

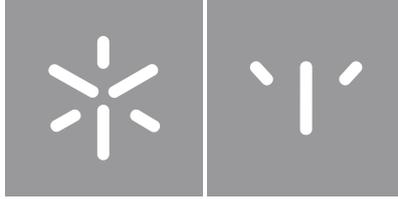


Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Helena Maria Afonso Lica Lima Ferreira

**Momentos de Inovação no Tratamento
Transdiagnóstico das Perturbações
Emocionais**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Helena Maria Afonso Lica Lima Ferreira

**Momentos de Inovação no Tratamento
Transdiagnóstico das Perturbações
Emocionais**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação do
Doutor João Batista
e do
Professor Doutor Miguel Gonçalves

DECLARAÇÃO

Nome: Helena Maria Afonso Lica Lima Ferreira

Endereço eletrónico: a71816@alunos.uminho.pt

Número do cartão de cidadão:14842681

Título da dissertação: Momentos de Inovação no Tratamento Transdiagnóstico das Perturbações Emocionais

Orientadores: Doutor João Batista e Professor Doutor Miguel Gonçalves

Ano de conclusão: 2018

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia

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

Universidade do Minho, 08/06/2018

Assinatura: _____

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Introdução.....	6
Método.....	11
Clientes.....	11
Terapeutas.....	13
Terapia.....	13
Codificadores.....	14
Medidas.....	14
Procedimento.....	15
Resultados.....	17
Discussão.....	20
Referências.....	24

Índice de Tabelas

Tabela 1 <i>Níveis de Momentos de Inovação.</i>	10
---	----

Índice de Figuras

<i>Figura 1.</i> Diferença entre a sintomatologia pré e pós terapia em casos de sucesso e de insucesso. ...	17
<i>Figura 2.</i> Proporção média de MIs, em cada nível, em casos de sucesso e de insucesso.	18
<i>Figura 3.</i> Evolução da emergência de MIs ao longo dos módulos em casos de sucesso e de insucesso	19
<i>Figura 4.</i> Evolução da emergência de MIs ao longo do tempo.	20

Agradecimentos

Ao Professor Miguel Gonçalves pela generosidade com que me integrou na sua equipa de investigação. Pela contribuição fundamental na definição e orientação deste projeto e pelas observações que permitiram melhorar este estudo. Obrigada pela acessibilidade, prontidão de resposta, e, pelo apoio ao longo deste percurso.

Ao Doutor João Batista, pelo acompanhamento regular desde o início deste projeto. Pela orientação cuidada em cada uma das etapas deste estudo. Por todo o conhecimento que me transmitiu, *insights* e pela disponibilidade tão importantes na construção deste trabalho. Obrigada por todas as pequenas grandes contribuições que ajudaram a aperfeiçoar este estudo.

À Professora Inês Sousa, pela contribuição imprescindível na análise de dados.

À equipa MIs, pelo espaço de aprendizagem que é; pelo exemplo de referência de como fazer investigação em psicoterapia. Obrigada pelo interesse demonstrado por este estudo e sugestões ao longo do seu desenvolvimento.

A todos os codificadores, pela sua participação indispensável na codificação da amostra: Carina Magalhães, Cátia Braga, Diogo Medeiros, João Batista, Mariana Soares, Pablo Fernández-Navarro e Rafaela Araújo.

Ao Doutor João Batista pelo trabalho essencial de organização e distribuição do processo de codificação, e, pela coordenação de todos os codificadores. Ao Pablo Fernández-Navarro, pelo tempo despendido na revisão das matrizes.

A ti mãe, obrigada por todo o teu investimento em mim. Foi tão importante para mim ter tido neste percurso o teu apoio. O retorno deste trabalho é também teu.

And to you, Laurens, to consistently support me each day all along this journey (as you best do). For the way you take care of me, thank you.

Momentos de Inovação no Tratamento Transdiagnóstico das Perturbações Emocionais

Resumo

Os clientes em psicoterapia são constrangidos por um padrão problemático que limita o modo como é atribuído significado às experiências de vida e gera sofrimento psicológico. Os momentos de inovação (MIs) são exceções à narrativa problemática do cliente, constituindo-se como novas formas de agir, pensar, sentir ou relacionar-se e emergem durante a psicoterapia no diálogo terapêutico. Estudos prévios demonstraram uma associação entre a emergência de MIs e melhoria sintomática. O presente estudo pretende replicar este resultado com uma amostra clínica diferente e de maior dimensão, e, um novo modelo terapêutico. Propõe-se ainda caracterizar o perfil de emergência de MIs (3 níveis) nesta nova amostra. A amostra inclui 23 casos com perturbação de ansiedade e /ou depressiva seguidos em terapia com o Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais. Como em estudos anteriores, nesta amostra maior emergência de MIs está associada à melhoria dos sintomas. Casos de sucesso e insucesso apresentaram perfis de evolução narrativa diferentes. O tempo foi preditor da emergência de MIs total e de cada um dos níveis, o que sugere que é necessário tempo na ocorrência de um processo de mudança em psicoterapia, ou que a sequência de módulos deste modelo facilita a mudança terapêutica.

Palavras-chave: Momentos de Inovação; Psicoterapia; Tratamento Transdiagnóstico das Perturbações Emocionais; Ansiedade; Depressão

Innovative Moments in the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders

Abstract

The clients in psychotherapy are constrained by a maladaptive pattern that limits the way meaning is given to life experiences and that generates psychological suffering. Innovative moments (IMs) are exceptions to the client's problematic narrative, as new ways of acting, thinking, feeling or relating and emerge during psychotherapy in therapeutic dialogue. Previous studies found an association between the emergence of IMs and symptomatic improvement. The present study aims to replicate this result with a different and larger clinical sample, and a new therapeutic model. Another aim is to describe the IMs emergence pattern (organized in three levels) in this new sample. The sample includes 23 cases with anxiety and/or depressive disorder followed in therapy with the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. As in previous studies, in this sample a higher IMs emergence is associated with a greater symptom improvement. Good and poor outcome cases showed different narrative evolution patterns. Time predicted IMs emergence, in total and of each of the levels, suggesting that time is required in a process of change in psychotherapy, or that the sequence of modules in this protocol facilitates therapeutic change.

Key-words: Innovative Moments; Psychotherapy; Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders; Anxiety; Depression

Introdução

Os momentos de inovação (MIs) constituem-se como exceções - no modo de agir, pensar, sentir ou se relacionar - face a um padrão disfuncional de experienciar e interpretar o mundo. A este padrão estão subjacentes regras implícitas que moldam a forma de significar os eventos (Gonçalves et al., 2016; Gonçalves, Ribeiro, Silva, Mendes, & Sousa, 2015). Estas regras quando rígidas e inflexíveis estreitam o modo como o significado é construído (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos, & Santos, 2011). Assim, conduzem à emergência de significados redundantes, sendo excluídas as experiências que não são compatíveis com esta forma de construir o mundo (Alves, Fernández-Navarro, Ribeiro, Ribeiro & Gonçalves, 2014). Ao estabelecer-se um padrão, que pelo seu carácter inflexível é disfuncional, gera-se sofrimento psicológico, que se traduz em sintomas clínicos (Gonçalves et al., 2011).

Quando este padrão problemático é desafiado e uma forma alternativa de atribuir significado emerge, trata-se de uma inovação, ocorrendo assim um MI (Gonçalves et al., 2011). Esta inovação surge como uma potencial transformação no modo de significar a experiência, sendo essencial para que a mudança ocorra e se instale um novo padrão mais adaptativo (Gonçalves et al., 2015; Gonçalves et al., 2011). Assume-se que é com a ocorrência repetida de MIs, quando se cria um ciclo em que estes se sucedem, que a consolidação de um novo padrão funcional emergente ocorre (Gonçalves et al., 2015).

Aqui reside a mudança que a psicoterapia visa promover, suscitando a disrupção deste padrão disfuncional que domina o cliente quando este começa a terapia (Gonçalves et al., 2016; Gonçalves et al., 2015). À construção de mudança que se dá na interação terapêutica está subjacente a emergência de MIs (Gonçalves et al., 2011). Esta condição parece ser comum a qualquer processo de mudança em psicoterapia independentemente do modelo teórico que o orienta e, portanto, das estratégias terapêuticas usadas, evidenciando-se, assim, o carácter transteórico dos MIs (Gonçalves et al., 2016; Gonçalves et al., 2015).

Esta assunção é suportada dado MIs terem sido sistematicamente identificados em sessões de psicoterapia de diferentes modalidades terapêuticas usando o Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves et al., 2011). Especificamente, o SCMI foi aplicado em terapia narrativa (TN), terapia focada nas emoções (TFE), terapia centrada no cliente (TCC), terapia cognitivo-comportamental (CBT), terapia construtivista e terapia focada em dilemas (Montesano, Oliveira, & Gonçalves, 2017). Este sistema foi aplicado, além disso, com várias amostras com diferentes problemas clínicos (e.g., mulheres vítimas de violência por parte do parceiro, depressão, luto

complicado) tendo-se mostrado válido e fidedigno (Gonçalves et al., 2016; Gonçalves et al., 2015). Trata-se de um sistema que permite identificar inovações ou mudanças, através da análise do diálogo terapêutico durante as sessões de psicoterapia, registado em transcrições ou gravações de áudio ou vídeo. Ao possibilitar a identificação de novidades na narrativa dos clientes, enquanto MIs, constitui-se como uma ferramenta útil na investigação de como ocorre o processo de mudança em psicoterapia (Gonçalves et al., 2011). O SCMI identifica 7 tipos de MIs (para mais informação consultar a Tabela 1) que podem ser organizados em 3 níveis. Esta organização baseia-se no facto dos diversos tipos de MIs corresponderem a diferentes graus de mudança, podendo a mudança ser concebida de modo desenvolvimental e hierárquico. O nível 1 compreende os MIs em que há uma tentativa de abertura à mudança, através de ações, intenções ou compreensões que permitem criar distância do problema. No nível 2 os MIs são já centrados na mudança, sendo visível no discurso do cliente um *contraste* entre uma posição passada e uma nova posição emergente do eu *ou* uma elaboração em torno do *processo* que permitiu tal mudança (Batista & Gonçalves, 2016). O nível 3 corresponde aos MIs que contêm simultaneamente *contraste e processo* e assume-se que permitem expandir e consolidar a mudança.

A maioria dos estudos realizados com o SCMI analisaram diferenças em relação à proporção de MIs e ao perfil de mudança narrativa ao longo da terapia comparando casos de sucesso e insucesso terapêutico. Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg & Gonçalves (2011) ao analisarem seis casos com diagnóstico de depressão seguidos em TFE concluíram que a emergência de MIs ao longo do processo terapêutico segue padrões de evolução diferentes consoante o resultado terapêutico (sucesso ou insucesso). Uma característica distintiva dos casos de sucesso é a existência de uma maior proporção de MIs, que aumenta à medida que a terapia progride. Já em casos de insucesso a proporção de MIs é significativamente mais baixa (Mendes et al., 2011; Montesano et al., 2017).

Esta conclusão decorre de vários estudos (Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009; Mendes et al., 2010) em que se verificou uma maior proporção de MIs em casos de sucesso. Na mesma direção que estudos anteriores, Gonçalves et al. (2012) investigaram a associação entre a emergência de MIs e a melhoria da sintomatologia, numa amostra de casos com diagnóstico de depressão seguida em TCC. Foi encontrada uma maior emergência de MIs em casos em que a melhoria dos sintomas era maior.

Na sequência de estudos prévios, Alves et al. (2013) analisaram uma amostra de casos de luto complicado cuja abordagem terapêutica adotada foi a terapia construtivista. Do mesmo modo, os resultados sugerem que, casos com diferenças em termos da melhoria da sintomatologia, começavam

a diferir significativamente entre si à medida que o tratamento progredia. Uma maior emergência de MIs surge novamente associada a uma maior melhoria ao nível da sintomatologia.

Outra característica, que permite distinguir casos de sucesso e insucesso, é a presença de MIs de nível 2 em casos de sucesso, a partir da fase intermédia da terapia e continuando até ao final. Ao contrário, nos casos de insucesso, os MIs de nível 2 são praticamente ausentes ou apresentam uma proporção muito baixa. (Mendes et al., 2011; Montesano et al., 2017; Batista & Gonçalves, 2016). Nos casos de insucesso, emergem MIs de nível 1 desde o início da terapia, tal como em casos de sucesso, porém não existe uma evolução do nível 1 para o nível 2 com o desenvolvimento da terapia ao longo do tempo (Mendes et al., 2011). Assim, torna-se claro que diferentes tipos de MIs podem ser agrupados em níveis distintos consoante o potencial que apresentam de promover a mudança (Mendes et al., 2011; Batista & Gonçalves, 2016). A emergência de MIs de nível 2 está associada à ocorrência de mudança, mas não de MIs de nível 1 (Mendes et al., 2011; Batista & Gonçalves, 2016).

Os resultados dos vários estudos conduzidos com o SCMI convergem ao encontrar este padrão de mudança narrativa. Outro resultado relevante é que MIs de reconceptualização (i.e. de nível 3), apesar de poderem emergir em qualquer fase da terapia, habitualmente começam a aumentar a partir da fase intermédia ou final em casos de sucesso (Gonçalves et al., 2012). Em casos de insucesso a sua proporção não tem representatividade (Gonçalves et al., 2012). Este tipo de MIs assume um papel central no processo de mudança em psicoterapia, sendo a sua emergência determinante para que mudanças significativas sejam alcançadas, o que, por sua vez, é relevante para o sucesso da psicoterapia (Gonçalves et al., 2016; Gonçalves et al., 2015). A importância que os MIs de nível 3 assumem, realçada em diversos estudos com o SCMI, é evidenciada com o estudo de Fernández-Navarro et al. (2018) em que a reconceptualização se apresenta como o nível de MIs com maior potencial de promover a mudança, fazendo sentido, por isso, a diferenciação do nível 2.

Na maioria da investigação com o SCMI, o contraste entre casos de sucesso e insucesso foi o *design* de estudo frequentemente utilizado para averiguar diferenças na evolução narrativa, entre casos em que ocorre mudança e casos em que esta não ocorre. Dois estudos recentes (Gonçalves et al., 2016; Gonçalves et al., 2015) procuraram estabelecer uma relação de precedência entre MIs e melhoria dos sintomas. Foi investigado se a emergência de MIs, numa sessão de terapia, é melhor preditor de uma melhoria da sintomatologia na sessão de psicoterapia seguinte. Por outro lado, foi também testado se é uma melhoria da sintomatologia, numa dada sessão de terapia, que melhor prediz a emergência de MIs na sessão seguinte (Gonçalves et al., 2016; Gonçalves et al., 2015). Em ambos os estudos verificou-se que os MIs são melhor preditores da melhoria da sintomatologia que o

reverso (Gonçalves et al., 2016; Gonçalves et al., 2015). Desta forma, estes estudos realçaram que os MIs são um elemento importante para que o processo de mudança ocorra e não um simples resultado deste (Gonçalves et al., 2016; Gonçalves et al., 2015). Consistentemente com resultados anteriores MIs de nível 2 e 3 predizem uma melhoria dos sintomas na sessão seguinte, o que não acontece com MIs de nível 1 (Gonçalves et al., 2016; Gonçalves et al., 2015).

No entanto, a generalização destes resultados tem limitações dado o tamanho das amostras, ambas constituídas por casos com perturbação depressiva, que num dos estudos foi seguida em TN (10 casos) e no outro em CBT (6 casos) (Gonçalves et al., 2015; Gonçalves et al., 2016). Esta limitação é, aliás, comum a vários estudos conduzidos com o SCMI, tal como, o facto de muitos estudos com este sistema terem sido realizados com as mesmas amostras (tendo sido codificadas diferentes dimensões). É relevante, por isto, com uma nova amostra, clinicamente diferente e com maior dimensão, replicar os resultados de vários estudos que indicam que a emergência de MIs está associada à melhoria sintomática (Gonçalves et al., 2012; Alves et al., 2013; Gonçalves et al., 2015; Gonçalves et al., 2016).

Pretende-se aplicar o SCMI a uma nova amostra e a um novo modelo terapêutico. É, portanto, pertinente caracterizar nesta nova amostra o perfil de emergência de MIs usando 3 níveis. A amostra inclui casos com perturbação depressiva, assim como, casos com perturbação de ansiedade, que nunca foram antes estudados com o SCMI. A inclusão na amostra de casos de abandono, para além dos que completaram a terapia é algo igualmente novo face a estudos anteriores. Os casos da amostra são seguidos numa modalidade terapêutica que ainda não foi estudada com o SCMI. Trata-se do modelo transdiagnóstico de Barlow - *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders* (UP) (Barlow et al., 2011) - que se destina a perturbações relacionadas com dificuldades em regulação emocional. Este modelo enfatiza a importância da regulação emocional nas perturbações de ansiedade e depressão. Uma particularidade deste modelo de terapia breve é que a intervenção se encontra organizada em módulos que agrupam várias sessões de terapia. Dado a terapia estar estruturada em torno de módulos, sendo esta condição singular face a outras terapias é interessante caracterizar o modo como a inovação emerge nos diferentes módulos.

De forma a estudar uma amostra de maior dimensão, a codificação da amostra será parcial, codificando-se um menor número de sessões em cada caso, mas um maior número de casos. Outra condição que torna exequível o estudo de uma amostra maior é facto dos MIs serem codificados em 3 níveis. Para caracterizar a emergência de MIs nesta nova amostra é importante descrever a evolução da emergência de MIs ao longo do tempo. Com o mesmo propósito, a comparação do perfil de

emergência de MIs em casos de sucesso e insucesso pode ser também bastante informativo. Se, tal como noutros estudos, for possível distinguir casos de sucesso e insucesso em termos do perfil de emergência de MIs, este estudo reforça a relevância de outros resultados da investigação com o SCMI.

Como objetivos principais este estudo propõe: (1) estudar a associação entre a emergência de MIs e melhoria da sintomatologia, e, (2) caracterizar o perfil de mudança narrativa numa nova amostra e com um novo modelo terapêutico. Para o primeiro objetivo coloca-se como hipótese que uma maior emergência de MIs está associada a maior melhoria sintomatológica. Quanto ao segundo objetivo espera-se encontrar diferenças entre casos de sucesso e insucesso, com os casos de sucesso a apresentar uma maior emergência de MIs e a emergência de MIs nível 2 e 3 a partir da fase intermédia da terapia.

Tabela 1

Níveis de Momentos de Inovação

Níveis de MIs	Tipos de MIs	Definição
Nível 1 MIs que permitem criar distância do problema	Ação I	- Novos comportamentos para ultrapassar o problema; - Exploração ativa de soluções; - Procura de informação sobre o problema.
	Reflexão I	- Nova compreensão do problema; - Reconsideração das causas do problema; - Consciência dos efeitos do problema; - Intenções de combater o problema; - Pensamentos e autoinstruções adaptativas.
	Protesto I	- Rejeitar ou contestar o problema; - Posição crítica de revolta contra facetas problemáticas do próprio ou outros que estejam a manter o problema.
Nível 2	Ação II	- Generalização da mudança a outras dimensões da vida e a projetos futuros;

MIs centrados na mudança (contraste ou processo)		<ul style="list-style-type: none"> - Investimento em novas relações como resultado do processo de mudança; - Experiências problemáticas como um recurso para novas situações; - Desempenho da mudança através de novas competências; - Reemergência de posições do eu negligenciadas ou esquecidas.
	Reflexão II	<ul style="list-style-type: none"> - Contraste entre posições passadas do eu e novas posições emergentes; - Reflexão sobre o processo que permitiu a mudança; - Reflexão sobre o processo terapêutico.
	Protesto II	<ul style="list-style-type: none"> - Emergência de novas posições; - Posições de assertividade e empoderamento.
Nível 3 MIs centrados na mudança (contraste e processo)	Reconceptualização	<ul style="list-style-type: none"> - Descrição do contraste entre duas posições do eu (passada e presente) e do processo subjacente a essa transformação;

Nota. Adaptado com permissão de Montesano, Oliveira e Gonçalves, 2017 e de Gonçalves et al., 2015.

Método

Clientes

A amostra deste estudo é constituída por 23 clientes com diagnóstico de perturbação de ansiedade e/ou perturbação do humor. Os critérios de inclusão são: (a) um diagnóstico inicial de perturbação de ansiedade e/ou perturbação do humor na avaliação inicial com recurso à Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV; DiNardo, Brown, & Barlow, 1994; Pinto-Gouveia & Galhardo, 2001) e (b) assinar um consentimento informado. Os critérios de exclusão que foram usados são os seguintes: (a) diagnóstico de perturbação de personalidade e/ou (b) qualquer outro diagnóstico do eixo I que pudesse ser o foco da atenção clínica (e.g., perturbação bipolar, perturbações psicóticas). Os 23 clientes que participam no estudo foram selecionados aleatoriamente de uma amostra de 123

casos, a que foi aplicado este modelo transdiagnóstico de tratamento, no Serviço de Consulta de Psicologia da Universidade do Minho. Os 23 clientes consistem em 16 casos que completaram a terapia e 7 casos de abandono. Como critérios de seleção dos casos completos para o presente estudo foram considerados: (1) o(a) cliente ter completado todos os módulos do protocolo; e (2) as sessões gravadas em vídeo terem condições de som e imagem adequadas para serem codificadas em vídeo. Para seleção dos casos de abandono foram considerados os casos em que: (1) o(a) cliente deixou de comparecer sem qualquer justificação ou resposta posterior; e (2) as condições de som e imagem das sessões gravadas em vídeo eram adequadas para serem codificadas em vídeo.

A amostra é constituída por 19 clientes do sexo feminino e 4 do sexo masculino, com idades que variam entre os 17 e os 49 anos. Dos 23 casos que constituem a amostra, cinco apresentam um diagnóstico de perturbação de ansiedade, dez de depressão e oito um diagnóstico de comorbilidade entre as duas perturbações (ansiedade e depressão). Dos casos com depressão e considerando os casos com comorbilidade, 13 casos têm diagnóstico de perturbação depressiva maior, 1 caso tem diagnóstico de perturbação depressiva persistente (distímia), 3 casos presença de sintomatologia depressiva (sem preencher os critérios para diagnóstico de uma perturbação) e 1 caso tem comorbilidade com luto complicado. Os casos com diagnóstico de perturbação de ansiedade incluindo os que têm comorbilidade compreendem, 3 com perturbação de pânico, 2 com fobia social, 1 com perturbação obsessivo-compulsiva, 2 com ansiedade de desempenho, 1 com agorafobia, 3 com ansiedade sem outra especificação e 1 com tricotilomania. Quanto ao estado civil 11 clientes são solteiros, 4 são solteiros e estão numa relação, 6 são casados e/ou vivem em união de facto e 2 são divorciados. No que respeita às habilitações literárias 10 clientes têm licenciatura, 6 têm mestrado, 6 têm o ensino secundário e 1 cliente tem o 3º ciclo do ensino básico.

O resultado terapêutico foi definido com base no instrumento *Outcome Questionnaire 10.2* (OQ-10.2; Lambert, Finch, Okiishi, & Burlingame, 2005) de modo a ser possível analisar casos completos e de abandono. Para obter uma medida do OQ-10.2 pré e pós nos casos completos, este foi convertido respetivamente a partir do OQ45 inicial e final. Nos casos de abandono, como não existe uma medida do OQ-45.2 pós foi considerado o valor do OQ-10.2 da última sessão como OQ-10.2 pós. Para determinar o resultado terapêutico foi usado como critério o ponto de corte, uma vez que não existe *Reliable Change Index* (RCI) (Jacobson & Truax, 1991) para esta medida.

Terapeutas

A terapia nos casos desta amostra foi conduzida por três terapeutas, duas do sexo feminino e um terapeuta do sexo masculino. Uma terapeuta tem grau de doutoramento, outra terapeuta o grau de mestrado e o terapeuta é estudante de doutoramento. Relativamente aos anos de experiência clínica, uma terapeuta tem 4 anos, outra terapeuta 7, e o terapeuta tem 3,5. Os terapeutas foram supervisionados por 4 terapeutas com elevada experiência clínica. A adesão terapêutica ao manual foi assegurada nas sessões semanais de supervisão.

Terapia

O tratamento segue o modelo transdiagnóstico de Barlow - *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders* (UP) (Barlow et al., 2011). Este manual é utilizado em perturbações com dificuldades em regulação emocional, como as perturbações de ansiedade e depressão. Trata-se de um protocolo de terapia breve, sendo que, o manual prevê entre 16 a 20 sessões semanais (no final do tratamento as sessões têm um intervalo de 2 semanas). A terapia está organizada em 8 módulos, estruturados em torno de diferentes tarefas terapêuticas. Em cada módulo diferentes tópicos relacionados com a regulação emocional vão sendo abordados e explorados. São ensinadas técnicas e estratégias ao cliente com o objetivo de promover um maior nível de regulação emocional e com isto a redução dos sintomas. O primeiro módulo centra-se em aumentar a motivação para um maior envolvimento com o tratamento. Nos módulos 2 e 3 é fornecida psicoeducação sobre experiências emocionais e treinada a consciência das emoções de uma forma não reativa, sendo os pacientes instruídos sobre a técnica de *mindfulness*. No módulo 4 é abordada a avaliação e reavaliação cognitiva. O módulo 5 debruça-se sobre o evitamento emocional e comportamentos guiados pelas emoções. Os módulos 6 e 7 destinam-se a aumentar a consciência e tolerância a sensações físicas, e assim, é introduzida a exposição emocional situacional e interoceptiva. A ênfase do último módulo são os ganhos terapêuticos e a sua manutenção, bem como a prevenção de recaída. De forma a pôr em prática competências adquiridas na terapia são prescritas tarefas entre sessões, relacionadas com o módulo em questão (Barlow et al., 2011). O manual prevê a monitorização da evolução dos sintomas do cliente através da *Overall Anxiety Severity and Impairment Scale* (OASIS; Norman, Cissell, Means-Christensen, & Stein, 2006) e *Overall Depression Severity and Impairment Scale* (ODSIS; Bentley, Gallagher, Carl, & Barlow, 2014) (Barlow et al., 2011). O tratamento UP foi aplicado individualmente, tendo os módulos sido administrados sempre na mesma ordem para todos os casos. Para aplicação

dos módulos foi seguida a ordem prevista no protocolo, com exceção do módulo 3 que foi administrado antes do módulo 8.

Codificadores

A codificação das sessões terapêuticas com o SCMI foi efetuada por 8 codificadores (cinco do sexo feminino e três do sexo masculino), sem conhecimento do estatuto (sucesso/insucesso) dos casos. Os codificadores diferiam quanto ao grau académico. Estes incluíam três estudantes de mestrado, um estudante de doutoramento, uma investigadora com grau de mestrado e três investigadores com grau de doutoramento. A codificação foi realizada em pares, sendo que o codificador principal analisava 100% das sessões de cada caso e o outro codificador 50% das sessões.

Medidas

Medidas de resultado

Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV; DiNardo, Brown, & Barlow, 1994; Pinto-Gouveia & Galhardo, 2001). A ADIS-IV é uma entrevista clínica diagnóstica semiestruturada. Permite o diagnóstico de perturbações de ansiedade e do humor, perturbações somatoformes e uso de álcool e substâncias associadas, com base no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000) (Barlow et al., 2011). Possibilita ainda o diagnóstico diferencial, bem como, esclarecer a severidade do diagnóstico (Barlow et al., 2011). A aplicação da ADIS-IV teve lugar antes de se iniciar o tratamento, bem como, no pós-tratamento e *follow-up*, em que foi utilizada a versão abreviada.

Outcome Questionnaire 45.2 (Lambert et al., 1996; Machado & Klein, 2006). As condições clínicas e o progresso do cliente foram monitorizados com o OQ-45.2, um questionário de autorrelato constituído por 45 itens, que além do sofrimento psicológico, avalia também os relacionamentos interpessoais e o papel social dos pacientes (Lambert et al., 1996). Este instrumento apresenta excelentes valores de consistência interna, nomeadamente, na amostra portuguesa ($\alpha = 0,89$; Machado & Fassnacht, 2014). O RCI calculado para a população portuguesa foi de 15 pontos, e o ponto de corte de 62 pontos (Machado & Fassnacht, 2014). Este instrumento foi administrado pré e pós tratamento e *follow-up*.

Outcome Questionnaire 10.2 (Lambert, Finch, Okiishi, & Burlingame, 2005). O OQ-10.2 é uma versão breve do OQ-45.2 que monitoriza mudanças nos sintomas clínicos de sofrimento psicológico ao longo de curtos períodos de tempo. Apresenta valores adequados de consistência interna ($\alpha=0,87$; Goates-Jones & Hill, 2008), bem como de fidelidade teste-reteste (Pearson's $r=0,62$; Lambert et al., 2005). O ponto de corte é 19, valor a partir do qual a sintomatologia apresentada tem significância clínica. O OQ-10.2 foi administrado todas as sessões para obter uma medida dos sintomas sessão a sessão.

Medidas de processo

Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves et al., 2011). O SCMI é um sistema qualitativo que permite identificar MIs. Neste estudo os MIs são codificados em 3 níveis. Esta classificação pressupõe a existência de uma hierarquia entre os MIs. Os MIs de nível 1 são centrados no problema, enquanto que MIs de nível 2 e 3 são centrados na mudança. O SCMI permite também identificar a proporção de cada nível de MI. A proporção é uma medida do tempo que os MIs ocupam considerando o tempo total da sessão. Para calcular o acordo entre juizes quanto à proporção e à atribuição de níveis são calculados dois índices de acordo. Em estudos prévios foi demonstrada a fidelidade do SCMI com valores de k de Cohen entre .91 num estudo em NT e .97 num estudo em TCC (Gonçalves et al., 2015; Gonçalves et al., 2012).

Procedimento

Medidas de resultado. A administração das medidas de resultado teve lugar no início de cada sessão de terapia. A ADIS-IV e o OQ-45 foram administrados no início e no fim da terapia, de modo a obter uma medida dos sintomas antes e no fim do tratamento. No fim da terapia e *follow-up* foi administrada uma versão abreviada da ADIS-IV. Estes instrumentos foram ainda administrados no *follow-up* (6, 12 e 24 meses). O OQ-10 foi administrado em todas as sessões de terapia de modo a monitorizar a evolução dos sintomas sessão a sessão.

Codificação dos momentos de inovação. As sessões terapêuticas dos 23 casos da amostra foram gravadas em vídeo tendo sido analisadas um total de 147 sessões com o SCMI. A análise foi realizada diretamente na gravação de cada sessão, com recurso ao programa ANVIL- *The Video Annotation Research Tool* (Kipp, 2017). Os 23 casos foram distribuídos pelos pares de codificadores, sendo que, cada caso foi analisado de forma independente por dois codificadores. Os codificadores

desconheciam o resultado terapêutico do caso. Para seleção das sessões a codificar analisou-se uma sessão por módulo. Em módulos com várias sessões, a sessão a codificar foi selecionada aleatoriamente usando o site <http://www.random.org>.

Todos os codificadores receberam treino no procedimento de codificação de MIs completando, ao longo de várias semanas, um protocolo de treino predefinido. A primeira parte do treino consistia num conjunto de exercícios usando excertos de diálogos terapêuticos. A segunda parte do treino implicava a codificação de um caso terapêutico inteiro (com vários passos diferentes de codificação, progressivamente mais difíceis). No final do treino a fidelidade dos codificadores foi avaliada, com o cálculo do kappa de Cohen, que deveria ser superior a .75 para serem considerados aptos a codificar.

O procedimento de codificação de MIs engloba três passos: (1) identificação do padrão disfuncional com que o cliente se apresenta em terapia; (2) identificação de cada MI, determinando o seu início e fim; e (3) classificação de cada MI quanto ao nível. O processo de codificação começa para cada caso com o registo, numa lista, dos problemas do cliente. Primeiro, cada codificador lista individualmente os problemas de um dado caso com base na observação em vídeo das duas sessões de terapia iniciais. Posteriormente, os dois codificadores discutem de modo a chegar a uma definição consensual dos problemas do cliente. Em seguida cada sessão é observada em vídeo de forma independente pelos dois codificadores que codificam, no ANVIL, o início e fim de cada MI que identificam. Depois de identificado, cada MI, é classificado em 3 níveis (1, 2 ou 3). Desacordos na codificação são resolvidos por consenso, pelos codificadores que se reúnem no final de cada sessão codificada. Como medidas para avaliar o acordo entre os dois codificadores foram usados dois índices de acordo. Foi calculado o acordo quanto à proporção de tempo que os MIs ocupam numa dada sessão. Esta medida corresponde ao tempo em que ambos os codificadores codificaram como MIs, dividido pelo total de tempo identificado por cada codificador como MIs. O kappa ponderado foi a medida usada para avaliar o acordo na atribuição dos níveis. Esta é a medida adequada dado que se assume que existe uma hierarquia nos níveis dos MIs (Mandrekar, 2011). Nesta amostra o acordo entre codificadores relativamente à proporção de MIs identificada foi de 85.54%. O kappa de Cohen ponderado enquanto índice de acordo na atribuição de níveis de MIs foi de .86.

Resultados

Sintomatologia e resultado terapêutico

Para determinar o resultado terapêutico foi utilizado o OQ-10.2, por ser o único instrumento para o qual está disponível, quer uma medida pré como pós terapia da sintomatologia, para casos completos e de abandono. Tendo em conta o ponto de corte de 19, 16 casos são de sucesso (13 completos e 3 de abandono) e 7 de insucesso (3 completos e 4 de abandono). A figura 1 mostra a diferença entre o valor médio inicial e final da sintomatologia em casos de sucesso e insucesso. A média do OQ-10.2 pré-terapia nos casos de sucesso foi de 22.88 e no OQ-10.2 pós-terapia de 11.56. Entre os dois momentos de avaliação existe uma diferença de 11.32 pontos. Nos casos de insucesso, a média do OQ-10.2 pré-terapia (27.14) foi mais elevada em comparação aos casos de sucesso. A diferença no OQ-10.2 (pós-pré) foi menor, de 3.43 pontos.

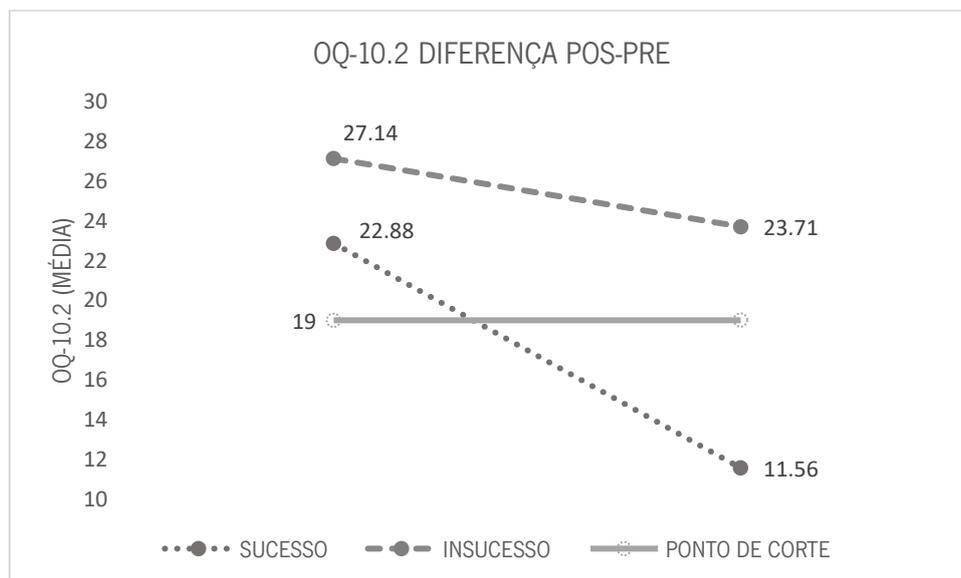


Figura 1. Diferença entre a sintomatologia pré e pós terapia em casos de sucesso e de insucesso.

Emergência de MIs nos casos de sucesso e de insucesso

Os casos de sucesso apresentaram uma média superior aos de insucesso na proporção total de MIs. Na figura 2 pode observar-se uma diferença entre casos de sucesso e insucesso quanto à emergência de MIs. Nos casos de sucesso, os MIs N1 apresentam uma maior proporção (8.23%), seguindo-se os MIs N2 (4.68%) e, por fim, os MIs N3 (1.55%). Nos casos de insucesso a proporção de MIs em cada nível foi bastante mais baixa. Os MIs N1 têm uma proporção de 3.98%, os MIs N2 de 2.72% e os MIs N3 são praticamente inexistentes (0.34%).

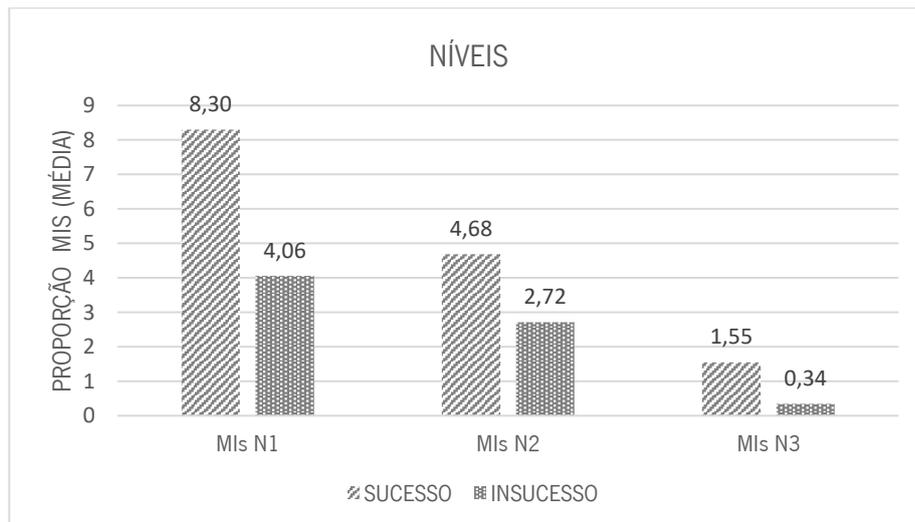


Figura 2. Proporção média de MIs, em cada nível, em casos de sucesso e de insucesso.

Módulos e emergência de MIs nos casos de sucesso e de insucesso

O gráfico da figura 3 ilustra a emergência de MIs ao longo dos módulos em casos de sucesso e de insucesso. Nos casos de sucesso, a emergência de MIs apresenta uma tendência crescente com a progressão da terapia, mas existe alguma irregularidade e pouca variabilidade entre os módulos quanto à proporção de MIs total. O módulo com maior proporção de MIs total foi o módulo 8 com 32.27%. Neste módulo final, que se destaca dos restantes módulos, é possível notar um aumento acentuado da proporção de MIs total, e, particularmente de MIs N2 e N3. Nos casos de insucesso, a proporção de MIs total foi bastante mais baixa em todos os módulos comparativamente aos casos de sucesso. A proporção de MIs total parece ser relativamente estável ao longo dos módulos, ainda que nos módulos finais se possa observar um ligeiro aumento.

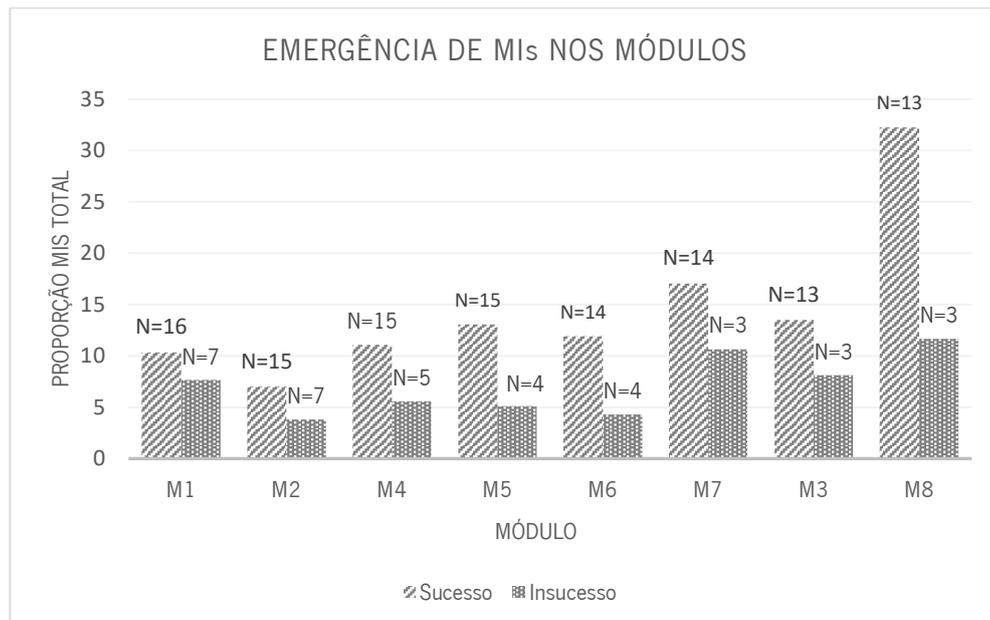


Figura 3. Evolução da emergência de MIs ao longo dos módulos em casos de sucesso e de insucesso.

Emergência de MIs e redução da sintomatologia ao longo do tratamento

Foi realizada uma análise de *regressão linear simples*, considerando como *preditor* a proporção média de MIs e a *variável resposta* a diferença entre o OQ-10.2 pós e pré ($\Delta\text{OQ-10.2} = \text{OQ-10.2}_{\text{pós}} - \text{OQ-10.2}_{\text{pré}}$). Foi encontrada uma associação significativa negativa entre a proporção média de MIs total ($p = .0161$; $R^2 = .210$), MIs N1 ($p = .0412$; $R^2 = .145$), MIs N3 ($p = .0053$; $R^2 = .283$) e a sintomatologia. Estes resultados indicam que o aumento da emergência de MIs está relacionado com um decréscimo significativo dos sintomas. Quanto aos MIs de N2, embora exista uma associação no sentido negativo, esta não é significativa ($p = .1110$; $R^2 = .075$).

Emergência de MIs ao longo do tempo

Foi realizada uma *generalized linear mixed models* (GLMM) um modelo longitudinal que permite compreender como varia a probabilidade da emergência de MIs (variável resposta) com a passagem do tempo (variável explicativa). Verificou-se um efeito significativo no sentido positivo do tempo na probabilidade de ocorrência dos MIs total ($p < .0001$; $R^2 = .126$), MIs N1 ($p < .0001$; $R^2 = .007$), MIs N2 ($p < .0001$; $R^2 = .396$) e MIs N3 ($p < .0001$; $R^2 = 0.789$). Isto significa que ao longo do tempo a emergência

de MIs aumentou de forma global e em cada um dos níveis em particular. A variância explicada pelo tempo é superior nos MIs N3, seguido dos MIs N2 e, por fim, MIs N1.

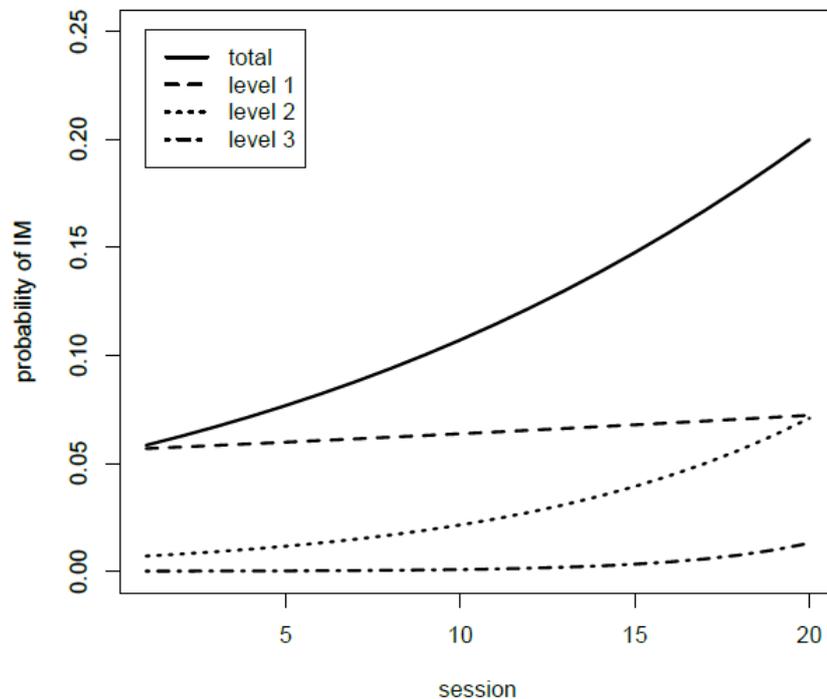


Figura 4. Evolução da emergência de MIs ao longo do tempo.

Discussão

Este estudo tinha como objetivo principal estudar se a ocorrência de MIs está associada à melhoria da sintomatologia. A hipótese principal de estudo, de que uma maior emergência de MIs está associada a um maior decréscimo dos sintomas foi suportada para a emergência de MIs total, N1 e N3. Também em estudos anteriores uma maior emergência de MIs aparecia associada a uma maior melhoria dos sintomas (Alves et al.,2013; Gonçalves et al.,2012). No entanto, nesta amostra uma maior diferença entre a sintomatologia final e inicial não está necessariamente associada a uma maior elaboração de MIs N2. Pode supor-se que este resultado que, para o qual parece não existir nenhuma explicação teórica que o justifique e como aconteceu noutros estudos, esteja relacionado com características idiossincráticas desta amostra. Apesar de na investigação com o SCMI existir uma certa uniformidade ao encontrar um determinado perfil de emergência de MIs associado a casos com maior melhoria sintomática, também noutros estudos se verificaram algumas discrepâncias específicas das amostras estudadas. Gonçalves et al. (2016) concluíram ao estudar uma amostra seguida em CBT

que, maior emergência de MIs N2 (mas não N1) predizia uma melhoria dos sintomas na sessão seguinte. Esta relação foi encontrada estudando os tipos de MIs reflexão I e reflexão II que apresentaram maior proporção nesta amostra. Outros tipos como MIs de reconceptualização (i.e. N3) tinham uma proporção bastante baixa, o que parece ter sido um resultado específico desta amostra e provavelmente relacionado com as características da terapia adotada. Por outro lado, no estudo de Gonçalves et al. (2015) ao estudar a mesma relação, mas numa amostra seguida em TN, verificou-se que maior emergência de MIs N2 bem como N3 predizia uma melhoria dos sintomas na sessão seguinte. É pois possível que a emergência de certos tipos de MIs seja sensível ao modelo terapêutico em que a amostra foi seguida, o que pode favorecer uma maior elaboração de alguns tipos de MIs do que outros. Para além das variáveis do tratamento, é muito possível que variáveis do cliente possam determinar o perfil específico. Infelizmente com as dimensões das amostras estudadas é impossível estudar a variabilidade dos clientes. Em síntese no presente estudo a ausência de associação entre MIs N2 e os sintomas pode tratar-se de um resultado singular de difícil explicação. Finalmente, uma outra possibilidade decorre do tipo de análise realizada e da heterogeneidade da amostra, que integra casos completos e incompletos, sucessos e insucessos. O uso de regressão simples e a utilização do OQ-10.2 (Lambert et al., 2005) como medida pode não ser suficientemente sensível para detetar a relação entre sintomas e MIs N2. Estudos futuros podem ser úteis para esclarecer a relevância teórica deste resultado.

Caracterizar o perfil de mudança narrativa nesta nova amostra e usando um novo modelo terapêutico era também um dos objetivos deste estudo. Quanto à evolução da emergência de MIs ao longo do tempo, os resultados mostram que o tempo é um fator explicativo da ocorrência de MIs. Ao longo do tempo há uma maior emergência de MIs de forma global e de cada um dos níveis como mostra a figura 4. Também nos estudos de Gonçalves et al. (2016) e Gonçalves et al. (2015) o tempo foi preditor da emergência de MIs. O tempo é particularmente preditor da emergência de MIs N3. Ou seja, uma das condições necessárias para a emergência de MIs N3 é passagem do tempo, daí que a ocorrência de MIs N3 esteja associada ao final da terapia. A ocorrência de MIs N2 e N3 é mais explicada pelo decorrer do tempo do que MIs N1, o que nos leva a supor que as explicações metodológicas referidas acima para explicar a ausência de relação entre este nível de MIs e a evolução dos sintomas possam ser as mais plausíveis.

Estes resultados de evolução temporal são congruentes com a perspetiva desenvolvimental da emergência de MIs, que assume que os níveis se organizam numa estrutura hierárquica, em que os

MIs N1 ocupam a base da hierarquia e os MIs N3 o topo. Primeiro começam por emergir em maior proporção MIs N1 e só numa fase mais avançada da terapia é que emergem MIs N2 e N3. A emergência de MIs N2 e N3, segundo esta perspetiva desenvolvimental está associada à ocorrência de mudança e à sua consolidação. Embora a passagem do tempo por si só não implique a ocorrência de mudança, o tempo é um fator importante para que ocorra um processo de mudança em psicoterapia, como sugerem os resultados deste estudo. Outra possível explicação destes resultados é que a sequência de módulos deste modelo facilita a mudança terapêutica.

Comparando os casos quanto ao resultado terapêutico, o perfil de emergência de MIs é diferente em casos de sucesso e insucesso. Verifica-se nesta amostra nos casos de sucesso uma maior emergência de MIs, em todos os módulos e principalmente no último módulo da terapia. Nos módulos finais, os níveis 2 e 3 assumem uma maior proporção. Ao contrário, nos casos de insucesso, em que a proporção de MIs é manifestamente mais baixa, não existe um aumento acentuado da ocorrência de MIs no último módulo como nos casos de sucesso. A emergência de MIs de nível 2 é muito baixa e no que respeita ao nível 3 é praticamente inexistente nos casos de insucesso. Estes resultados são congruentes com estudos prévios em que se verificou que, uma maior proporção de MIs (Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010; Mendes et al., 2011) e a emergência de MIs N2 e N3 distingue os casos de sucesso dos de insucesso (Mendes et al., 2011; Gonçalves et al., 2012; Batista & Gonçalves, 2016).

É de realçar a semelhança do perfil de emergência de MIs encontrado em casos de sucesso nesta amostra comparativamente ao perfil já caracterizado em estudos prévios (Batista & Gonçalves, 2016; Montesano et al., 2017). Nos casos de sucesso de ansiedade e depressão que constituem esta amostra, a emergência de MIs N1 ocorre desde o início da terapia. Nesta fase da terapia, os MIs N2 e N3 são praticamente inexistentes. No entanto, com o decorrer da terapia verifica-se um aumento dos MIs N2 e N3, que aumentam de forma acentuada entre a fase intermédia e final da terapia. Os resultados deste estudo evidenciam a robustez do perfil de mudança narrativa caracterizado em vários estudos com o SCMI (Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010; Mendes et al., 2011; Gonçalves et al., 2012; Alves et al., 2013).

A identificação de MIs com o SCMI neste protocolo terapêutico e com uma nova amostra é mais um apoio à ideia de que os MIs são um conceito transteórico. Pretendia-se neste estudo analisar a emergência de MIs em diferentes módulos, dado a estruturação da terapia em módulos ser específica deste protocolo terapêutico. A análise dos casos de sucesso sugere que a emergência de MIs varia em função da fase da terapia, ao invés de ser específica consoante as competências

abordadas em cada módulo. Deste modo a ocorrência de MIs começa a aumentar na fase intermédia da terapia, que corresponde ao módulo 6 ou 7 neste protocolo. A fase final da terapia, que corresponde ao último módulo do protocolo, é a fase em que se verificou maior emergência de MIs, nomeadamente dos níveis 2 e 3. Seria interessante verificar se com mudanças na ordem dos módulos os resultados dos MIs permanecem inalteráveis.

Por último, podem referir-se algumas limitações deste estudo. Com esta nova amostra analisou-se um maior número de casos com um menor número de sessões por cada caso. Apesar de ser a maior amostra usada em estudos com o SCMI até ao momento, o tamanho da amostra, compromete ainda a generalização dos resultados. O baixo número de terapeutas condiciona igualmente a generalização dos resultados. Pode considerar-se também como uma limitação o desfasamento entre o número de casos de sucesso que é bastante superior aos de insucesso. Este desequilíbrio dificulta a comparação entre os dois grupos, restringindo o tipo de análises estatísticas efetuadas dado o pouco contraste entre os casos. Outra limitação deste estudo é a pouca representatividade dos últimos módulos de terapia na amostra codificada. Tal relaciona-se com a existência de um número desigual de sessões entre os diferentes módulos. Embora, os módulos finais correspondam a uma parte substancial da terapia, para cada um dos módulos foi apenas codificada uma sessão. Logo, há um desfasamento entre a porção de sessões que integram esta fase da terapia e as sessões que desta fase foram codificadas. É importante também ter em conta, enquanto uma limitação deste estudo, a utilização do OQ-10.2 como medida dos sintomas e instrumento base para dividir os casos segundo o resultado terapêutico. De forma a estudar casos completos e de abandono esta foi a medida adotada. No entanto, uma outra medida como o OQ-45.2 é provavelmente mais robusta. Além disso, para o OQ.10.2 não existe RCI (Jacobson & Truax, 1991) pelo que, para determinar o resultado terapêutico foi usado apenas como critério o ponto de corte, o que é uma limitação.

Apesar das limitações, é de realçar a relevância das contribuições deste estudo. Em primeiro lugar, atesta uma versão de 3 níveis do SCMI. Além disso, com uma nova amostra e um outro modelo terapêutico replica alguns dos resultados mais importantes da investigação com o SCMI.

Referências

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Alves, D., Fernandez-Navarro, P., Batista, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, M.M. (2013). 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
- Alves, D., Fernandez-Navarro, P., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., & Gonçalves, M. M. (2014). Ambivalence and innovative moments in grief psychotherapy: The cases of Emily and Rose. *Psychotherapy, 51*(2), 308-321. doi:10.1037/a0031151
- Barlow, D.H., Farchione, T. J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., EhrenreichMay, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Batista, J. & Gonçalves, M. (2016). Mudança narrativa em psicoterapia breve: os momentos de inovação. *Rumus, 3*, 171-191.
- Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2014). Development and validation of the Overall Depression Severity and Impairment Scale. *Psychological Assessment, 26*(3), 815-830. doi:org/10.1037/a0036216
- Fernández-Navarro, P., Rosa, C., Sousa, I., Moutinho, V., Ventura, H., Antunes, A., & Gonçalves, M. M. (2018). Reconceptualizing the self during treatment for depression: Meaning making changes precedes symptomatology improvement. Manuscript submitted for publication.
- Goates-Jones, M., & Hill, C. E. (2008). Treatment preference, treatment-preference match, and psychotherapist credibility: Influence of session outcome and preference shift. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 45*, 61–74. doi:10.1037/0033-3204.45.1.61
- Gonçalves, M. M., Mendes, I, Cruz, G., Ribeiro, A. P., Sousa, I., Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2012). Innovative moments and change in client-centered therapy. *Psychotherapy Research, 22* (4), 389-401. doi: 10.1080/10503307.2012.662605

- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Alves, D., Silva, J., Rosa, ... Braga, C. (2016). Three narrative-based coding systems: Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution. *Psychotherapy Research*. doi: 10.1080/10503307.2016.1247216
- 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. doi:10.1080/10503307.2011.560207
- Gonçalves, M.M., Ribeiro, A.P., Silva, J.R., Mendes, I., & Sousa, I. (2015). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 26 (4), 425-435. doi:10.1080/10503307.2015.1035355
- Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Mendes, I., Rosa, C., Ribeiro, A. P., Batista, J., ... Fernandes, C. F. (2016). Narrative changes predict a decrease in symptoms in CBT for depression: An exploratory study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.2048
- 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. doi:10.1037/0022-006X.59.1.12
- Kipp, M. (2017). ANVIL: The Video Annotation Research Tool (Versão 6.0) [Programa de computador]. Recuperado de <http://anvil-software.org>
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Couse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249-258.
- Lambert, M. J., Finch, A. M., Okiishi, J., & Burlingame, G. M. (2005). *Administration and scoring manual for the OQ-30.2*. Orem: American Professional Credentialing Services, LLC.
- Machado, P. P., & Fassnacht, D. (2014). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 427-437 doi:10.1111/papt.12048
- Mandrekar, J.N. (2011) Measures of interrater agreement. *Journal of Thoracic Oncology*, 6, 6-7.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, 19(1), 68-80. doi:10.1080/10503300802430657

Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L., & 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. doi: 10.1080/10503307.2011.565489

Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., 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* (6), 692-701. doi: 10.1080/10503307.2010.514960

Montesano, A., Oliveira, J.T., & Gonçalves, M. M. (2017). How do self-narratives change during psychotherapy? A review of innovative moments research. *Journal of Systemic Therapies, 36*(3), 81–96. doi:org/10.1521/jsyt.2017.36.3.81

Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006) Development and validation of an overall severity and impairment scale (OASIS). *Depression and Anxiety, 23*, 245-249. doi: 10.1002/da.20182