; are injured; are wounded
	22. dependent	Are influenced by me; are submissive
	28. anxious	Are scared; are worried; are nervous
	27. angry	Are irritable; are resentful; are frustrated
4. Bad	19. out of control	Are unreliable; are not dependable; are irresponsible
	8. not trustworthy	Betray me; are deceitful; are dishonest
	25. bad	Are wrong; are guilty; are at fault
5. Rejecting & opposing	7. don't trust me	Don't believe me; are suspicious of me
	6. don't respect me	Don't treat me fairly; don't value me; don't admire me
	2. are not understanding	Are not emphatic; are unsympathetic; are inconsiderate
	4. rejecting	Are disapproving; are critical
	10. dislike me	Are not interested in me
	12. distant	Are irresponsible; are unavailable
	14. unhelpful	Are no comforting; are not reassuring; are not supportive
	17. oppose me	Are competitive; deny/block my wishes; go against me
6. Helpful	15. hurt me	Are violent; treat me badly; are punishing
	13. are helpful	Are supportive; give to me; explain
	18. cooperative	Are agreeable
7. Likes me	30. loves me	Is romantically interested in me
	5. respects me	Treat me fairly; value me; admire me
	9. likes me	Are interested in me
	21. gives me independence	Give me autonomy; encourage self-direction
8. Understanding	11. open	Are expressive; are disclosing; are available
	1. understanding	Are emphatic; are sympathetic; see me accurately
	3. accepting	Are not rejecting; approve of me; include me

RESPOSTAS DO SELF

Edição 3 [Clusters]	Edição 2	Descrição
1. Helpful	7. am open	Express myself
	1. understand	Comprehend; realize; see accurately
	9. am helpful	Am supportive; try to please others; am giving
2. Unreceptive	2. don't understand	Am confused; am surprised; have poor self-understanding
	8. am not open	Am inhibited; am not expressive; am distant
	6. dislike others	Hate others
3. Respected & accepted	28. feel comfortable	Feel safe; am or feel satisfied; feel secure
	29. feel happy	Feel excited; feel good; feel joy; feel elated
	30. feel loved	Feel loved
	4. feel respected	Feel admired; feel valued
	3. feel accepted	Feel approved of
4. Oppose & hurt others	5. like others	Am friendly
	11. oppose others	Am competitive; refuse/deny others; conflict with others
5. Self-controlled & self-confident	10. hurt others	Am violent; act hostile
	14. self-controlled	Am responsible
	15. independent	Make my own decisions; am self-directed; am autonomous
	18. self-confident	Am or feel successful; feel proud; feel self-assured
6. Helpless	12. controlling	Am dominating; am influential; manipulate others; am assertive; am aggressive
	13. out of control	Am irresponsible; am impulsive; am unreliable
	17. helpless	Am incompetent; am inadequate
	19. uncertain	Feel torn; am ambivalente; feel conflicted
7. Disappointed & depressed	16. dependente	Am submissive; am passive
	21. angry	Feel resentful; feel irritated; feel frustrated
	20. disappointed	Am not satisfied; feel displeased; feel unfulfilled
	22. depressed	Feel hopeless; feel sad; feel bad
	23. unloved	Feel alone; feel rejected
8. Anxious & ashamed	24. jealous	Feel envious
	27. anxious	Feel scared; feel worried; feel nervous
	26. ashamed	Am embarrassed; feel abashed
	25. guilty	Blame myself; feel wrong; feel at fault
	31. somatic symptoms	Headache; rash; pain; etc.