



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

David Filipe da Silva Oliveira

**Momentos de Inovação: Emergência e
Evolução das Protonarrativas em Terapia
Narrativa**

outubro de 2015



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

David Filipe da Silva Oliveira

**Momentos de Inovação: Emergência e
Evolução das Protonarrativas em Terapia
Narrativa**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação da
Doutor António Ribeiro
e coorientação da
Professor Doutor Miguel Gonçalves

outubro de 2015

DECLARAÇÃO

Nome: David Filipe da Silva Oliveira

Endereço eletrónico: oliveira.david23@gmail.com

Número do Cartão de Cidadão: 13567487

Título da dissertação: Momentos de Inovação: Emergência e Evolução das Protonarrativas em Terapia Narrativa

Orientador: Doutor António Ribeiro

Co – Orientador: Professor Doutor Miguel Gonçalves

Ano de conclusão: 2015

Designação do Mestrado: Mestrado em Psicologia Aplicada

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, 12/06/2015

Assinatura: _____

Índice

A. Enquadramento Teórico	7
1. Terapia Narrativa e Psicoterapia.....	7
2. Auto-Narrativa Problemática e Momentos de Inovação	8
3. Momentos de Inovação e Modelo Heurístico de Mudança	9
4. Protonarrativas.....	11
B. Metodologia	13
1. Amostra	13
1.1 Clientes	13
2. Terapia e Terapeuta	14
3. Medidas	14
3.1 Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação	15
3.2 Sistema de Codificação de Protonarrativas.....	15
3.3 Inventário de Depressão de Beck.....	15
3.4 Questionário dos resultados terapêuticos	16
4. Procedimentos	16
4.1 Codificação dos Momentos de Inovação	16
4.2 Codificação das Protonarrativas.....	17
5. Procedimentos de Análise	18
5.1 Representação das protonarrativas com o <i>State Space Grids</i>	18
5.2 Representação das Protonarrativas em GLM.....	18
C. Resultados	19
1. Identificação das Protonarrativas.....	19
2. Evolução das protonarrativas ao longo do processo terapêutico.....	21
3. Dispersão das Protonarrativas nos Momentos de Inovação	23
D. Discussão de Resultados	25
Referências	28

Índice de Figuras

Figura 1 – Modelo Heurístico da Mudança	11
Figura 2. Desenvolvimento da Nova Auto-Narrativa.....	12
Figura 3. Gráficos da Evolução das Protonarrativas ao longo das sessões	21
Figura 4. Evolução da Proatividade e Reorganização no tempo	23

Índice de Quadros

Quadro 1 – Momentos de inovação	9
Quadro 2 – Proporção total das protonarrativas por caso.....	20
Quadro 3 – Número total de pontos de dominância por sessão.....	22
Quadro 4 – Dispersão das protonarrativas nos MIs.....	24

Lista de Abreviaturas

MIIs – Momentos de Inovação

RUs- Resultados Únicos

RCI – Reliable Change Index

BDI – Beck Depression Inventory

SCMI – Sistema de Codificação Momentos de Inovação

SCP – Sistema de Codificação de Protonarrativas

OQ-45.2- Outcome Questionnaire 45.5

GLM- Generalized Linear Model

Agradecimentos

Quero nesta página deixar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que com o seu apoio e motivação fizeram com que esta tese fosse possível.

Em primeiro lugar, quero agradecer ao Professor Miguel Gonçalves e ao Doutor António Ribeiro pelo apoio prestado durante este processo. Os seus ensinamentos revelaram-se fundamentais para a conclusão desta tese.

Ao grupo de investigação dos MIs, por me ter acolhido tão bem e ter despertado em mim um maior interesse pela área da investigação. Um obrigado especial à Diana, minha companheira de codificação, pela sua ajuda ao longo deste período e pela sua maneira exemplar de trabalhar que muitas vezes se revelou uma forte motivação para mim.

Um agradecimento a todos os meus amigos que de uma maneira ou outra me ajudaram a superar este ano e a ser uma pessoa melhor, entre eles um agradecimento ao Carlos, ao Nelson, ao David e à Vanessa. Um abraço especial ao meu amigo João, pela sua ajuda em certos aspetos técnicos relacionados com este trabalho mas acima de tudo pela sua constante amizade. Há amigos que são para a vida!

Aos meus colegas de curso que fizeram com que me adaptasse rapidamente à universidade e me fizeram sentir em casa. Entre eles, não poderia deixar de referenciar o Roberto, meu companheiro de casa, amigo e confidente. Ao Marcelo pela sua personalidade desafiadora e por despertar em mim o maior interesse pela Psicologia. À Daniela, pela sua forma divertida de encarar as situações e a sua sincera amizade. Um obrigado muito especial à Diana pela sua paciência, pelo carinho e acreditar em mim mesmo quando eu próprio não acreditei.

O maior agradecimento é dirigido à minha família, por tudo o que me ensinaram, pelo amor incondicional e por nunca deixarem de lutar por mim. Ao Joel pela sua preocupação constante e por ter sido sempre um modelo para mim. À minha mãe, o meu maior refúgio, pelo seu carinho e presença constante ao longo da minha vida. Ao meu pai pelo seu pragmatismo e coragem para encarar as situações.

Obrigado a todos!

Momentos de Inovação: Emergência e Evolução das Protonarrativas em Terapia Narrativa

A mudança narrativa em psicoterapia tem como fundamento central a transformação de uma narrativa problemática dominante numa narrativa mais adaptativa e coerente. Ao longo deste processo de flexibilização e mudança, ocorrem momentos que podem assumir a forma de emoções, pensamentos ou ações e se manifestam como exceções à narrativa dominante, a que Gonçalves e colaboradores chamam de Momentos de Inovação (MI). A cada MI está associado um dado conteúdo narrativo que contrasta com a narrativa problemática, sendo relevante perceber como se desenvolvem e organizam estes conteúdos recorrentes— a que chamamos protonarrativas -- ao longo do processo terapêutico. O presente estudo pretende identificar as Protonarrativas numa amostra de terapia narrativa para depressão major, contrastando casos de sucesso e insucesso quanto à emergência e evolução das diferentes protonarrativas ao longo da psicoterapia.. Para a análise e representação dos processos foi utilizado o State Space Grids e o um Modelo Linear Generalizado. Os resultados sugerem que há um número restrito de protonarrativas para um número amplo de casos e que há uma ligação sustentada da Proatividade e Reorganização em casos de sucesso.

Palavras- Chave: Terapia Narrativa, Mudança Narrativa, Momentos de Inovação, Protonarrativas.

Innovative Moments: Origin and evolution of Proto-narratives in Narrative Therapy

Narrative change in psychotherapy consists of the transformation of a dominant problematic narrative into a more adaptive and coherent one. During this transformation process towards a more flexible framework, exceptions to the problematic narrative emerge in the form of emotions, thoughts and actions, which Gonçalves and collaborators refer to as “Innovative Moments”. All IMs have a given underlying narrative content, which contrasts with the problematic narrative. Some of these narrative contents become recurrent throughout the, which we refer to as Protonarratives. The present study aims to analyze protonarratives in a sample of 6 clients diagnosed with Major Depressive Disorder and followed in Narrative therapy, contrasting good and poor outcome cases in terms of the protonarratives’ emergence and evolution along sessions.

Data was analyzed using the State Space Grids and Generalized Linear and results suggest that is a limited number of Protonarratives to a large number of cases, also the Protonarrative Proativity and Reorganization has sustain connection with good outcome cases.

Keywords: Narrative Therapy, Narrative Change, Innovation Moments, Protonarratives

A. Enquadramento Teórico

1. Terapia Narrativa e Psicoterapia

Segundo diversos autores (e.g., Sarbin, 1986; Polkinghorne, 1988; White & Epston, 1990), desde a década de 80, a Psicologia Narrativa tem como foco central o modo como os seres humanos organizam a sua experiência, como lhe atribuem significado, e, através de processos linguísticos, como articulam essas experiências em complexas narrativas. Para Sarbin (1986) a narrativa é a forma como organizamos episódios, ações e relatos de ações.

Pio Abreu (2001) cria uma analogia para este conceito referindo-o como uma encenação teatral, onde o indivíduo não só é protagonista da sua história mas também autor e encenador. Ou seja, o indivíduo para além de ser o principal intérprete da sua história, a partir da forma como pensa e age, este também dá sentido ao mundo, atribuindo significado aos outros e ao contexto em que está inserido, mediado pelas suas interpretações. Toda esta dinâmica na criação de significados encontra-se numa linha temporal que vai das experiências passadas às previsões futuras de cada indivíduo, onde se encontram os seus medos e as suas esperanças, este é um fator fulcral para o desenvolvimento de uma narrativa coerente, porém precisa da complementaridade com as ações, emoções e pensamentos (Gonçalves, Matos, Mendes & Martins, 2009). Da dinâmica entre estes processos resulta a identidade. Autores como Richert (2003) definem de uma forma sucinta a identidade como: conteúdo e processo, ou seja, os significativos e a história de cada indivíduo em interação com os processos de construção de significados e criação de uma narrativa coerente, estes fatores sustentados pela interação social. (Drewery & Winslade, 1997).

Bruner (1986, cited in Gonçalves et al, 2009) aborda o pensamento narrativo dividindo-o em dois conceitos: a paisagem da ação e a paisagem da consciência. A paisagem da ação envolve o contexto, as personagens envolvidas e as ações inerentes ao indivíduo, enquanto a paisagem da consciência está relacionada com os seus sentimentos, valores, crenças e projetos. Segundo esta perspetiva, o trabalho terapêutico reside na construção de um todo coerente a partir da interação entre elementos destas duas paisagens, de forma a criar narrativas mais elaboradas e com sentido para o indivíduo.

No contexto da terapia narrativa, o cliente é convidado a contar a sua história de vida, expondo ao terapeuta o seu sistema de significação. A psicoterapia surge, assim, como contexto de oportunidade para a flexibilização e transformação de narrativas, aspirando o restabelecimento da sua capacidade de conferir significado à experiência (Fernandes, 2001). Gergen e Kaye (1992) definem esta intervenção como um processo durante o qual o significado da experiência é transformado, diferentes alternativas são desenvolvidas e uma nova compreensão emerge, a partir de processos dialógicos de negociação, tensão, desacordo e aliança entre as diferentes posições do self (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009).

2. Auto-Narrativa Problemática e Momentos de Inovação

À luz dos fundamentos da teoria narrativa, a psicopatologia é resultado do bloqueio nos processos discursivos, narrativos e relacionais de construção de significado sobre a experiência (Sousa, 2006), ou seja, o sofrimento do cliente reside na dificuldade em reformular o seu sistema de significação de forma coerente com o seu self e consequentemente flexibilizar a sua narrativa.

Esta inflexibilidade pode fazer com que surja uma narrativa dominante, totalitária e saturada, que induz o sujeito a evitar ou desvalorizar interpretações alternativas para a sua experiência por não serem congruentes com a narrativa dominante, restringido a construção de novos temas que vão surgindo, a sua diversidade cognitiva e afetiva, e consequentemente as suas ações (Gonçalves & Machado, 1999). O efeito limitador e bloqueador desta narrativa dominante toma assim um carácter problemático (Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009; Ribeiro, 2011).

Dada essa questão, vários autores (e.g., White & Epston, 1990) referem a impossibilidade de um “aprisionamento” completo, afirmando que devido à natureza dialógica do *self* é inevitável a ocorrência de novas interpretações e pensamentos alternativos à narrativa saturada. A estes momentos de exceção, White & Epston (1990), denominaram resultados únicos. Estes podem surgir em forma de pensamentos, ações, intenções ou sentimentos e remetem para a construção de narrativas novas e preferidas, algo que não é previsto pela história dominante, e distingue-se da forma como o sujeito geralmente se caracteriza, pensa e age (White & Epston, 1990).

Os resultados únicos não são preditores automáticos de uma narrativa alternativa à saturada, dado que a narrativa problemática é dominante e dificulta a interpretação do indivíduo em relação a novas ações, pensamentos ou emoções, estes, são oportunidades para a construção de

uma nova história e consequente mudança terapêutica (Gonçalves et al. 2009). Esta ideia identifica-se com os fundamentos da psicoterapia narrativa, que afirma que auto-narrativas problemáticas são transformadas através da emergência e expansão dessas novidades ou exceções (RUs). Neste contexto, o foco do trabalho não reside na tentativa de resolver os problemas mas na exploração e expansão destes resultados e na consolidação de uma nova narrativa mais adaptável.

Gonçalves e colaboradores (2009) que têm realizado diversos trabalhos neste campo da terapia narrativa, atualizaram o termo de Resultados Únicos para Momentos de Inovação (MIs). A alteração da nomenclatura surge por dois motivos empíricos, pelo facto de os RUs não serem episódios únicos, estes aparecem com frequência ao longo da psicoterapia e a conotação do termo “resultado”, que induz para uma resposta ou consequência terapêutica, enquanto estes são momentos que incorporam a mudança e a evolução ao longo da terapia. Os MIs são, assim, exceções à autonarrativa problemática, e surgem em momentos em que o cliente experiencia e narra algo que desafia ou rejeita a sua narrativa dominante (Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg, Sousa, & Gonçalves, 2011).

3. Momentos de Inovação e Modelo Heurístico de Mudança

Como forma de operacionalizar os momentos de inovação, Gonçalves e colaboradores desenvolveram o Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves, Ribeiro, Matos, Santos, & Mendes, 2010; Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos, & Santos, 2011). Este sistema permitiu a classificação e organização dessas exceções em grupos facilitando a análise e posterior compreensão dos momentos de mudança no cliente.

Os tipos de momentos de inovação foram categorizados como: MIs de ação, MIs de reflexão, MIs de protesto, MIs de reconceptualização e MIs centrados na mudança.

Quadro 1 – Momentos de inovação

Momentos de Inovação – Tipos	Exemplos
Ação Ações ou comportamentos que desafiam o problema;	Exploração ativa de soluções; Implementação de estratégias para superar o problema;

	Novos desempenhos face a um obstáculo;
Reflexão Novos pensamentos ou compreensões que contrariam a narrativa problemática;	Compreender as dimensões inerentes aos problemas; Intenções ou formulações relacionadas com o combate ao problema; Novos pensamentos acerca de si;
Protesto Manifestações de oposição ao problema ou pessoas que de algum modo o suportam;	Posição crítica relativa aos problemas; Momentos de assertividade e empowerment;
Reconceptualização Carácter metacognitivo ao qual estão associados os ganhos terapêuticos e com maior potencial para gerar mudança;	Nível meta-reflexivo em que percebe as mudanças em si e é capaz de descrever o processo que envolve a mudança; Reconhecimento da auto-narrativa problemática e do processo que permitiu a transformação do passado para o presente;
Desempenho da Mudança Novas pretensões ou experiências como consequência da mudança.	Investimento em novos projetos, ou experiências, resultantes da mudança; Emergência de novas competências e novas compreensões de si.

Com base na análise de amostras com diferentes modelos terapêuticos foi construído o modelo heurístico de mudança em psicoterapia (Figura 1). Este modelo sugere que tanto casos de sucesso como de insucesso tendem a ser semelhantes no início da terapia, porém, a meio do processo tendem a diferenciar-se quanto aos MIs que surgem. Inicialmente, há tendência para o surgimento de MIs de ação e reflexão, havendo uma direccionalidade do cliente para os aspetos que poderiam ser diferentes na sua vida, o que naturalmente incentiva a novas ações.

Em terapias bem-sucedidas, os MIs de reconceptualização emergem a meio do processo, fenómeno que é um forte preditor de sucesso dado que o cliente está num processo de reformulação e assimilação da novidade, despontando a diferenciação entre os fatores inerentes ao seu passado e ao seu presente (contraste). Este processo de reconceptualização em junção com os ciclos seguintes de ação, reflexão e protesto poderão validar uma nova narrativa e consequentemente uma mudança no self do cliente. Os MIs de desempenho da mudança poderão surgir neste momento, permitindo a generalização da nova narrativa a diferentes áreas

da vida (Ribeiro, Bento, Salgado, Stiles, & Gonçalves, 2011). O modelo heurístico de mudança, (Figura 1) propõe a reconceptualização como dimensão central para o sucesso terapêutico.

De acordo com este modelo, o desenvolvimento da mudança narrativa é desencadeado pelos MIs de ação, reflexão e protesto. A posterior emergência da reconceptualização atribui um sentido de coerência aos restantes MIs, sustentando mudanças mais significativas, cuja expansão no futuro é representada pelos MIs de desempenho da mudança. Em casos de insucesso, os MIs de ação, reflexão e protesto tendem a manter-se dominantes e os MIs de reconceptualização e desempenho da mudança têm uma presença muito reduzida, ou não existem de todo. (Gonçalves, Matos & Santos, 2009).

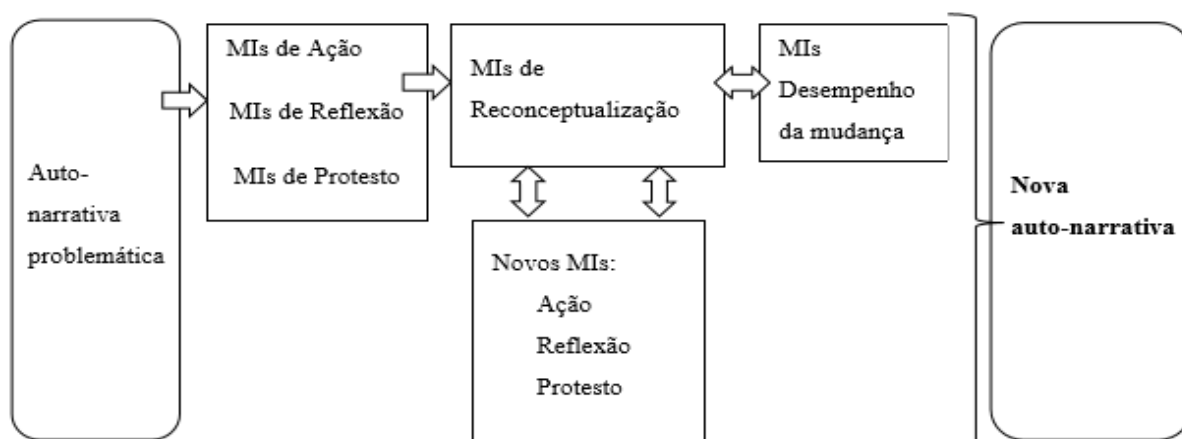


Figura 1 – Modelo Heurístico da Mudança (Gonçalves, Matos & Santos, 2011)

4. Protonarrativas

Qualquer tipo de MI envolve um conteúdo narrativo divergente ou que contrasta com a narrativa problemática. No decurso do processo de tratamento, alguns desses conteúdos inovadores sucedem frequentemente. Assim, torna-se pertinente identificar tais conteúdos, denominados por protonarrativas (Ribeiro, Bento, Salgado, Stiles & Gonçalves, 2011).

Esses conteúdos apesar de não serem narrativas totalmente desenvolvidas, podem assumir um carácter de pensamentos, comportamentos ou emoções com potencial para se tornarem auto-narrativas alternativas à auto-narrativa problemática (Ribeiro et al., 2011). Os estudos referem que, se a terapia for bem-sucedida, as auto-narrativas alternativas irão se desenvolver através das protonarrativas, ou seja, conteúdos “chave” para a mudança. Estas progressivamente

são revistas e refinadas, sendo que algumas ganham uma maior dimensão, tornando-se centrais no processo terapêutico, enquanto outras se apresentam temporárias e com pouco potencial para a mudança e por isso perdem a força de criarem um significado coerente (Ribeiro et al., 2011).

O fortalecimento destas protonarrativas irá resultar no surgimento de novos MIs que proporcionam ao cliente o desenvolvimento de novas possibilidades cognitivas, emocionais e de comportamento, funcionando como suporte dos processos de significação e consequentemente a abertura e consolidação de uma autonarrativa alternativa que irá ganhar força com o tempo. (Figura2) (Ribeiro et al., 2011). Teoricamente, uma maior diversidade de tipos de MIs e protonarrativas ao longo das sessões podem ser preditores de sucesso terapêutico, sendo que a flexibilidade é a característica central para o desenvolvimento de novas narrativas, em caso de menor diversidade e maior rigidez em terapia, há uma maior dificuldade em desenvolver novos significados e consequentemente desenvolver uma narrativa mais adaptável (Ribeiro et al., 2011).

Por exemplo, num caso de ansiedade em contexto profissional, em que existem crenças muito rígidas de perfeccionismo e medo de insucesso, com o decorrer do trabalho terapêutico poderão surgir conteúdos relacionados com a flexibilização, onde aceita as circunstâncias ou se adapta a novas situações ou conteúdos como a assertividade e auto-afirmação onde estabelece limites ou expressa os seus sentimentos em relação aos outros. Esses conteúdos vão contra a auto-narrativa problemática e possuem capacidade para a formar uma nova auto-narrativa.

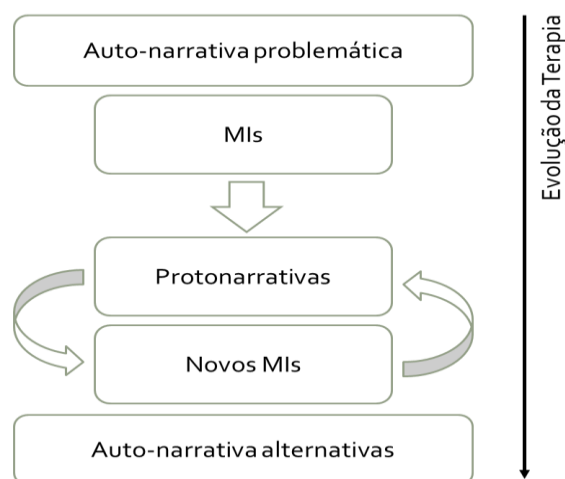


Figura 2. Desenvolvimento da Nova Auto-Narrativa (Ribeiro, Bento, Gonçalves, & Salgado, 2010)

B. Metodologia

1. Amostra

A amostra tem por base seis casos clínicos com recurso a uma abordagem terapêutica narrativa, recorrendo a análise do índice de mudança significativa (Reliable change index – RCI: Jacobson & Truax, 1991) dos valores obtidos no BDI no pré e no pós-tratamento, foram considerados dois grupos terapêuticos, clientes que apresentaram recuperação e aqueles que não apresentaram mudança (sucessos e insucessos terapêuticos) tendo em conta o ponto de corte do BDI de 14.29 e RCI de 8.46, sugerido por Seggar, Lambert e Hansen (2002).

A recolha dos dados que está na base desta investigação foi feita através de gravações de consultas de terapia Narrativa, posteriormente transcritas e analisadas. Para esta amostra houve uma média de 18 sessões por cliente.

1.1 Clientes

Os casos analisados para este estudo foram recolhidos no âmbito do projeto de investigação “Mudança Narrativa em Psicoterapia”, preenchem os critérios de diagnóstico de Perturbação Depressiva Major, com suporte à Entrevista Clínica Estruturada para Perturbações do Eixo I do DSM-IV-TR, Versão Clínica (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002). Foram excluídos casos com: 1) qualquer outra perturbação de eixo I que fosse alvo de atenção clínica, 2) diagnósticos de eixo II; 3) ideação suicida severa; 4) sintomas psicóticos; 5) perturbação bipolar.

Os casos recolhidos correspondem a clientes de maior idade e que aceitaram os termos para incorporar o presente estudo. Em relação a estes, quatro indivíduos são do sexo feminino e dois de sexo masculino com uma idade média entre eles de 33 anos no momento da recolha. Em relação ao seu estado civil, três dos casos são solteiros, dois divorciados e um casado. Quanto ao estado profissional, dois estão empregados, dois desempregados e dois estudantes. Relativamente a estes casos surgiram temáticas envolvendo temas com a violência doméstica, situações de doença, fim de relacionamentos amorosos, dificuldades em situações laborais ou de desemprego entre outras problemáticas.

2. Terapia e Terapeuta

O modelo terapêutico utilizado foi o modelo de terapia narrativa de White & Epston (1990). Este modelo surgiu com o intuito de alcançar a mudança através da construção de novas narrativas mais adaptadas à realidade (Santos, Gonçalves, Matos & Salvatore, 2009). Segundo White (1990) a mudança ocorre a partir da identificação dos resultados únicos, entendidos como exceções à narrativa problemática. De acordo com este tipo de terapia os clientes que procuram ajuda terapêutica estão incapazes de intervir numa vida entendida por eles, pelas suas próprias palavras, não conseguindo elaborar novas possibilidades e significados alternativos para a sua experiência (White & Epston, 1990).

Assim, a psicoterapia funciona como um processo criativo direcionado para a mudança que recorre ao contar e recontar as histórias pessoais. O objetivo é flexibilizar o cliente a gerar novas alternativas e reconstruir os seus processos de significação, envolvendo-o num processo de re-autoria (Hermans & Hermans-Jansen, 1995; White & Epston, 1990). Este é um processo gradual focado no enfraquecimento da narrativa dominante e na exploração de oportunidades para que outras formas de pensamento e discurso possam emergir e se desenvolverem, permitindo a construção de uma nova história (Gonçalves & Ribeiro, 2012).

Os casos desta amostra foram acompanhados pelo mesmo terapeuta, aluno de doutoramento em Psicologia Clínica, com sete anos de experiência psicoterapêutica e três anos de experiência em terapia narrativa. O terapeuta recebeu treino intensivo e supervisão por um terapeuta experiente em terapia narrativa, com fortes influências no modelo de White & Epston (1990).

3. Medidas

As medidas utilizadas foram o Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves, Ribeiro, Matos, Santos, & Mendes, 2010; Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos, & Santos, 2011) e o Sistema de Codificação de Protonarrativas (SCP; Ribeiro, Gonçalves, & Bento, 2010).

Em termos de instrumentos, o Inventário de Depressão de Beck (1996) utilizado para avaliar os sintomas depressivos e o Outcome Questionnaire – 45.2 (Lambert e col, 1996) para

avaliar os resultados terapêuticos e dividi-los em dois grupos: sucessos e insucessos terapêuticos. Estas medidas foram administradas a todos os pacientes em pré-teste e pós-teste.

3.1 Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI, Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos & Santos, 2011):

Este sistema consiste numa análise qualitativa que permite a identificação das cinco categorias de MIs. Estudos que recorreram à utilização do SCMI referem acordos inter-juízes consistentes, com um valor de Kappa de Cohen entre 0.86 e 0.97 (Gonçalves, Mendes et al., 2012; Matos. et al., 2009; Mendes et al., 2010)

3.2 Sistema de Codificação de Protonarrativas (SCP, Ribeiro, Gonçalves & Bento, 2010)

É um sistema de análise qualitativa que permite identificar diferentes protonarrativas com base na temática subjacente a cada MI. Tem a finalidade de encontrar protonarrativas densas e complexas o suficiente para conseguir captar todas as variações de MIs (Fassinger, 2005).

3.3 Inventário de Depressão de Beck (BDI-II, Beck, Steer, & Brown, 1996; versão portuguesa Coelho, Martins e Barros, 2002)

Esta uma medida de autorrelato, constituída por 21 itens numa escala de likert de quatro pontos, subdivididos em três escalas de sintomas: cognitivos, afetivos e somáticos, de acordo com o grau de severidade nas últimas duas semanas. A análise do índice de mudança significativa (Reliable change index – RCI: Jacobson & Truax, 1991) dos valores obtidos no BDI-II, no pré e no pós-tratamento, foi considerada para dividir os clientes em dois grupos terapêuticos, o grupo de sucesso e de insucesso, considerando o ponto de corte do BDI de 14.29 e RCI de 8.46, sugerido por Seggar, Lambert e Hansen (2002).

3.4 Questionário dos resultados terapêuticos (OQ-45.2, Lambert e col, 1996; versão portuguesa Machado & Klein, 2006)

É uma medida de autorrelato constituída por 45 itens numa escala de likert de cinco pontos, avalia o funcionamento do cliente em três dimensões: desconforto subjetivo, relações interpessoais e desempenho social. É uma medida que pretende medir o progresso dos clientes ao longo da terapia. Os resultados podem variar entre 0 e 180, sendo que os valores mais elevados se referem a um maior grau de disfuncionamento psicológico. Os resultados obtidos no pré e pós-tratamento foram usados como medida de classificação (sucesso/insucesso), admitindo-se como ponto de corte 62 e um o valor de RCI de 15 (Jacobson e Truax, 1991). A medida apresenta um grau de fidelidade de 0.84 e uma boa consistência interna (α de Chronbach) de 0.93 (Lambert e col, 1996).

4. Procedimentos

4.1 Codificação dos Momento de Inovação

A codificação dos momentos de inovação inicia-se com a leitura das transcrições dos respetivos casos da amostra. Dois juízes, de forma independente, analisam os casos de forma a descrevem as características da auto-narrativa problemática e consensualmente criaram a lista de problemas. Após esse processo, foram identificados os momentos de inovação de todo o caso, os pensamentos, ações e emoções que contrastam com a narrativa-problemática. Para este processo foi utilizado o Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI) (Gonçalves, Ribeiro, Matos, Santos, & Mendes, 2010; Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos, & Santos, 2011), atendendo às classificações pré-definidas (MIs de ação, MIs de reflexão, MIs de protesto, MIs de reconceptualização e MIs de desempenho da mudança).

Após este trabalho, executado de forma independente por cada juiz, devem passar para a análise da extensão de cada momento de inovação codificado, calculando a extensão, ou seja, o número de palavras de cada MI, dividido pelo número total de palavras por cada sessão.

Em relação a estudos anteriores, a cotação dos MIs têm encontrado um forte acordo entre juízes, o estudo de Mendes e colaboradores (2010) identificou uma percentagem de acordo relativa à extensão dos MIs de 88.7% e Kappa de Cohen de 0.86 relativo à categorização dos

MIs, o estudo de Gonçalves e colaboradores (2012) relatou uma percentagem de acordo da extensão dos MIs de 86%, e Kappa de Cohen de 0.97.

4.2 Codificação das Protonarrativas

Após a codificação dos momentos de inovação, dois juízes, de forma independente, começam a codificação das protonarrativas, a procurar perceber os temas que estão subjacentes a cada MI, guiados pela questão de investigação “Se este MI se desenvolvesse numa nova auto-narrativa, qual seria a regra geral que guiaria esta nova auto-narrativa?”.

Ao longo do processo terapêutico é habitual surgirem diversos temas, por isso, isto é uma análise que está sujeita a constantes reformulações. O objetivo é tentar agregar e classificar as características das temáticas associadas aos MIs. Cada MI é comparado com as protonarrativas anteriores, tentando perceber se esse é congruente ou divergente das protonarrativas desenvolvidas até ao momento, este processo leva a que algumas protonarrativas se extingam e outras ganhem força. É um método flexível, que termina apenas quando as categorias são coerentes e capazes de integrar uma variabilidade de significados (Alves, Fernández-Navarro, Ribeiro, Ribeiro & Gonçalves, 2013). Este procedimento de constante comparação aproxima-se dos pressupostos de análise da Grounded Theory (Fassinger, 2005).

A identificação e escolha das protonarrativas para os casos desta amostra funciona num sistema em que à medida que os casos são codificados, as protonarrativas referentes aos anteriores são revistas e analisadas de forma a perceber se se enquadram no caso presente, se não acontecer uma nova protonarrativa é identificada. O objetivo deste método é criar protonarrativas mais abrangentes.

No final de cada caso, é calculada a extensão de cada protonarrativa, através da soma da extensão dos MIs associados a cada protonarrativa, é um cálculo feito para cada sessão e outro para o total de sessões.

Este procedimento foi realizado por dois codificadores, que trabalharam de forma independente, reunindo-se com frequência para discussão, com o apoio de um juiz externo e do grupo de investigação dos MIs. Após o trabalho dos juízes, o trabalho foi discutido com o juiz externo e posteriormente em reuniões com o grupo de investigação dos MIs, nessas

reuniões as protonarrativas definidas pelos juízes eram discutidas a partir de descrições e exemplos dos casos.

5. Procedimentos de Análise

5.1 Representação das protonarrativas com o *State Space Grids*

Em termos quantitativos será utilizado o programa GridWare- State Space Grids (Lewis, 1999) com o objetivo de monitorizar a relação entre MIs, protonarrativas e a evolução destas durante o processo terapêutico. A análise é feita a partir de um gráfico correspondente ao comportamento ao longo do tempo, adicionando pontos nas células entre MIs (eixo x) e Protonarrativas (eixo y). Quando um novo momento ocorre, é adicionado um novo ponto e uma nova linha ligada aos anteriores, representando a direção da mudança. Cada ponto da grelha representa a interseção simultânea de cada variável (as do eixo dos xx com as do eixo dos yy). Sempre que há mudança nessas variáveis, é criado um novo círculo que é preenchido na célula, representando a junção das variáveis e uma linha é desenhada e conectada com os círculos anteriores. Assim, a grelha representa uma sequência de eventos. Este processo irá permitir no fim avaliar todo o processo de uma forma evolutiva.

5.2 Representação das Protonarrativas em GLM

O GLM (*Generalized Linear Model*) é um procedimento ANOVA no qual os cálculos são efetuados usando uma regressão de mínimos quadrados para descrever a relação estatística entre um ou mais preditores e uma variável de resposta contínua.

Neste caso, a representação em GLM pretende aprofundar a informação da protonarrativa mais dominante na amostra: a *Proatividade e Reorganização*. Este modelo permite criar uma regressão longitudinal de probabilidade de ocorrência desta protonarrativa, em função dos resultados terapêuticos (sucesso e insucesso) e do tempo.

C. Resultados

1. Identificação das Protonarrativas

A análise qualitativa do conteúdo dos MIs dos 6 casos que compõem esta amostra, de acordo com procedimento descrito acima, permitiu identificar cinco protonarrativas: *Proatividade e Reorganização*; *Autoconhecimento*; *Determinação e Assertividade*; *Aceitação e Valorização Pessoal*.

A *Proatividade e Reorganização* diz respeito a aspetos que de uma forma geral envolvem mudanças no comportamento, tratando-se de uma protonarrativa centrada na reorganização e reestruturação de tarefas, utilização de novas estratégias de *coping*, envolvimento em atividades de lazer, profissionais ou sociais, procura de suporte social e estabelecimento de novos objetivos: “*agora, tenho aproveitado os dias mais, no sentir, apetece-me mais, apetece-me mesmo sair, estar com os meus amigos, fazer coisas (...) não me apetece estar metido em casa, não consigo estar em casa. As vezes até me apetece mas recuso-me, tenho que andar, levantar-me de manhã, fazer coisas...*”;

A protonarrativa *Autoconhecimento* tem por base a consciencialização e o reconhecimento de aspetos inerentes aos clientes e à depressão, aspetos como as suas características pessoais (capacidades e limites), os sentimentos e emoções e a forma como influenciam a depressão, os fatores de manutenção e de mudança relacionados com as problemáticas e a capacidade de distinguir as suas características com as características da depressão: “*Parece então que esta depressão começa a ter medo da luz, a luz como, esta luz vem muito deste conhecimento... É o que eu digo, esqueci-me de quem eu era e estou a tentar lembrar-me.*”.

A *Aceitação* está relacionada com a capacidade para aceitar os acontecimentos vivenciados ou a inevitabilidade de determinados acontecimentos, a desvalorização ou relativização de pensamentos negativos ou de erros triviais, a diminuição dos níveis de exigências ou a tolerância: “*Que o amor não é aquela coisa indestrutível...Mas é bom, e pode acontecer, e se acabar acabou...É difícil mas ultrapassa-se...Sei lá, acho que foi isso que mudou... Já não me sinto tão triste por perder um bocado a crença que tinha no amor.*”.

A *Determinação e Assertividade* diz respeito principalmente à capacidade de tomada de decisão, à luta pelas necessidades e desejos pessoais, à congruência entre decisões, objetivos e ações, definição de limites pessoais e relacionais, e a aspetos como persistência e resiliência:

“Começo logo a falar e depois o que eu falo é isto, se quer continuar com a vida que tem pode continuar, ao menos que seja sincero e assumo (...) Eu não quero e nem vou admitir isso para mim ...de ele fazer o que ele quiser.”.

Por último, a *Valorização Pessoal*, refere-se a momentos em que há uma afirmação do paciente perante si mesmo, em que há uma valorização de si e das suas capacidades ou da sua luta com a depressão, quando manifesta confiança perante os problemas e confiança numa mudança positiva: “*Algumas daquelas características que foi atribuindo... Fazem parte de mim e que valorizo (...)* A questão é que às vezes eu tenho a sensação de que a questão não, esse esforço não é assim tão pequeno quanto isso. É grande porque eu quero.”.

Após a codificação de todos os casos, verificou-se que para além de nem todas protonarrativas se encontrarem em todos os casos, estas variam em termos de incidência e na forma como evoluem de cliente para cliente.

A figura 1 representa quais as protonarrativas que foram identificadas em cada caso e a sua proporção média. Em relação à informação presente no quadro podemos observar que a *Proatividade e Reorganização*, o *Autoconhecimento* e a *Aceitação* são as protonarrativas que estão presentes no maior número de casos. A *Proatividade e Reorganização* é a única protonarrativa que está presente em todos os casos da amostra sendo a mais dominante em metade dos casos. É de referir também que a *Aceitação* está presente em todos os casos de sucesso.

Quadro 2 – Proporção total das protonarrativas por caso

Casos de Sucesso/ Insucesso	Proatividade e Reorganização	Autoconhecimento	Aceitação	Determinação e Assertividade	Valorização Pessoal
Caso 1 (S)	39.09%	34.06%	26.84%		
Caso 2(S)	46.85%		28.29%	20.91%	3.93%
Caso 3(S)	34,72%	25,60%	26.65%		14,04%
Caso 4(l)	33.20%			46.88%	19,90%
Caso 5(l)	31.32%	44.74%	23.92%		
Caso 6(l)	21.09%	45.89%		33%	

2. Evolução das protonarrativas ao longo do processo terapêutico

Os gráficos que se encontram na figura 2 pretendem demonstrar o desenvolvimento das protonarrativas ao longo do tempo. Como é possível observar através dos gráficos apresentados, não há uma tendência ou um padrão claro que distinga casos de sucesso e insucesso.

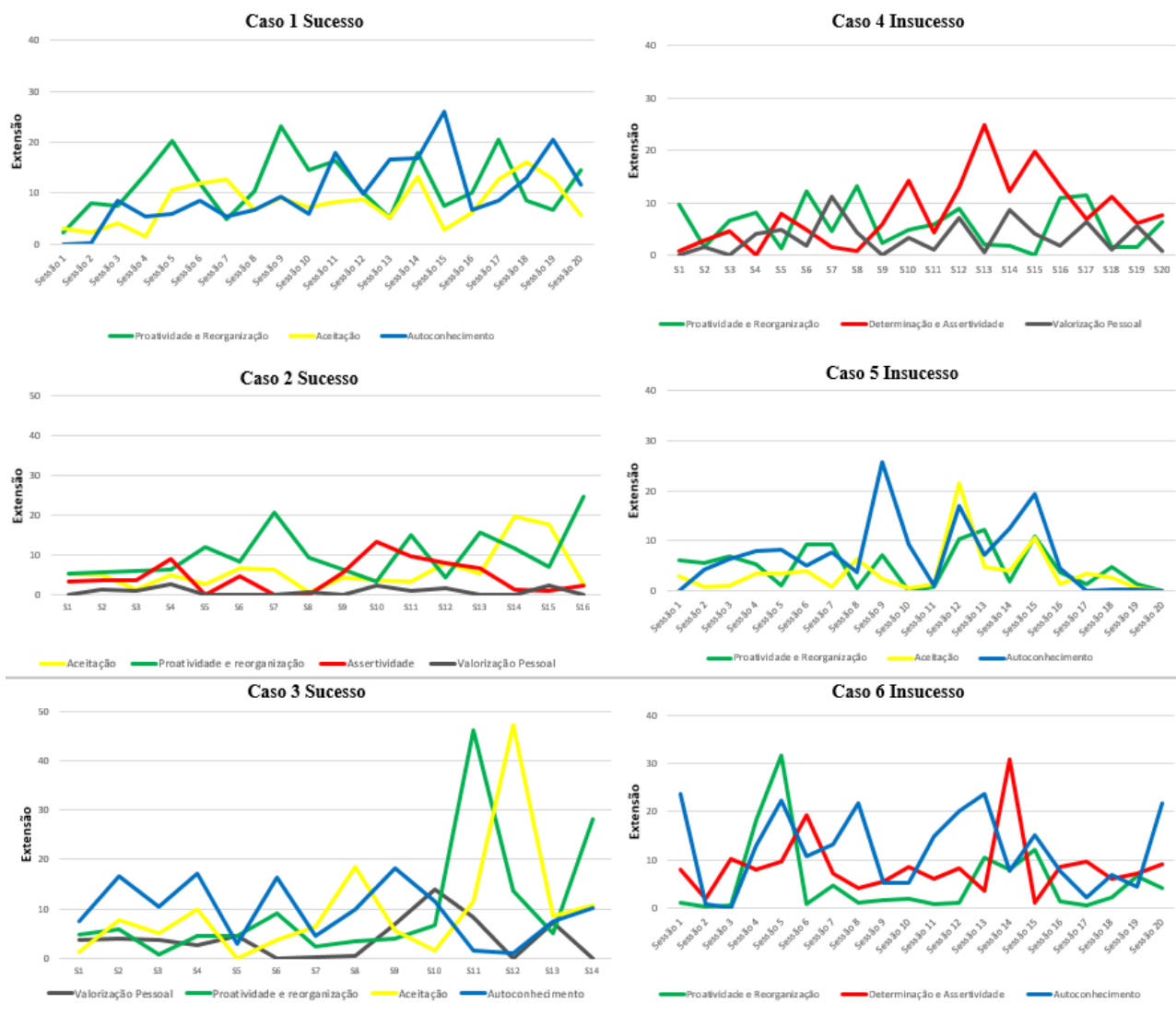


Figura 3. Gráficos da Evolução das Protonarrativas ao longo das sessões

O quadro 3 refere o número de oscilações de dominância entre protonarrativas ao longo das sessões e a sua percentagem média. Não há um padrão consistente que distinga os sucessos de insucesso. Porém, é verificável que na maioria dos casos de sucesso, a *Proatividade e Reorganização*, apresenta valores altos de dominância em comparação com as outras protonarrativas.

Quadro 3 – Número total de pontos de dominância por sessão

Casos/ Protonarrativas	CASO 1 (S)	CASO 2 (S)	CASO 3 (S)	CASO 4 (I)	CASO 5 (I)	CASO 6 (I)
Proatividade e Reorganização	11 (55%)	10 (62.5%)	3 (21,42%)	8 (40%)	8 (42.10%)	2 (10%)
Autoconhecimento	5 (25%)		6 (42.85%)		8 (42.10%)	9 (45%)
Aceitação	4 (20%)	4 (25%)	4 (28.57%)		3 (15.79%)	
Determinação e Assertividade		2 (12.5%)		10 (50%)		9 (45%)
Valorização Pessoal		0	1 (7.14%)	2 (10%)		

De forma a perceber melhor a evolução ao longo das sessões da protonarrativa que está presente em todos os casos, a *Proatividade e Reorganização*, foi utilizado um *Generalized Linear Model* (GLM). Este modelo permite criar uma regressão longitudinal de probabilidade de ocorrência, em função dos resultados terapêuticos (sucesso e insucesso) e do tempo de psicoterapia – variáveis explicativas, através da função de ligação logit (função que permite que os resultados variem de 0 a 1) (McCullagh & Nelder, 1989).

A figura 4 representa o desenvolvimento da *Proatividade e Reorganização* no tempo, em casos de sucesso e insucesso. Os resultados revelaram que a probabilidade estimada para o aparecimento desta protonarrativa na primeira sessão é de 6,3% em casos de sucesso e de 6,4%, em casos de insucesso, não havendo diferenças significativas entre os grupos ($p=0.747$). A probabilidade estimada de aparecimento na última sessão é de 16,5% em casos de sucesso e de 4,4% em casos de insucesso ($p < 0.0001$).

Em relação ao efeito do tempo ao longo das sessões, existe um aumento da probabilidade estimada de aparecimento desta protonarrativa em 5.490% por sessão nos casos de sucesso ($p < 0.0001$). Nos casos de insucesso há uma probabilidade estimada de diminuição do aparecimento desta protonarrativa em 1.921% ($p < 0.0001$).

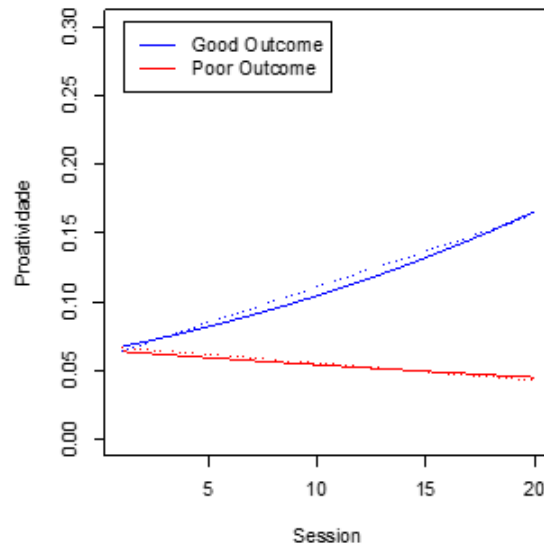


Figura 4. Evolução da Proatividade e Reorganização no tempo

3. Dispersão das Protonarrativas nos Momentos de Inovação

O cálculo da Dispersão tem sido considerado um bom indicador de flexibilidade dos sistemas dinâmicos através de intervalos de tempo. Para recorrer a esta medida os cálculos são feitos a partir do GridWare.

Esta medida permite avaliar a extensão e a diversidade de MIs e protonarrativas, mede a flexibilidade como função da distribuição de extensão pelos tipos de MI e protonarrativas ao longo das sessões. É calculada numa escala de 0 a 1, valores baixos indicam baixa dispersão, ou seja, expressa uma maior concentração de protonarrativas em poucos tipos de MIs, valores altos indicam maior dispersão, o que significa que as protonarrativas estão mais distribuídas pelos tipos de MI.

Quadro 4 – Dispersão das protonarrativas nos MIs

Casos – Sucesso e Insucesso	Dispersão
Caso 1 (G)	0.737
Caso 2 (G)	0.748
Caso 3 (G)	0.681
Caso 4 (P)	0.705
Caso 5 (P)	0.681
Caso 6 (P)	0.757

Utilizou-se o teste de Mann-Whitney para comparar os dois grupos, não havendo diferenças significativas ($U=1,00$; $p=.121$).

D. Discussão de Resultados

O trabalho realizado nos seis casos que constituem esta amostra resultou na identificação de cinco protonarrativas. O número restrito de conteúdos narrativos presentes é algo interessante de refletir, sendo pertinente analisar os seus significativos e a forma como se relacionam com a Terapia Narrativa e com a Perturbação Depressiva Major. Outro dado interessante é o facto das protonarrativas identificadas estarem presentes tanto em casos de sucesso como de insucesso.

Em casos de depressão as narrativas tendem a organizar-se em torno do problema, tornando-se inflexíveis, previsíveis e limitadoras face à necessidade de criar novos significados (Anderson, 1997). A *Aceitação* emerge assim em os conteúdos de flexibilização da narrativa em relação às problemáticas trazidas para a terapia, envolvendo o cliente num processo de re-autoria.

Este modelo de White & Epston (1990) coloca o foco na construção de alternativas para a narrativa problemática promovendo a identificação, significação e integração da experiência. À luz deste conceito a *Assertividade e Determinação* surge como novas posições do indivíduo, posições de afirmação perante os problemas. Esta defesa dos seus interesses é um novo espaço em que o indivíduo revela uma voz forte de autoridade na construção da sua história de vida (White, 2007).

A inovação presente nos conteúdos referentes ao *Autoconhecimento*, em contexto clínico, aproxima-se das práticas da externalização. Estas práticas permitem ao cliente criar uma distinção entre o que o problema “quer” para a vida do cliente e o que a pessoa prefere (Gonçalves, 2009). A separação do problema resultará na emergência de novas compreensões acerca deste. (White, 1986).

Segundo esta compreensão, o problema passa a ser o problema (White, 2007) e o indivíduo distancia-se desse, centrando o seu foco na resolução. A *Valorização Pessoal* está presente em momentos em que o cliente se superioriza à narrativa dominante. Quando este, destaca as suas características pessoais e a sua capacidade de resolução.

A *Proatividade e Reorganização* tem como fundamento o papel ativo do cliente nas ações e intenções de ação que suportam a nova narrativa. Esta é a única protonarrativa que se encontra em todos os casos da amostra.

No que concerne aos casos de sucesso, é transversal que a *Proatividade e Reorganização* é a protonarrativa mais dominante. À luz da terapia narrativa a mudança não resulta apenas da afirmação de uma nova história, essa tem que ser acompanhada de uma mudança comportamental congruente (Bruner, 1986). Assim, é possível verificar através dos resultados que a exploração destes conteúdos de cariz comportamental em terapia podem ser preditores de sucesso. Nos casos de insucesso, esta protonarrativa não é tão dominante, o que clinicamente pode significar que houve um menor envolvimento em novos comportamentos por parte do cliente.

Outro dado relevante nos casos de sucesso, é o facto de a *Aceitação* ter sido identificada em todos eles. Segundo os fundamentos da terapia narrativa o problema surge como uma narrativa limitada aos seus conteúdos, rigidificada em torno do problema (White & Epston 1990). Assim, verifica-se a importância em termos clínicos de flexibilizar o discurso em relação aos problemas, levando o cliente a desvalorizar e distanciar-se mais do problema.

Em relação aos casos de insucesso, os resultados diferem de Bentos e colaboradores (2014) que afirmam que apenas nos casos de sucesso uma das protonarrativas começa a ser mais central e dominante. Porém, é possível verificar que nos insucessos desta amostra que há uma protonarrativa dominante – em dois casos o *Autoconhecimento*, e no outro a *Determinação e Assertividade*. De um ponto de vista clínico e especulativo, os processos de re-autoria e externalização associados a estes conteúdos não resultaram em mudanças significativas.

Quanto à evolução das protonarrativas ao longo das sessões não há um padrão claro que distinga os casos de sucesso e insucesso. Os dois grupos apesar de terem as mesmas protonarrativas, estas diferem em termos de número por caso, na forma como evoluem e emergem.

Estudos elaborados por Ribeiro e colaboradores (2011) afirmam que as protonarrativas aparecem ao longo do processo terapêutico, cada vez mais refinadas e consistentes, porém, nesta amostra todas as protonarrativas se formam nas primeiras sessões, apoiando assim os resultados obtidos por Bento e colaboradores (no prelo).

Segundo estudos anteriores de Bento e colaboradores (2014) em casos de sucesso a protonarrativa dominante tem uma presença mais acentuada no meio e no fim da terapia. Neste estudo, verifica-se parcialmente este resultado, dado que nesta amostra a Proatividade e Reorganização tem uma dominância acentuada no início, no meio ou perto do fim da terapia. Apesar disso, em todos os casos de sucesso é a protonarrativa mais dominante na última sessão, o que difere nos casos de insucesso, em que a protonarrativa dominante nem sempre é a mais dominante no fim da terapia, este resultado corrobora com estudos anteriores (Bento et al., 2014; Ribeiro et al., 2011).

Por fim, no que concerne à dispersão não se revelaram diferenças entre casos de sucesso e insucesso. Segundo estudos anteriores (Ribeiro et al., 2011) em casos de sucesso as protonarrativas começam a ficar mais diversificadas em relação aos seus conteúdos e aos MIs, o que não acontece de forma clara nesta amostra. Este resultado pode estar condicionado às diferenças entre os casos, por exemplo no caso 3 de sucesso que apresenta uma dispersão de 0.681 (mais baixa que os outros sucessos) há um número menor de sessões (14 sessões), o que pode resultar numa menor variabilidade de tipos de MIs. Outras variáveis como os clientes ou as diferenças associadas à classificação do sucesso e insucesso podem também ter influência nestes resultados.

De forma a generalizar os resultados, próximas investigações nesta área devem trabalhar em amostras mais representativas, alargar os casos a outras patologias e a outros tipos de terapia. Seria interessante realizar comparações com os resultados obtidos, pretendendo assim verificar se as protonarrativas são as mesmas ou diferem em termos de conteúdo, observar a forma como estas emergem e evoluem ao longo do processo terapêutico e ver quais estão mais associadas ao sucesso terapêutico. Poderia ser pertinente estudar as características do cliente e o papel do terapeuta e alargar o número de juízes para uma maior ponderação na codificação.

Em termos clínicos, o estudo das protonarrativas é relevante para alertar os terapeutas para os conteúdos narrativos que emergem durante as terapias. O reconhecimento e a exploração destes pode ser um meio de obter uma melhor compreensão de cada caso e adaptar e desenvolver novas estratégias.

Referências

- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Baptista, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, M. (2014). Innovative moments in grief therapy: The meaning reconstruction approach and the processes of self-narrative transformation. *Psychotherapy Research, 24*(1), 25-41. doi: 10.1080/10503307.2013.814927
- Anderson, H. (2007). The art and spirit of collaborative therapy: The philosophical stance – “a way of being” in relationship and conversation. In H. Anderson & D. Gehart (Eds.), *Collaborative therapy: Relationships and conversations that make a difference* (pp. 43-59). New York/London: Routledge.
- Bento, T., Ribeiro, A., Salgado, J., Mendes, I., & Gonçalves, M. (2014) The Narrative Model of therapeutic change: An exploratory study tracking innovative moments and protonarratives using state space grids. *Journal of Constructivist Psychology, 27*(1), 41-58. doi: 10.1080/10720537.2014.850373
- Bruner, J. (2004). The narrative creation of self. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 3-14). Thousand Oaks: Sage.
- Cruz, G., & Gonçalves, M. (2010). Momentos de inovação e mudança espontânea: Um estudo exploratório. *Psychologica, 53*, 67-80.
- Cunha, C., & Gonçalves, M. (2012). The emergence of innovative moments in narrative therapy for depression: Exploring therapist and client contributions. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 15*(2), 62-74.
- Drewery, W., & Winsdale, J. (1997). The theoretical story of narrative therapy. In G. Monk, J. Winslade, K. Crocket, & D. Epston (Eds.), *Narrative therapy in practice: The archaeology of hope* (pp. 32-52). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- Fernandes, E. (2001). *Encontro de narrativas terapêuticas: Estudo das memórias do terapeuta activadas durante o processo de recordação do cliente* (Tese de Doutoramento). Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia, Braga, Portugal.
- Gergen, K. J., & Kaye, J. (1992). Beyond narrative in the negotiation of therapeutic meaning. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Therapy as social construction* (pp. 166-185). Thousand Oaks, California: Sage.
- Gonçalves, M. (2008). *Terapia Narrativa de Re-Autoria: o encontro de Bateson, Bruner e Foucault*. Psiquilibrios: 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*, 1-23. doi: 10.1080/10720530802500748
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Matos, M., Santos, A., & Mendes, I. (2010). The Innovative Moments Coding System: A coding procedure for tracking changes in psychotherapy. In S. Salvatore, J. Valsiner, S. Strout, & J. Clegg (Eds.), *YIS: Yearbook of idiographic science 2009* (pp.107-130). Rome: Firera.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, P. A., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The Innovative Moments Coding System. *Psychotherapy Research*, 21(5), 497-509. doi: 10.1080/10503307.2011.560207
- Gonçalves, M. & Ribeiro, A. (2012). Therapeutic change, innovative moments, and the reconceptualization of the self: A dialogical account. *International Journal for Dialogical Science*, 6(1), 81-98.
- Gonçalves, O. F. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.

- Gonçalves, O. F., & Machado, P. P. (1999). Cognitive Narrative Psychotherapy: Research Foundations. *Journal of Clinical Psychology, 19*, 251-271.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research, 19*, 68-80. doi: 10.1080/10503300802430657
- Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., Greenberg, L.S., Sousa, I, & Gonçalves, M. M. (2011). Narrative change in emotion-focused psychotherapy: A study on the evolution of reflection and protest innovative moments. *Psychotherapy Research, 21*, 304-315.
- Pio-Abreu, J. L. (2001). *Como tornar-se doente mental*. Coimbra: Quarteto.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. State University of New York Press: Albany.
- Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2011). Maintenance and transformation of problematic self-narratives: A semiotic-dialogical approach. *Integrative psychological & behavioral science, 45*(3), 281–303. doi: 10.1007/s12124-010-9149-0.
- Ribeiro, A., Bento, T., Salgado, J. Stiles, W. B., & Gonçalves, M. (2011). A dynamic look at narrative change in psychotherapy: A case study tracking innovative moments and protonarratives using state space grids. *Psychotherapy Research, 21*(1), 54 -69. doi: 10.1080/10503307.2010.504241
- Richert. A. J. (2003). Living stories, telling stories, changing stories: Experiential use of the relationship in narrative therapy. *Journal of Psychotherapy Integration, 13*, 188-210.
- Santos, A., Gonçalves, M., Matos, M., & Salvatore, S. (2009). Innovative moments and change pathways: A good outcome case of narrative therapy. *The british psychological society, 82*(4), 449-466. doi: 10.1348/147608309X462442

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* (pp. 3-21). New York: Praeger.

Sousa, Z. C. R. (2006). *Psicoterapia, Narrativa e Mudança: Histórias sobre o processo terapêutico* (Tese de Mestrado). Universidade do Minho: Instituto de Educação e Psicologia, Braga, Portugal.

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

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