

Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Isabel Graciete Rodrigues da Cruz

**A mudança narrativa em
terapia centrada no cliente**

Isabel Graciete Rodrigues da Cruz **A mudança narrativa em terapia centrada no cliente**

UMinho | 2011

Julho de 2011





Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Isabel Graciete Rodrigues da Cruz

A mudança narrativa em terapia centrada no cliente

Tese de Doutoramento
Doutoramento em Psicologia
Especialidade em Psicologia Clínica

Trabalho efectuado sob a orientação do
Professor Doutor Miguel Gonçalves

Julho de 2011

DECLARAÇÃO

Nome: Isabel Graciete Rodrigues da Cruz

Endereço electrónico: gracietecruz@gmail.com

Telefone: 966741183

Número do Cartão de Cidadão: 11858068

Título da tese: A mudança narrativa em terapia centrada no cliente

Orientador: Prof. DOUTOR Miguel Gonçalves

Ano de conclusão: 2011

Designação do Doutoramento: Psicologia, Área de conhecimento em Psicologia Clínica

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

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

Agradecimentos

Com esta página pretendo deixar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que permitiram que este processo de enriquecimento pessoal, académico e profissional ocorresse, nomeadamente:

Ao Prof. DOUTOR Miguel Gonçalves, orientador desta dissertação, pelo grau de exigência que incutiu a este trabalho, permitindo a associação entre qualidade e o resultado final. Agradeço igualmente a disponibilidade e a compreensão demonstradas e por servir de exemplo, principalmente ao nível da esfera pessoal.

A todos os elementos do Grupo de Investigação da Universidade do Minho, coordenado pelo Prof. DOUTOR Miguel Gonçalves, que foram parte integrante desta dissertação, em particular à Inês e principalmente ao António. Registo também o meu reconhecimento pelas aprendizagens que potenciaram e pela forma como promovem a entreaajuda.

Ao Prof. DOUTOR Leslie Greenberg e à Prof. DOUTORA Lynne Angus do *Psychotherapy Research Group* da York University, bem como aos participantes deste estudo, por me permitirem enriquecer enquanto investigadora, profissional e pessoa com a partilha destas narrativas.

À Direcção da Delegação do Porto da Associação dos Deficientes das Forças Armadas por flexibilizarem o meu horário laboral, possibilitando-me assim a concretização deste objectivo.

À minha família e amigos, por constituírem os alicerces da minha evolução, não podendo deixar de sublinhar o importante papel da minha irmã.

O maior agradecimento é dedicado à minha mãe por ser o meu chão.

*Ser feliz é deixar de ser vítima dos problemas
e se tornar um autor da própria história.*

Fernando Pessoa

A mudança narrativa em terapia centrada no cliente

Resumo

O Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação – SCMI tem-se revelado uma metodologia útil de análise de novas construções narrativas, com importantes contribuições para a compreensão do processo de mudança. Este instrumento qualitativo possibilitou a exploração de processos terapêuticos de intervenção narrativa e de terapia focada nas emoções embora também já tenha sido utilizado na compreensão do processo de mudança fora do contexto terapêutico. Neste sentido, na presente dissertação aplica-se esta metodologia de análise a uma nova amostra, concretamente a seis casos terapêuticos de terapia centrada no cliente do *York I Depression Study*, subdivididos em três casos de sucesso e três de insucesso. Com este estudo visámos perceber a aplicabilidade do SCMI à terapia centrada no cliente, analisando as suas particularidades e a convergência com os dados dos estudos anteriores, bem como investigar as diferenças na emergência e evolução dos Momentos de Inovação (MIs) entre o grupo de sucesso e o de insucesso terapêutico. Estudamos ainda de que modo os MIs são mantidos e contribuem para a mudança, ou perdem o seu potencial inovador através de processos de retorno ao problema. Para concretizarmos este objectivo recorremos ao Sistema de Codificação de Retorno ao Problema – SCRCP, que nos permite apreender os movimentos de retorno ao problema (MRPs). Os resultados da presente investigação corroboram a aplicabilidade do SCMI a uma nova abordagem terapêutica, com um cunho não-directivo. Os resultados do estudo também revelaram valores mais elevados de MIs de reconceptualização e de desempenho de mudança no grupo de sucesso terapêutico. Foram precisamente estes tipos de MIs que distinguiram o grupo de sucesso do de insucesso terapêutico, sugerindo que parece ser indispensável a presença e crescente elaboração desses MIs no âmbito da mudança terapêutica, dados que estão em sintonia com os estudos anteriores. Na verdade, na análise longitudinal que efectuámos, assistimos a uma tendência crescente da sua emergência ao longo do curso terapêutico, nos casos de sucesso. Consistente com esta análise, a exploração dos processos de retorno ao problema indica que estes tipos de MIs possuem menor retorno ao problema, comparativamente com os outros MIs, tal como avaliado pelo SCRCP.

Reflectimos sobre estes dados no âmbito do processo de mudança terapêutica e consideramos as suas implicações para a prática clínica.

Narrative change in client centered therapy

Abstract

The Innovative Moments Coding System – IMCS is a useful methodology to analyze new narrative constructions, with important contributions to understand the therapeutic change process. This qualitative instrument allowed the study of a sample of narrative therapy and another one from emotion focused therapy. Another research studied the process of change outside the therapeutic context, in daily life. The present dissertation studies six therapeutic cases of client centered therapy from *York I Depression Study*, subdivided into three good and three poor outcome cases. With this study we aim to understand the applicability of IMCS to client centered therapy, analyzing its particularities and convergence with data from previous studies, as well to investigate the differences in the emergence and the evolution of Innovative Moments (IMs) between the successful and unsuccessful therapeutic cases. Furthermore, we also focus on the exploration of the association between IMs and the Return to Problem Markers (RPMs). To achieve this goal we used the Return to the Problem Coding System – RPCS, which allow us to study how IMs are aborted by a return to the problematic narrative. The results of this investigation confirm the applicability of the IMCS to client centered therapy cases. The pattern of IMs is different in good and poor outcome cases: reconceptualization and performing change have a significant higher presence in good outcome cases. As in other samples these IMs seems vital for therapeutic success. In fact, in the longitudinal analysis we have made, the emergency of these IMs has a growing trend over the course of therapy, in the successful cases. Consistent with this analysis, the exploration of the markers of return to the problem indicates that these types of IMs are rarely aborted by a return to a problem, unlike what happens with the action, reflection and protest IMs. We reflect on these data having in mind its implications either to understanding the therapeutic process or for clinical practice.

Índice

Introdução	19
Capítulo I: A natureza humanista da terapia centrada no cliente	23
1. As origens da terapia centrada no cliente	23
2. As concepções e princípios da abordagem não-directiva de Rogers	24
2.1. Os objectivos pessoais vistos por um terapeuta: ver o mundo pelas lentes do cliente	25
2.1.1. A congruência na e pela pessoa do terapeuta.....	26
2.1.2. A aceitação positiva incondicional.....	27
2.1.3. A capacidade de compreender empaticamente	28
3. A visão de Rogers sobre o processo de mudança	33
3.1. A eficácia das condições centrais	37
4. A terapia centrada no cliente <i>versus</i> outras abordagens terapêuticas	41
5. Perspectiva crítica do enquadramento compreensivo rogeriano.....	43
5.1. A dimensão relacional da interacção terapêutica	44
5.2. A presença de interpretações na prática rogeriana	45
5.3. As condições centrais e a sua relação com reforços comportamentais	46
6. Implicações para a prática clínica: em direcção ao eclectismo e à integração	48
7. Síntese do capítulo	52
Capítulo II: Modelos narrativos de mudança terapêutica	53
1. Introdução.....	53

2. O modelo de assimilação das experiências problemáticas	55
2.1. O trabalho terapêutico na promoção da comunicação multivocal.....	57
2.1.1. A importância da construção de pontes de significado.....	58
2.2. A narrativa no modelo de assimilação.....	59
2.3. A Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas	60
2.3.1. A assimilação do ponto de vista empírico.....	64
3. O modelo de processamento narrativo	69
3.1. O relevo da narrativa e dos processos emocionais na construção de significado	69
3.2. A construção identitária na perspectiva do modelo do processamento narrativo	72
3.3. O Sistema de Codificação do Processamento Narrativo	74
3.4. A Narrative Assessment Interview: um instrumento de avaliação da mudança no self	77
4. A metacognição na organização narrativa.....	77
4.1. (Des)organização narrativa.....	79
4.2. Os níveis do modelo narrativo desenvolvimental.....	81
4.3. A centralidade da metacognição.....	84
4.3.1. A Metacognitive Assessment Scale	85
4.3.1.1. Aplicação da Metacognitive Assessment Scale	88
4.3.2. A Grid of Problematic States	90
5. Síntese do capítulo.....	92

Capítulo III: Os momentos de inovação no processo de mudança	93
1. Os momentos de inovação na construção da mudança.....	93
1.1. Perspectiva empírica dos momentos de inovação em contexto psicoterapêutico	100
1.1.1. Os momentos de inovação na construção narrativa da mudança	100
1.1.2. A presença dos momentos de inovação em diferentes modelos terapêuticos.....	102
1.2. Os momentos de inovação em contexto não terapêutico.....	108
1.3. O que nos dizem as diferentes análises sobre os momentos de inovação?....	109
1.4. Síntese integradora dos resultados decorrentes dos estudos com recurso ao Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação	112
2. Modelo heurístico de mudança terapêutica	113
3. Síntese do capítulo.....	115
Capítulo IV: Compreensão narrativa da estabilidade terapêutica.....	117
1. O problema como promotor de mudança	117
2. Bloqueio nos processos mudança: a inovação na manutenção da voz do problema	118
2.1. Os marcadores de retorno ao problema	121
2.2. Perspectiva empírica do retorno ao problema	121
2.2.1. Compreender empiricamente o retorno ao problema.....	124
3. Modelo genérico de estabilidade	125
4. A importância dos momentos de inovação de reconceptualização	127
5. Síntese do capítulo.....	128

Capítulo V: Análise empírica dos momentos de inovação em terapia centrada no cliente 131

1. Método.....	131
1.1. Questões do estudo e objectivos.....	132
1.2. Caracterização dos participantes e da intervenção terapêutica.....	134
1.3. Instrumentos	136
1.4. Procedimentos	137
1.4.1. Codificação dos MIs	137
1.4.2. Codificação dos MRPs.....	139
2. Resultados.....	139
2.1. Definição das assumpções da narrativa problemática	140
2.2. Homogeneidade da divisão da amostra	141
2.3. Apresentação dos resultados referentes à emergência dos MIs.....	142
2.3.1. Fidelidade dos MIs	142
2.3.2. Contrastação da emergência dos MIs entre os grupos terapêuticos	142
2.3.3. Comparação da saliência média dos subtipos de MIs.....	145
2.3.4. Progressão da emergência dos MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança.....	146
2.4. Apresentação e análise da emergência e desenvolvimento dos MRPs.....	148
2.4.1. Fidelidade dos MRPs	148
2.4.2. Progressão da emergência dos MRPs	149

2.4.3. Diferenças ao nível dos valores de MRPs entre os distintos tipos de MIs	150
2.5. Discussão dos resultados	152
3. Limitações da investigação	159
Conclusão	161
Referências bibliográficas	165

Índice de figuras

<i>Figura 1:</i> Modelo heurístico de mudança terapêutica (Adaptado de Gonçalves et al., 2009a).	113
<i>Figura 2:</i> Movimentos de mutual in-feeding (Adaptado de Gonçalves et al., 2009a). 120	
<i>Figura 3:</i> Modelo genérico de estabilidade (Adaptado de Gonçalves & Salgado, 2011)	126
<i>Figura 4:</i> Valores médios da saliência total e de cada tipo de MIs em cada grupo	143
<i>Figura 5:</i> Valores médios da saliência dos MIs por caso terapêutico.....	144
<i>Figura 6:</i> Valores médios da saliência dos subtipos de MIs de reflexão e de protesto por grupo terapêutico.	145
<i>Figura 7:</i> Progressão dos MIs de reconceptualização em ambos os grupos terapêuticos	147
<i>Figura 8:</i> Progressão dos MIs de desempenho da mudança em ambos os grupos terapêuticos	147
<i>Figura 9:</i> Progressão dos MRPs nos grupos terapêuticos	149

Índice de tabelas

<i>Tabela 1:</i> Tipos e subtipos de MIs (SCMI versão 7.2; Gonçalves et al., 2009a).....	98
<i>Tabela 2:</i> Facetas das narrativas problemáticas	140
<i>Tabela 3:</i> Valores percentuais de MRPs associados aos tipos de MIs.....	151
<i>Tabela 4:</i> Comparação entre pares de MIs com o <i>Teste de Wilcoxon</i> : Percentagem dos MRPs.....	152

Índice de anexos

ANEXO I: Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação versão 7.2 – SCMI (Gonçalves, Matos & Santos, 2009a).....	189
ANEXO II: Sistema de Codificação do Retorno ao Problema versão 2 – SCRП (M. Gonçalves, Ribeiro, Santos, Cruz, Mendes, J. Gonçalves, Conde & Pinheiro, 2009b)	209
ANEXO III: Assumpções da narrativa problemática de cada cliente	219

Introdução

Indiscutivelmente, no domínio da psicoterapia, um dos temas mais importantes é o de como conduz a terapia à mudança. Na verdade, existem evidências claras de que a intervenção terapêutica produz mudança (cf. Lambert, 2004), embora continuem a não ser completamente claros os processos através dos quais a mudança ocorre. Num enquadramento narrativo, falar de mudança é falar de momentos de inovação (MIs), (cf. Gonçalves, Matos e Santos, 2009a). Os MIs são considerados momentos de exceção à narrativa problemática, o mesmo será dizer exceções à regra ou ao modo habitual da pessoa interpretar a sua experiência. Neste sentido, funcionam como possibilidades em aberto à construção de novas narrativas, que potenciam a elaboração de novos significados e, conseqüentemente, favorecem o processo narrativo de mudança. Para a ocorrência da mudança terapêutica é fundamental a emergência e estreita articulação dos MIs, através de um processo dinâmico e desenvolvimental que se alicerça na agregação e consolidação dos seus significados. Todavia, para os autores a emergência da mudança através da elaboração de MIs é uma condição necessária, mas nem sempre é suficiente para a sua consolidação, podendo a sua emergência ser seguida de um movimento que faz o cliente retornar ao domínio da narrativa problemática, o que foi operacionalizado por Gonçalves e colaboradores (2009b) como Marcadores de Retorno ao Problema (MRPs). O potencial transformador dos MIs poder-se-á ver assim reduzido, retratando processos de *mutual in-feeding* (Valsiner, 2002).

Este projecto de investigação situa-se na continuidade do exercício empírico de validação da aplicabilidade do Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação - SCMI (Gonçalves et al., 2010d) e do Sistema de Codificação de Retorno ao Problema – SCRCP (Gonçalves et al., 2009b). Assim, pretendemos explorar as análises possibilitadas por estas ferramentas metodológicas em terapia centrada no cliente, visando uma compreensão mais ampla do processo de mudança em psicoterapia. Adicionalmente, almejamos compreender o processo terapêutico de mudança em terapia centrada no cliente, atendendo às suas idiossincrasias.

A presente dissertação encontra-se estruturada em cinco capítulos, quatro dos quais de enquadramento teórico, sendo que no último abordamos o trabalho empírico do respectivo projecto de investigação. Ao longo do primeiro capítulo focamos as concepções e princípios da terapia centrada no cliente, sublinhando a importância das

condições centrais e a sua indissociabilidade do próprio processo de mudança (Rogers, 1957, 1961, 1975, 1980). Apresentamos igualmente uma revisão geral do estado da arte da investigação sobre a eficácia das condições centrais propostas por Rogers (1957) e contrastamos a terapia centrada no cliente com outras abordagens terapêuticas.

Por seu turno, no segundo capítulo analisamos a conceptualização da mudança terapêutica do ponto de vista narrativo, a qual tem motivado a elaboração de vários projectos de investigação no âmbito dos processos terapêuticos, bem como o desenvolvimento de metodologias que permitem avaliar a mudança terapêutica, independentemente da orientação teórica. De facto, o denominador comum entre estas investigações é o recurso à narrativa como instrumento de análise, pelo que neste capítulo abordamos o modelo de assimilação de experiências problemáticas (Stiles, 1999a, 2002; Stiles et al., 1990); o modelo de processamento narrativo (Angus et al., 1999); e o modelo de desenvolvimento da metacognição proposto por Dimaggio e colaboradores (Dimaggio & Semerari, 2001, 2004). Embora se diferenciem nos seus objectos específicos de estudo, os resultados destes três modelos contribuem para uma visão holística dos processos narrativos de mudança.

No terceiro capítulo, debruçamo-nos sobre os processos narrativos de mudança, explorando teoricamente a sua associação com o papel fulcral da ampliação dos MIs. Paralelamente aos pressupostos conceptuais desenvolvidos neste capítulo, apresentamos os diferentes tipos de MIs (Gonçalves et al., 2010d), bem como os resultados dos estudos efectuados até ao momento em torno destes. Neste sentido, finalizamos o terceiro capítulo com o modelo heurístico de mudança terapêutica desenvolvido por Gonçalves e colaboradores (2009a).

Intimamente ligados à emergência dos MIs encontram-se os movimentos de retorno ao problema, pelo que integram o quarto capítulo desta dissertação. Assim, nesta secção reflectimos sobre os processos de atenuação semiótica (Valsiner, 2008) que promovem a estabilidade do sistema de construção de significados, em detrimento da geração e desenvolvimento de novas narrativas. À semelhança do sucedido no terceiro capítulo, também apresentamos os dados empíricos decorrentes dos estudos desenvolvidos que visaram captar processos dialógicos de retorno ao problema. No final do quarto capítulo é explanado o modelo genérico de estabilidade proposto por Gonçalves e Salgado (2011).

O último capítulo diz respeito ao trabalho empírico que sustenta esta dissertação, onde descrevemos a metodologia inerente a este projecto e procedemos à apresentação e discussão dos respectivos resultados. Contudo, dada a abrangência da presente investigação, subdividimo-la em duas partes: a primeira referente à análise do processo de codificação dos MIs e a segunda à compreensão dos resultados do processo de codificação dos MRPs. Ainda neste capítulo apontamos as limitações deste projecto de investigação. Findamos esta dissertação reflectindo sobre as conclusões decorrentes dos resultados, considerando os pressupostos teóricos desenvolvidos ao longo dos quatro primeiros capítulos e tendo em conta os objectivos que motivaram a elaboração deste projecto de investigação. Adicionalmente, são abordadas algumas implicações para a prática clínica sustentadas na contribuição empírica desta dissertação.

Capítulo I: A natureza humanista da terapia centrada no cliente

Ser o que realmente se é.

Carl Rogers

1. As origens da terapia centrada no cliente

A terapia centrada no cliente, também conhecida como terapia centrada na pessoa ou psicoterapia rogeriana, é considerada como uma das principais abordagens de psicoterapia, a par da terapia psicanalítica e da cognitivo-comportamental. O seu desenvolvimento remonta a 1930, estando especialmente ligada à história do seu próprio precursor, Carl Rogers, cuja concepção do ser humano era otimista (Rogers, 1951, 1961, 1980). A sua perspectiva fenomenológica, a ênfase na tendência para a auto-actualização, a determinação do *self* e o respeito pela pessoa posiciona a terapia centrada no cliente no enquadramento humanista, surgindo em reacção à tradição autoritária, impessoal, prescritiva e diagnosticadora que caracterizava o tratamento psicológico nos Estados Unidos em 1930. A par com outras teorias humanistas, distinguiu-se da terapia comportamental e da psicanalítica, a ponto de ser considerada a terceira força no campo da psicoterapia (Hill, 2000).

Kahn (1996) destrinça terapia centrada no cliente da abordagem centrada na pessoa, argumentando que a última visa a aplicação das hipóteses formuladas por Rogers a domínios externos à terapia, como a educação e as relações familiares. Independentemente da terminologia, ambas partilham o postulado de que *“as pessoas possuem dentro de si próprias vastos recursos para a compreensão do self e para mudanças construtivas nas formas de ser e de agir e que estes recursos podem ser expandidos e melhor compreendidos num relacionamento com determinadas qualidades definidas”* (Rogers & Sanford, 1984, p.1374).

Existe alguma controvérsia relativamente aos alicerces epistemológicos da abordagem rogeriana. Sollod (1978) postula que esta abordagem terapêutica é uma expressão da influência do pensamento protestante, estando particularmente ligada aos

nomes de John Dewey e William Kilpatrick, podendo igualmente resultar da síntese de várias teorias do *self* de Snygg, Combs, Goldstein, Maslow, Angyal, Sullivan, Raimy, Adler, Jung, Moreno e de Lecky. Já Kramer (1995, cit. in deCarvalho, 1999) assinala as semelhanças entre a psicologia humanista de Rogers e o pensamento do psicanalista Otto Rank, sugerindo que o trabalho de Rank, bem como as suas ideias e técnicas, tiveram uma forte influência na formulação da teoria centrada na pessoa de Carl Rogers. DeCarvalho argumenta ainda que, aquando da formulação inicial da abordagem centrada na pessoa, Rogers mantinha grande proximidade com Otto Rank. Segundo os autores, a influência da teoria de Rank pode ser vista na ênfase que Rogers coloca no relacionamento terapêutico, na convicção de que o suporte emocional pode facilitar o crescimento individual e na importância que atribui ao respeito pela autenticidade e potencial do cliente.

2. As concepções e princípios da abordagem não-directiva de Rogers

Na obra *Client-centered therapy*, Rogers (1951) evidencia a sua profunda fé na capacidade individual na resolução dos próprios problemas, por acreditar na capacidade das pessoas se transformarem e de alcançarem crescimento pessoal, o que, para Rogers, é sinónimo de actualização do *self*. Este conceito centra-se precisamente na crença atribuída ao papel positivo das capacidades humanas na promoção do crescimento e desenvolvimento pessoal, acrescentando que todos os seres humanos têm uma motivação intrínseca para evoluir. Assim, um indivíduo bem adaptado possui uma estrutura do *self* que consegue assimilar e perceber as experiências sem ameaça.

O recurso à terapia deve-se essencialmente à rejeição das experiências que são inconsistentes com a própria concepção do *self*, sendo o seu principal objectivo promover a actualização do *self*. Ao terapeuta cabe a importante função de transmitir aceitação positiva incondicional e adequada compreensão das atitudes e percepções do cliente. Estas condições, adicionadas à presença de outros elementos fulcrais (e.g., conhecimento do cliente da existência das referidas condições no contexto terapêutico), potenciam a consciencialização por parte do cliente e a integração dessas experiências, uma vez que estas se tornam gradualmente menos ameaçadoras para o *self*.

Neste modelo terapêutico a pessoa é o centro, estando sempre em primeiro plano (a abordagem é "centrada no cliente"). É por isso possível ao cliente controlar e dirigir o processo terapêutico, colocando-se grande parte da responsabilidade de todo o processo no cliente. Este envolve-se em processos de auto-revelação e de auto-exploração necessários para o progresso terapêutico, bem como na resolução de problemas, tomada de decisões e escolhas. Assim, o cliente é o *expert* nos conteúdos e processos e o terapeuta um facilitador. Nesta abordagem não-directiva, o cliente pode explorar as questões que são mais importantes para si – não as consideradas importantes para o terapeuta, a partir dos seus conhecimentos prévios ou das suas ideias pré-concebidas. O terapeuta deve facilitar a actualização do *self*, proporcionando um ambiente confortável de suporte e de não julgamento, no qual o cliente pode livremente envolver-se em explorações do *self* focadas e profundas (Barrett-Lennard, 1998; Rogers, 1980).

Ao referir-se à terapia centrada no cliente, Hill (2000) sublinha a relação igualitária entre terapeuta e cliente e defende que o terapeuta não é uma figura de autoridade com soluções, mas antes uma pessoa que se preocupa profundamente com o cliente e que acredita que este estabelece os seus próprios objectivos e é capaz de encontrar as suas respostas. Esta moldura teórica incorpora valores de respeito pela individualidade pessoal, valores de compreensão tolerante em relação à pessoa e valores de uma abordagem igualitária, mútua e democrática nas relações entre pessoas.

2.1. Os objectivos pessoais vistos por um terapeuta: ver o mundo pelas lentes do cliente

Relativamente ao papel do terapeuta, Rogers (1961) vê a terapia como uma arte do encontro pessoal. A abordagem rogeriana assenta nas assumpções de que o terapeuta pode ajudar o cliente a ultrapassar os efeitos negativos decorrentes de experiências perniciosas. Esta ajuda é conseguida pela promoção de experiências no *aqui* e no *agora* ao abrigo do relacionamento terapêutico, o que cria oportunidades para que o cliente tome conhecimento dos seus verdadeiros sentimentos. De facto, este é o objectivo central da terapia: criar as condições necessárias para encorajar o cliente em direcção à auto-actualização, enriquecendo-o enquanto pessoa.

Rogers (1980) sustenta que o factor mais importante para uma terapia bem sucedida é a atitude do terapeuta, a qual se caracteriza por três componentes interligadas: congruência; aceitação positiva incondicional; e compreensão empática do enquadramento interno de referência do cliente. Apesar de inerente, mas não explícito, a estas atitudes está subjacente o posicionamento não-directivo. Conjuntamente, estas características definem os aspectos centrais da abordagem do terapeuta relativamente ao cliente, determinando a atitude do terapeuta, influenciando os sentimentos relativamente ao cliente e moldando os seus comportamentos terapêuticos.

2.1.1. A congruência na e pela pessoa do terapeuta

Por congruência entende-se a abertura do terapeuta e autenticidade, estando profundamente envolvido na relação terapêutica. Esta característica resulta da capacidade do próprio terapeuta se auto-aceitar incondicionalmente como pessoa, bem como de competências de complexidade cognitivo-emocional e de auto-consciência não alicerçada na censura. A congruência requer que o terapeuta se envolva em processos subjectivos e em comportamentos que mantêm a integração da totalidade da sua pessoa. De acordo com Rogers (1957), existe uma segunda dimensão associada a uma atitude de congruência, nomeadamente a capacidade do terapeuta comunicar a sua personalidade de modo adequado. Esta atitude é expressa pela sua autenticidade, transparência e sentido de veracidade.

Neste enquadramento, Klein, Kolden, Michels e Chisholm-Stockard (2001) clarificam que a congruência engloba facetas intra e interpessoais. Quando se reportam às características pessoais do terapeuta retratam a faceta intrapessoal, enquanto a dimensão interpessoal pode ser vista na qualidade do relacionamento terapêutico. Os autores defendem que a congruência deve ser reconhecida como um parâmetro-chave na psicoterapia e um poderoso processo de mudança. Contudo, Klein e colaboradores apresentam algumas alterações à noção central proposta por Rogers, propondo algumas formas de abordagem que o terapeuta pode trazer para o contexto terapêutico para alcançar e sustentar a congruência ao longo das sessões, particularmente: revelação de algumas informações pessoais a respeito de experiências relevantes para a interacção terapêutica; o terapeuta poderá também responder de acordo com as suas opiniões,

apontando questões e fornecendo *feedback* ao cliente. Esta nova visão da atitude do terapeuta assenta no postulado de que responder de forma congruente é sinónimo de responder de forma honesta, tendo por isso de ser autêntica e consistente com a pessoa do terapeuta, uma pessoa real com gostos, opiniões e crenças. Na verdade, os autores argumentam que a faceta intrapessoal da congruência pressupõe que o terapeuta esteja ele próprio receptivo a assumir a experiência de ser cliente, quando necessário, bem como a disponibilizar-se a revelar informação pessoal se esta for pertinente para a terapia. Para além de servir de veículo da comunicação empática e da aceitação positiva incondicional, este aspecto desempenha uma função central na promoção e manutenção do vínculo terapêutico. Contudo, é igualmente importante que o terapeuta seja capaz de reconhecer as diferentes necessidades e expectativas do cliente, de forma a adaptar as novas formas propostas pelos autores relacionadas com a sustentação da congruência.

2.1.2. A aceitação positiva incondicional

Por aceitação positiva incondicional Rogers (1957, 1980) refere-se à aceitação incondicional do cliente pelo terapeuta, sem julgamento, aprovação ou desaprovação. O terapeuta comunica essa atitude ao cliente através da vontade de ouvir sem interromper, julgar ou dar conselhos, preocupando-se pela pessoa do cliente sem o julgar (Bozarth & Wilkins, 2001). Neste registo, o terapeuta aceita sem julgar o cliente, independentemente da informação que este comunica sobre os seus sentimentos, pensamentos ou acções, o que pressupõe aceitá-lo não obstante os seus princípios e ideais, bem como as eventuais diferenças em relação à pessoa do terapeuta. Esta característica não é expressa de modo explícito, já que assenta precisamente na ausência de direcções, intervenções e confrontação. Sublinha-se que a aceitação positiva incondicional influi bastante a prática clínica, conduzindo o terapeuta a rejeitar uma visão psicopatológica do ser humano e a anular eventuais expectativas ou ideias preconcebidas acerca do cliente.

2.1.3. A capacidade de compreender empaticamente

Finalmente, o terapeuta experimenta uma compreensão empática do quadro interno de referência do cliente, tentando avaliar a situação do ponto de vista do cliente, verbalizando uma compreensão emocional e sensibilidade aos sentimentos do cliente no decurso da terapia. O terapeuta atribui total atenção ao cliente e às suas experiências, o que facilita sentir e compreender com precisão os sentimentos e os significados pessoais que o cliente comunica. Não se trata de um evento único, mas antes de um processo de interacção com o cliente que acompanha a totalidade da evolução terapêutica. De acordo com Warner (1997), a empatia é concebida como resultado de uma interacção que inclui tanto a perspectiva cognitiva como a ressonância emocional, permitindo perceber a visão particular do mundo de determinada pessoa. Aliás, a empatia é muitas vezes descrita metaforicamente como a experiência que nos permite “*calçar os sapatos da outra pessoa*” ou ver a situação “*através dos olhos da outra pessoa*”.

Noutros modelos terapêuticos, a empatia com o cliente é considerada uma etapa preliminar para permitir a evolução do trabalho terapêutico, mas na terapia centrada no cliente constitui um dos grandes alicerces do processo terapêutico (Rogers, 1951, 1961, 1975, 1980). Segundo Rogers (1975), a empatia é uma dimensão terapêutica central e não uma pré-condição para outras formas de tratamento. Trata-se de uma atitude do terapeuta relativamente ao cliente e à sua experiência e não um determinado comportamento, reflectindo um processo interpessoal sustentado numa atitude não-directiva. Além disso, é parte de uma atitude global onde a experiência da compreensão empática é entrelaçada com a congruência do terapeuta e com a sua capacidade de aceitação positiva incondicional. A este propósito, Bozarth (1997) sublinha que a empatia é um conceito integralmente ligado à congruência e à aceitação positiva incondicional, tal como hipotetizado por Rogers, consistindo num processo que apenas visa compreender o enquadramento interno de referência, em vez de constituir uma estratégia para atingir determinados objectivos terapêuticos. Deste modo, é uma atitude, e não um comportamento, que comunica a aceitação positiva incondicional, tendo sido apontada como a forma primordial de comunicar a ausência de condições de receptividade, sendo por isso estas duas condições indissociáveis. Bozarth argumenta que esta estreita ligação poderá ser vista como representação da mesma condição, uma vez que a compreensão empática é a aceitação incondicional do enquadramento

individual de referência. Aliás, Bozarth relembra que Rogers (1951) começa por descrever a empatia como o desenvolvimento de interesse e de receptividade por parte do terapeuta e profunda compreensão num contexto não julgador, que envolve a identificação com o cliente, respeito por este enquanto pessoa e aceitação tal como ele é. Com base no ilustrado, Bozarth defende que os atributos não-avaliadores e de aceitação que Rogers associa à empatia estão intrinsecamente ligados à definição de aceitação positiva incondicional, nomeadamente quando o terapeuta experiencia uma “*reconfortante aceitação de cada aspecto da experiência do cliente como sendo uma parte desse cliente*” (Rogers, 1957, p. 93).

Neste contexto, Bozarth (1997) postula que a empatia rogeriana é, na sua essência, deveras diferente das outras concepções de empatia, dada a sua convergência com outras qualidades atitudinais e pelo seu papel na comunicação entre dois *selves*, já que o *self* do terapeuta tenta compreender o enquadramento interno do cliente sem pressuposições ou considerações teóricas. Greenberg, Elliott, Watson e Bohart (2001) comungam da definição de empatia proposta por Rogers, referindo igualmente que se trata de um constructo complexo composto por uma variedade de experiências e de actos, mas que é usada de diferentes formas com diferentes propósitos por terapeutas de outras orientações.

Bohart (1988) faz a distinção entre o conceito de empatia utilizado nas abordagens rogerianas e o modo como este é conceptualizado nas orientações psicanalíticas, defendendo que na primeira abordagem o terapeuta valoriza e respeita o cliente holisticamente, inibindo-se de juízos de valor, quer positivos, quer negativos, na sua compreensão empática do mundo experiencial do cliente. Este conceito na terapia centrada no cliente difere da empatia psicanalítica pelo seu foco na apreensão empática da actual experiência disponível, estando mais interessada no *aqui* e no *agora* presentemente acessíveis do mundo experiencial do cliente, sem referência a determinantes “mais profundos”. Para além do foco, outra diferença ao nível das duas concepções diz respeito à sua função. A função central da empatia na terapia psicanalítica consiste em fornecer ao terapeuta uma compreensão que é usada para que este construa um modelo das dinâmicas do cliente e lhe devolva o respectivo *feedback* sob a forma de interpretações. Por seu lado, na terapia centrada no cliente a função da empatia é possibilitar que o cliente se torne mais consciente do fluxo das suas

experiências. Assim, a ênfase não é colocada na compreensão adquirida pela empatia, mas antes no processo de escuta activa e no processo de partilha com outro *self*.

De acordo com Greenberg e colaboradores (2001), o terapeuta verdadeiramente empático não se limita a repetir as palavras do cliente ou a reflectir apenas sobre o conteúdo presente nessas palavras, visando captar as *nuances* e implicações daquilo que é dito e devolvê-las ao cliente sobre a forma de reflexões, submetendo-as à sua consideração. Assim, o terapeuta auxilia o cliente na simbolização da sua experiência através das palavras e acompanha as suas respostas emocionais, para que o cliente possa aprofundar a sua experiência e reflexivamente examinar os seus sentimentos, valores e objectivos, de modo a aceder o mais possível à sua informação interna.

O principal meio através do qual os terapeutas comunicam empatia é através da técnica verbal de *reflexão* (Mearns & Thorne, 2000; Rogers, 1951; Stiles & Glick, 2002), que espelha a tentativa do terapeuta em mostrar ao cliente que compreende o que ele está a declarar. Trata-se de um modo de entrar no enquadramento interno de referência do cliente, sendo, por isso, uma forma que auxilia o terapeuta a tornar-se mais empático. Numa linguagem técnica, as reflexões são elocuições orientadas à expressão das experiências de outra pessoa, vistas pelo seu enquadramento de referência (Stiles, 1992). Estas elocuições podem ser repetições textuais das palavras do cliente ou serem formadas pela introdução de novas palavras. Em qualquer das situações, as reflexões não conseguem abarcar na totalidade ou comunicar uma completa compreensão da experiência do cliente, mas estas aproximações servem de patamar para, em conjunto com as restantes condições centrais, promover a construção de processos de mudança.

Goldsmith, Mosher, Stiles e Greenberg (2008) sugerem que as reflexões potenciam pontes de significado entre o cliente e o terapeuta, permitindo uma evolução ao nível da construção de pontes de significado entre as vozes internas do cliente. O modelo de assimilação (Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 1992, 1999a, 2002; Stiles et al., 1990), do qual Goldsmith, Mosher, Stiles e Greenberg partem, concebe as pontes de significado como símbolos que fomentam a comunicação entre as vozes (problemática e dominante) e o estabelecimento de relações entre elas. São elas que possibilitam a coexistência entre as diferentes vozes do *self*, facilitando que esta diversidade de vozes possam funcionar como recursos (Brinegar, Salvi, Stiles &

Greenberg, 2006; Honos-Webb, Surko, Stiles & Greenberg, 1999b; Osatuke et al., 2005b). Assim, as reflexões cumprem diferentes papéis simultaneamente porque, para além de ajudar o cliente a sentir-se compreendido e aceite, facilitam a criação de pontes de significado, clarificando as experiências e incentivando as diferentes vozes do *self* a falar entre si. Portanto, quando o terapeuta reflecte sobre uma elocução, reflecte sobre uma posição de uma ou mais vozes do cliente, compreendendo o seu diálogo interno. Além disso, de algum modo pressupõe que a resposta do cliente a essa reflexão seja uma resposta à sua própria posição interna. Na interacção terapêutica, o diálogo interno é, por intermédio das reflexões, tornado externo.

Neste enquadramento, Goldsmith e colaboradores (2008) reiteram que as reflexões verbais não são a única forma de construir pontes de significado. Não obstante, uma vez que são comuns à terapia centrada no cliente, a análise das reflexões poderá constituir um excelente contributo para a prática clínica. Goldsmith et al. defendem assim que as respostas de compreensão empática permitem ao terapeuta expressar o posicionamento das vozes internas, possibilitando que estas se ouçam e respondam entre si, explorando e clarificando o seu posicionamento e construindo pontes úteis de entendimento.

Por seu lado, Greenberg, Rice e Elliott (1993) sublinham que é fundamental que o terapeuta se mantenha em sintonia com as *nuances* das sensações internas do cliente e que não simplifique a reflexão de sentimentos, de modo a que a sua reflexão seja suficientemente diferenciada para ter utilidade para o cliente. De facto, para Rogers (1959) experienciar um sentimento “*denota uma experiência emocionalmente colorida, juntamente com o seu significado pessoal. Assim, inclui a sensação mas também o conteúdo cognitivo ou o significado da emoção no seu contexto experiencial*” (p. 198). Na óptica de Rogers, uma sensação interna é compreendida em relação a um contexto específico, no qual está incluída, reforçando-se assim a importância do terapeuta captar com precisão o sentimento e o seu contexto nas suas reflexões empáticas.

Greenberg, Rice e Watson (1994) concordam com Rogers quando sugerem que o terapeuta deve auxiliar o cliente a revelar as suas experiências, o que lhe permite aceder à particularidade dos aspectos salientes, os significados reflexivos das acções, na perspectiva do cliente, bem como o significado interno sentido pelo cliente. Ao captar dimensões da experiência do cliente, o terapeuta promove processos reflexivos

posteriores da parte do cliente e a diferenciação da resposta sentida no contexto que a envolve.

Assim, Bohart, Elliott, Greenberg e Watson (2002) postulam que a empatia pode conduzir ao sucesso terapêutico por várias razões: (a) o processo de empatia é visto como uma condição do relacionamento, já que a empatia cumpre uma função positiva ao nível do relacionamento terapêutico. Ao sentir-se compreendido, a satisfação do cliente aumentará, bem como a adesão à terapia, aumentando igualmente a sensação de segurança, quer ao nível do relacionamento, quer ao nível do próprio processo terapêutico, fundamental para a revelação de informações pessoais particularmente difíceis; (b) proporciona uma experiência emocional correctiva, na medida em que poderá ajudar a fortalecer o *self* e a combater o isolamento (Bohart & Greenberg, 1997) porque ensina o cliente a ver-se como digno de respeito, de ser ouvido e a compreender que os seus sentimentos e comportamentos fazem sentido, podendo expressá-los em contextos relacionais; (c) promove o processamento cognitivo-afectivo por permitir a exploração e criação de significado, ajudando o cliente a pensar de modo mais produtivo, aumentando os níveis de experiência produtiva e facilitando o reprocessamento emocional; e (d) pode igualmente mobilizar os esforços do cliente para a mudança, já que potencia o envolvimento do cliente e a receptividade ao processo, fornecendo um contexto empaticamente privilegiado onde o cliente poderá trabalhar esta capacidade.

Warner (1997) defende que a comunicação da empatia tende a promover o processamento positivo da experiência e a facilitar a mudança porque gera um sentido de reconhecimento experiencial, quer pelo facto da experiência do cliente ser reconhecida por outro ser humano, quer por promover o auto-reconhecimento da experiência. Desta forma, abre-se um vasto leque de processos naturais pelos quais se integra e diferencia o significado da própria experiência. Warner sugere assim que a empatia possui um papel curativo dado que encoraja o cliente a prestar atenção às suas experiências, de modo a estimular uma profunda reformulação dos processos cognitivos e emocionais das mesmas. Acrescenta ainda que a empatia possui uma outra função relativamente aos clientes que experienciaram falhas empáticas graves durante a infância, nomeadamente na reparação de processos desenvolvimentais. No decurso do relacionamento empático que caracteriza a terapia, estes clientes poderão desenvolver e

fortalecer competências que são fundamentais para a capacidade de processar as suas experiências e de considerar as experiências dos outros sem aniquilar as suas.

3. A visão de Rogers sobre o processo de mudança

Horvath (2005) relembra que foi Rogers o responsável pela emergência de uma perspectiva diferente sobre o relacionamento terapêutico nos anos 50, a qual também foi assumida pelas abordagens humanistas/experienciais (e.g., Gendlin, 1964; Watson, Greenberg & Lietaer, 1998; Yalom, 2002). Esta perspectiva descreve o relacionamento terapêutico como autêntico e verdadeiro, baseado no encontro entre terapeuta e cliente definido no *aqui e agora*. As ideias defendidas por Rogers (1957) assentam precisamente no relevo deste relacionamento: é a qualidade da relação entre cliente e terapeuta que contribui essencialmente para o resultado terapêutico. O relacionamento terapêutico é *per se* curativo.

Deste modo, o processo de mudança na terapia rogeriana é visto como indissociável do relacionamento terapêutico, dado que a mudança depende do experienciar das atitudes terapêuticas centrais em relação ao cliente. Rogers (1957, 1959) defende que quanto mais consistente e completa for a presença destas atitudes, maior é a probabilidade de ocorrer mudança terapêutica. Também é importante salientar que para o sucesso deste modelo terapêutico é fundamental que o cliente percepcione como autêntica a comunicação da empatia e da aceitação positiva incondicional (Brodley, 1996, 2006; Rogers, 1980). Para facilitar esta percepção, o terapeuta tem que ser sensível e possuir a capacidade de se adaptar ao cliente, o que muitas vezes implica modificações ao nível da sua sintaxe, do vocabulário, da complexidade e ritmo do seu discurso, do tom de voz, assim como de outros aspectos mais subtis das suas respostas. Numa linguagem rogeriana (1961), com o intuito de facilitar a mudança, o terapeuta deve aceitar integralmente o cliente e este deve sentir-se integralmente aceite e compreendido.

O relacionamento inerente à terapia centrada no cliente permite que este tome conhecimento de si próprio e se aceite como é, incluindo as suas imperfeições ou “disfunções”. Esta tomada de consciência traz à superfície a discrepância existente entre

o *self* actual e o *self* ideal e tem a função de motivar o cliente a reduzir essa lacuna. Sustentado no relacionamento terapêutico e generalizando-o a outros contextos, o cliente poderá tornar-se mais receptivo à exploração de novas possibilidades (Rogers, 1961). Assim, os pressupostos teóricos desenvolvidos em 1961 enfatizam a importância do relacionamento terapêutico na promoção da mudança. Interessante é que, durante meio século, vários estudos sublinharam o papel central do relacionamento terapêutico para os resultados da terapia, demonstrando de forma inequívoca a sua significativa contribuição independentemente do modelo terapêutico (Norcross, 2010). Existe uma forte convergência que evidencia que as componentes do relacionamento terapêutico são determinantes na mudança do cliente. Podemos referir a título de exemplo a análise de Blatt, Zuroff, Hawley e Auerbach (2010) dos dados referentes ao *Treatment of Depression Collaborative Research Program* (1994). Os autores verificaram que a qualidade do relacionamento terapêutico, desde a fase inicial do processo, reduz significativamente o perfeccionismo auto-crítico, que, por sua vez, se relaciona com a redução da sintomatologia depressiva e com o reforço de capacidades adaptativas. Além disso, a eficiência das interações terapêuticas contribuem em larga medida para revisões das representações do *self* e dos outros significativos. Este estudo reforça a centralidade do relacionamento terapêutico na facilitação da mudança ao nível de representações negativas do *self*, conduzindo à mudança terapêutica sustentada.

É também pertinente referir que a aliança terapêutica tem sido descrita como uma relação colaborativa entre cliente e terapeuta, de natureza interactiva, com o objectivo último de favorecer a mudança terapêutica, embora a colaboração seja desenvolvida de diferentes formas de acordo com o modelo terapêutico em questão (Horvath & Bedi, 2002). Na verdade, quando se descreve a aliança terapêutica como um conceito sustentado na natureza relacional da terapia, não nos parece de todo clara a sua distinção com o relacionamento terapêutico em si mesmo, podendo ser usada até como sinónimo deste. Apesar de existir alguma ambiguidade na definição conceptual da aliança e, concomitantemente, não serem claras as fronteiras entre esta e o relacionamento terapêutico, a aliança tem sido amplamente investigada como um dos factores inerentes ao relacionamento terapêutico. Aliás, Horvath (2005) argumenta que existe sobreposição entre os 11 factores relacionais propostos por Norcross (2002) que contribuem para a eficácia terapêutica, tornando-se necessária a clarificação e distinção destes elementos. Não obstante, os estudos apontam de modo consistente que a aliança

terapêutica é um dos predictores mais fortes e fidedignos do resultado terapêutico (Horvath & Bedi, 2002; Horvath & Simonds, 1991; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Wampold, 2001). Além disso, vários autores (e.g., Horvath & Bedi, 2002; Lambert, 2004; Martin, Graskie & Davis, 2000; Norcross & Goldfried, 2005; Wampold, 2001) defendem que é um dos factores terapêuticos mais importantes que está presente em todas as orientações psicoterapêuticas. Lambert (2004) estabelece ligações entre estes diferentes constructos ao afirmar que é a empatia do terapeuta, a aceitação positiva incondicional e a congruência que permitem que o cliente se sinta suficientemente seguro para o estabelecimento do relacionamento terapêutico. Estas condições centrais facilitam a aliança terapêutica e desempenham um papel importante no processo terapêutico.

Regressando aos pressupostos rogerianos inerentes à mudança terapêutica, estes envolvem por parte do cliente um processo crescente de aceitação do *self*, um aumento das suas experiências subjectivas e uma expansão e diferenciação do seu enquadramento interno de referência, os quais são essencialmente estimulados pelas atitudes terapêuticas (Bozarth, 1998, cit. in Brodley, 2006), corroborando a importância da interacção terapêutica para o subsequente processo de mudança.

Com o intuito de analisar a sua compreensão subjectiva, o terapeuta comunica deliberadamente algumas respostas e assim o cliente sente-se compreendido pelo terapeuta ou percebe que este desenvolve esforços para o compreender, podendo corrigir eventuais interpretações que não sejam concordantes com o seu enquadramento interno de referência. Contudo, ao expressar as suas respostas, o terapeuta fá-lo de modo a não direccionar o cliente, apenas na tentativa de ver o mundo pelas lentes do cliente. O último reflectirá sobre as compreensões específicas do terapeuta, o que normalmente incentiva o desenvolvimento da expressão e representação do *self*. Estes movimentos comunicacionais entre cliente e terapeuta representam interacções evolutivas que o cliente lidera, tornando explícitos os seus sentimentos e pensamentos, ao mesmo tempo que elabora sobre eles. Ao abrigo deste relacionamento facilitador, o cliente pode então examinar e reavaliar as experiências anteriormente negadas ou distorcidas. Como resultado da reexperienciação e da reavaliação, as experiências previamente evitadas ou distorcidas tornam-se mais acessíveis, fazendo com que o cliente se torne capaz de desenvolver novos significados e sentimentos (Rogers, 1959).

O relevo da experiência do cliente na promoção da mudança é sublinhado tanto por Rogers (1965), como pelos seus colaboradores (Gendlin, 1996; Watson et al., 1998), já que auxilia o cliente a tornar-se mais consciente da sua experiência interna subjectiva, facilitando a sua simbolização e promovendo a reflexão sobre os aspectos problemáticos, de modo a desenvolver novos prismas. Assim, o terapeuta funciona como um facilitador da regulação e processamento emocional das experiências do cliente, permitindo uma re-significação dos eventos e identificação e novas formas de agir consonantes com a nova informação. De facto, Watson (2006) reitera que a terapia centrada no cliente é mais orientada para e pelo processo do que para a concretização de objectivos ou metas, processo esse que implica a exploração das experiências em profundidade, de modo a tornar possível a mudança dos significados. Isto permite que o cliente perspetive as suas próprias necessidades, valores e objectivos, desencadeando novas acções. O refinamento das experiências do cliente, com base no auxílio do terapeuta, e a sua transposição para a linguagem faz com que seja mais fácil para o cliente desenvolver as suas próprias capacidades cognitivas e emocionais que alicerçam a construção de modos de ser alternativos. Aliás, de acordo com a revisão de Braaten (1961), as mudanças significativas de personalidade estão relacionadas com um aumento no foco sobre o mundo privado, centrado no *self*, no decurso da terapia. Neste enquadramento, falamos de um trabalho que visa o aumento da complexidade cognitiva e emocional do cliente, bem como a flexibilização das formas de se perceber a si próprio, aos outros e ao mundo, admitindo explicações alternativas sobre os eventos. Ao focar o processo em detrimento do conteúdo, a abordagem centrada no cliente potencia o desenvolvimento de ferramentas que poderão ser utilizadas em desafios futuros.

De uma forma sumária, o cliente recorre à terapia por se encontrar num estado de incongruência, servindo o terapeuta de *espelho* já que o seu principal papel é o de reflectir o que ouve e experiencia do cliente, ajudando-o a desenvolver congruência entre o *self* e a experiência. Para Rogers (1957) são inerentes à mudança terapêutica as seguintes proposições: (a) o contacto psicológico entre terapeuta e cliente; (b) o terapeuta ser congruente para com o cliente; (c) o terapeuta aceitar incondicionalmente o cliente; (d) o terapeuta sentir empatia pelo cliente; e (e) o cliente sentir o terapeuta como empático, congruente e capaz de aceitação incondicional.

3.1. A eficácia das condições centrais

Barrett-Lennard (1962, cit. in Hill, 2000) desenvolveu o *Relationship Inventory*, que tem sido amplamente utilizado para investigar os efeitos das condições facilitadoras. Foram igualmente desenvolvidos outros instrumentos, como a *Experiencing Scale* (Klein, Mathieu-Coughlan & Kiesler, 1986, cit. in Hill, 2000) e a *Vocal Quality Scale* (Rice & Kerr, 1986, cit. in Hill, 2000), para a análise do processo de mudança do cliente. Os principais resultados do corpo de pesquisa apontam para a evidência de uma relação positiva entre as condições facilitadoras e os resultados terapêuticos, embora ainda exista controvérsia se estas condições serão suficientes, para além de necessárias.

Particularizando as condições, Leitar (1993, cit. in Klein et al., 2001) argumenta que a autenticidade ou congruência é das três a condição mais importante, quando se trabalha numa perspectiva experiencial ou centrada no cliente. Aliás, Klein e colaboradores realizaram uma revisão de um conjunto de estudos que sugere que determinadas características que o terapeuta e o cliente trazem para a interacção, assim como a qualidade da interacção terapêutica propriamente dita, estão intimamente ligadas a atitudes de congruência e que estas se relacionam com resultados terapêuticos positivos. A este propósito, Klein e colaboradores realizaram uma revisão da literatura empírica sobre o relacionamento da congruência e os respectivos resultados terapêuticos. Os dados mostram que dos 20 estudos analisados, 34% tinham uma relação positiva com o resultado terapêutico, não existindo nenhuma relação negativa para a restante percentagem. Antes de estes resultados conduzirem à interpretação errónea de que não foi comprovado de modo convincente a associação da congruência com os resultados da terapia, devem ser consideradas as restantes condições facilitadoras da mudança terapêutica. Quando foram comparadas as associações entre os resultados terapêuticos nos estudos que avaliaram igualmente a compreensão empática e a aceitação positiva incondicional, a relação positiva aumentou para 68%, sendo a restante percentagem respeitante a efeitos nulos. Estes dados parecem sustentar a ideia de Rogers (1967) de que as condições facilitadoras de mudança actuam em unísono.

Por seu turno, Farber e Lane (2001) fizeram uma revisão da investigação relativamente à associação entre a aceitação positiva por parte do terapeuta e os

resultados terapêuticos. Os autores sublinham que Truax e Carkhuff (1967, cit. in Farber & Lane, 2001) foram os primeiros a rever as condições facilitadoras de Rogers em 10 estudos, concluindo que a aceitação positiva tem um efeito positivo, por si só, no resultado terapêutico. Oito dos 10 estudos analisados ofereciam evidências empíricas da associação significativa entre a aceitação positiva e a melhoria terapêutica. A análise de Truax e Mitchell (1971, cit. in Farber & Lane, 2001) em 12 estudos vai igualmente de encontro aos resultados anteriores. Por seu lado, Orlinsky e Howard (1986) também conduziram revisões de estudos para avaliar os efeitos do suporte do terapeuta e das suas características, nomeadamente do zelo, da preocupação e da aceitação, e constataram que *“a proporção de resultados positivos era maior em todas as categorias de resultados quando o zelo e a aceitação do terapeuta eram observados da perspectiva processual do cliente”* (p. 348). Uma outra revisão feita por Orlinsky e colaboradores (1994) envolveu 76 estudos. Constatou-se que 56% dos estudos tinham uma relação positiva e, novamente, os resultados baseados na perspectiva processual do cliente (i.e., percepção do cliente da aceitação positiva por parte do terapeuta) relacionavam-se com níveis mais elevados de sucesso terapêutico (65%). Quando os clientes avaliavam a aceitação positiva e o resultado terapêutico, ocorria uma associação significativa em 74%.

Também Farber e Lane (2001) apresentam uma análise da associação entre a aceitação positiva e os resultados terapêuticos em 16 estudos publicados desde 1990, não existindo nenhum estudo que possuísse uma relação negativa entre estas variáveis. Os autores defendem que a aceitação positiva está mais frequentemente associada ao sucesso terapêutico quando são consideradas as perspectivas do cliente sobre o resultado. Todos os resultados significativos sustentam efeitos relativamente modestos. A eficácia da aceitação positiva pode estar especialmente relacionada com a sua capacidade em facilitar uma relação de trabalho a longo prazo. Os autores concluem que a presença da aceitação positiva é francamente indicada na prática clínica, já que, pelo menos, estabelece os alicerces para outras intervenções. Todavia, em alguns casos este atributo pode ser suficiente para uma mudança positiva eficaz. À semelhança do que sucede com a aliança terapêutica, os resultados de vários estudos sugerem que é a perspectiva do cliente sobre a aceitação positiva do terapeuta que está mais frequentemente associada a resultados terapêuticos com sucesso, o que reforça a importância do terapeuta se assegurar de que os seus sentimentos são comunicados ao

cliente. Farber e Lane sugerem que as rupturas ao nível da aliança terapêutica ocorrem não só devido a erros técnicos por parte do terapeuta, mas advêm também da sua incapacidade em demonstrar aceitação positiva de um modo adequado.

No que diz respeito à empatia, Greenberg e colaboradores (2001) apresentam uma meta-análise da relação entre medidas de empatia e resultados terapêuticos, recorrendo a 47 estudos e que englobou 190 testes de associação entre empatia e resultados, num universo de 3026 clientes, tendo em conta três perspectivas: a do cliente, a do terapeuta e de um observador. Os resultados sugerem que a percepção do cliente e a do observador relativamente à compreensão das experiências internas do cliente por parte do terapeuta se relacionam positivamente com os resultados terapêuticos. Este facto leva os autores a sublinhar a importância dos esforços que o terapeuta desenvolve para compreender o cliente, demonstrando esta compreensão através de respostas dirigidas às necessidades do cliente, de modo a que o cliente as perceba. O facto da visão do observador se relacionar com o sucesso terapêutico sugere que a percepção dos esforços que o terapeuta desenvolve neste processo comunicacional de construção de significado parecem ser bastante úteis na promoção da mudança. Contudo, com esta meta-análise a questão da causalidade continua por responder, isto é, mantém-se a dúvida se a empatia causa bons resultados terapêuticos ou se é causada por estes. Porém, existe um número significativo de estudos que defende onexo de causalidade entre a empatia e os resultados terapêuticos (Anderson, 1999; Burns & Nolen-Hoeksema, 1992; Miller, Taylor, & West, 1980, cit. in Greenberg et al., 2001). A maior evidência advém do facto de se ter demonstrado a eficácia da terapia centrada no cliente (Elliott, 2001, cit. in Greenberg et al., 2001). Poder-se-á argumentar que não se deve atribuir uma eficácia causal a uma componente da terapia, mas, apesar da terapia centrada no cliente envolver outros elementos relacionais, a grande maioria do tempo desta abordagem é despendida ao trabalho terapêutico na forma de empatia (e.g., Brodley & Brody, 1990, cit. in Greenberg et al., 2001).

Neste enquadramento, Farber (2007) argumenta que isoladamente cada uma das condições propostas por Rogers têm sido relacionadas com o sucesso terapêutico mas que nunca foi conclusivamente comprovado se podem ser consideradas necessárias e/ou suficientes quando são analisadas em conjunto. Não obstante, a visão de que a atitude do terapeuta e a sua presença compreensiva é fundamental para o sucesso terapêutico é partilhada por todos os segmentos da comunidade psicoterapêutica, sendo notável a

influência de Rogers relativamente a este aspecto. Rogers é assim responsável pela mudança que existiu ao nível das concepções sobre os mecanismos de mudança terapêutica. A importância atribuída às competências técnicas do terapeuta foi transferida para a centralidade do relacionamento, podendo por isso o processo de mudança ter uma aplicação extensível a todos os relacionamentos humanos. É também digno de atenção que no âmbito da compreensão empírica da mudança terapêutica existiram dois esforços distintos da *American Psychological Association*: o primeiro da *Task Force* da Divisão 12, que se centrou nos tratamentos mais eficazes em psicoterapia; e o segundo da Divisão 29, que se focou na importância do relacionamento terapêutico. Estes distintos esforços levaram Castonguay e Beutler (2006) a desenvolver uma análise que integrasse estas duas dimensões. Assim, os autores explanaram empiricamente o conhecimento sobre a natureza dos participantes, dos relacionamentos e procedimentos que potenciam efeitos positivos transversalmente aos métodos e modelos teóricos, bem como tentaram compreender que factores ou variáveis relativas aos participantes, relacionamentos e tratamentos trabalham conjuntamente para promover a mudança. No que concerne especificamente aos factores associados ao relacionamento terapêutico, Castonguay e Beutler adoptaram as mesmas qualidades gerais da interacção terapêutica e as competências interpessoais do terapeuta apresentadas pela *Task Force* da Divisão 29. Entre elas estão as três condições centrais defendidas por Rogers: a empatia; a aceitação positiva; e a congruência. Os autores apresentam-nas como princípios do relacionamento terapêutico empiricamente validados no tratamento das perturbações disfóricas e das perturbações de ansiedade, que servem para promover o processo de mudança e a melhoria do cliente. No que se refere às perturbações da personalidade, Castonguay e Beutler indicam que estas têm recebido suporte, pelo menos indirectamente, na sua associação com a mudança positiva, realçando-as como princípios prováveis indissociáveis do processo de mudança. As recentes pesquisas sobre resultados e relacionamento terapêutico têm assim validado as três condições centrais como fundamentais para a eficácia terapêutica.

4. A terapia centrada no cliente versus outras abordagens terapêuticas

Com o intuito de obter evidências empíricas sobre o desempenho de psicoterapeutas de abordagens distintas, Strupp (1958) comparou a forma como terapeutas centrados no cliente e terapeutas psicanalistas observavam o mesmo cliente e conceptualizavam o problema clínico. Os resultados estão em sintonia com a visão rogeriana na relutância em diagnosticar, em formular objetivos terapêuticos, em (des)encorajar atitudes ou comportamentos específicos do cliente ou a desincentivar a livre expressão emocional, enfatizando atitudes mais positivas em relação ao cliente. Além disso, os terapeutas centrados no cliente não inferiam sobre os comportamentos do cliente e respectiva funcionalidade, nem sobre a etiologia da perturbação. A maior discrepância entre os terapeutas rogerianos e os psicanalistas diz respeito ao prognóstico terapêutico: nenhum terapeuta centrado no cliente apontou para um prognóstico desfavorável, comparativamente com 40% dos terapeutas analiticamente orientados cuja visão do caso era pessimista. De facto, estes resultados vão ao encontro dos postulados centrais do enquadramento da teoria de Rogers, sublinhando a aceitação positiva incondicional por parte do terapeuta e a ausência de uma atitude selectiva de avaliação. Rogers (1957) não vê qualquer utilidade na elaboração do diagnóstico para a intervenção terapêutica, uma vez que a abordagem do terapeuta não irá sofrer modificações pelo tipo de perturbação ou pelo cliente em causa.

Rogers revela um elevado respeito pela pessoa do cliente e pelas suas opções, compreendendo igualmente que, na óptica do cliente, uma forma de inicialmente facilitar o estabelecimento do relacionamento terapêutico poderá estar ligada a preferências por determinados estilos de terapia ou por um terapeuta específico. A este nível é curioso o estudo desenvolvido por Helweg e Gaines (1977) com pacientes psiquiátricos hospitalizados e com estudantes universitários sem patologia associada, relativamente à sua preferência por um terapeuta directivo, concretamente Albert Ellis, ou por um não-directivo, nomeadamente Carl Rogers. A tendência para escolher Albert Ellis era feita essencialmente por estudantes mais dogmáticos e externalizadores, bem como pelos pacientes com níveis de ansiedade mais elevados. Tanto os estudantes universitários como os pacientes que optaram pela abordagem rogeriana eram os mais novos da amostra e valorizavam a independência interpessoal. Além disso, os pacientes

com maiores habilitações literárias também seleccionavam Carl Rogers como seu terapeuta. Este estudo aponta assim para uma relação entre a personalidade, a par de outras variáveis dos participantes, e a sua preferência pela (não)directividade terapêutica, sugerindo que o cliente que elege a abordagem centrada na pessoa valoriza a autonomia como factor importante na exploração dos acontecimentos. São os acontecimentos que são considerados os mais pertinentes na óptica do cliente que são abordados no contexto terapêutico rogeriano, tendo como cenário de fundo as condições centrais à promoção da sua auto-actualização.

Por último, não devemos deixar de referir as comparações que se têm efectuado entre a terapia centrada no cliente e a terapia focada nas emoções. Apesar de ambas derivarem da abordagem humanista, tratam-se de dois modelos terapêuticos distintos. Neste sentido, Watson e Greenberg (1996) compararam os processos e resultados terapêuticos de casos de terapia breve para a depressão, recorrendo a um grupo de terapia centrada no cliente e a outro de terapia experiencial (ou focada nas emoções). Os resultados revelaram que o grupo de terapia experiencial possuía níveis significativamente mais elevados de experienciação, de qualidade vocal, de posicionamentos expressivos e maior resolução de problemas do que o grupo de terapia centrada no cliente, revelando melhores resultados terapêuticos. É de salientar que as intervenções do processo experiencial englobaram a tarefa das duas cadeiras para o trabalho com o *self* crítico, a tarefa da cadeira vazia para trabalhar questões relacionais não resolvidas e evocação sistemática de revelação para reacções problemáticas, incorporadas num relacionamento centrado no cliente. Isto sugere que a terapia experiencial engloba os pressupostos subjacentes à abordagem centrada no cliente e vê-se enriquecida com o recurso a técnicas específicas que facilitam o processamento emocional, não sendo por isso de estranhar que os resultados terapêuticos encontrados estejam potenciados com este tipo de intervenção, já que esta é mais ampla. Assim, Watson e Greenberg (1996) e Goldman, Greenberg e Angus (2006) defendem que a adição de intervenções focadas nas emoções às condições relacionais centradas no cliente poderá facilitar os processos de mudança.

Ainda nesta linha de pensamento, o estudo de Ellison, Greenberg, Goldman e Angus (2009) com casos do *York I Depression Study* revelou que não existiram diferenças estatisticamente significativas 6 meses após o tratamento quando são comparados os dois grupos de intervenção (terapia centrada no cliente e terapia focada

nas emoções), estando estas apenas presentes 18 meses após o término das intervenções. Segundo os autores, a manutenção dos ganhos terapêuticos no âmbito de uma intervenção relacional empática parece ser reforçada pela adição de intervenções experienciais específicas e focadas nas emoções. Isto reforça a ideia já referida no artigo de Watson e Greenberg (1996), pois também Ellison e colaboradores defendem que a intervenção focada nas emoções é caracterizada por intervenções específicas tendo como base o contexto das condições relacionais centrais da terapia centrada no cliente. Ellison et al. sugerem então que a adição das intervenções focadas nas emoções às condições relacionais centrais da terapia centrada no cliente melhora a prevenção de recaída para períodos superiores a 6 meses pós-tratamento. Claro que uma interpretação alternativa para estes resultados, consonante com o que globalmente tem sido encontrado na literatura, é a de que a lealdade dos autores referidos à terapia experiencial favoreceu este modelo em detrimento da terapia centrada no cliente (Wampold, 2001).

5. Perspectiva crítica do enquadramento compreensivo rogeriano

A perspectiva de Rogers foi alvo de algumas críticas, entre elas os limites da sua abordagem não-directiva, já que os seus postulados negam o recurso a técnicas e intervenções mais directivas que poderiam facilitar o sucesso terapêutico (e.g., Ellison et al., 2009; Goldman et al., 2006; Greenberg et al., 1993; Watson & Greenberg, 1996). A título de exemplo refira-se que Greenberg e colaboradores (1993) começaram a defender uma perspectiva integradora na qual as condições centrais se fundem com as terapias *gestalt*, retirando partido quer dos aspectos centrais da terapia centrada no cliente, quer das técnicas mais interventivas da *gestalt*, o que facilita a resolução de problemas persistentes. Além disso, tem sido demonstrado que as diferenças individuais entre os clientes justificam técnicas e/ou abordagens terapêuticas distintas, em prol do benefício que os clientes poderão retirar da terapia. De facto, para Castonguay e Beutler (2006) não é congruente a aplicação do mesmo modelo a todos os tipos de cliente, em função das suas características individuais. Serão de seguida explanados outros aspectos que alguns autores consideraram controversos.

5.1. A dimensão relacional da interacção terapêutica

Kahn (1996) foi um dos principais críticos da abordagem rogeriana e, como tal, não deixa de reflectir sobre alguns aspectos que considera discutíveis neste modelo de intervenção. O autor começa por se interrogar se a terapia centrada no cliente retrata o conhecimento psicológico de uma pessoa, focando essencialmente a psicologia do cliente, ou se é uma psicologia de duas pessoas, uma psicologia relacional, onde o enquadramento de referência do terapeuta é considerado. É o aspecto relacional um factor importante na abordagem centrada no cliente? A este propósito, Kahn acrescenta que existiu uma clara mudança na postura de Rogers ao longo do tempo, passando de modos de interacção e de atitudes profissionais mais formais para formas mais humanas, relaxadas e espontâneas de relacionamento, o que poderá explicar o seu foco inicial no enquadramento compreensivo do cliente e a menor atenção prestada à pessoa do terapeuta. O regresso de Rogers da Universidade de Chicago, em 1945, bem como o seu envolvimento com pacientes esquizofrénicos no *Wisconsin Project* e as suas experiências intensivas de grupo na Califórnia foram indicadas como causas explicativas para a sua crescente ênfase no papel do terapeuta, ao ponto de, em 1980, Rogers afirmar que a congruência do terapeuta era a mais importante e elementar das três condições centrais.

Kahn (1996) pergunta-se igualmente se a natureza da subjectividade do terapeuta, ou seja, o modo como o terapeuta organiza o seu mundo é alvo de reflexão, estando o terapeuta consciente da forma como inadvertidamente pode influenciar o cliente, dada a sua história singular. Brodley (1995, cit. in Kahn, 1996) defende que um terapeuta centrado no cliente, bem treinado, reflectirá continuamente na interferência da sua experiência subjectiva na interacção terapêutica. Não obstante, Kahn explicita ainda mais as suas dúvidas ao sugerir que a tendência para a actualização do *self* poderá colorir as lentes do terapeuta, enviesando positivamente o modo como este vê o cliente. Contudo, o autor não coloca de lado a possibilidade de existir um afastamento por parte do terapeuta centrado no cliente de qualquer tipo de visão pré-concebida sobre as experiências do cliente, não estando influenciado por expectativas terapêuticas relacionadas com critérios de diagnóstico, facto que constitui uma das maiores contribuições desta terapia. Outros críticos, como Rollo May (1982, cit. in Kahn, 1996)

caracterizaram a abordagem rogeriana como ingénua, precisamente pelo viés ao nível da percepção optimista da natureza humana.

5.2. A presença de interpretações na prática rogeriana

Gazzola e Stalikas (2004) investigaram as interpretações do terapeuta e as subsequentes reacções do cliente em três modalidades terapêuticas – terapia centrada no cliente, terapia existencial/gestalt e terapia racional-emotiva, por recurso ao sistema de codificação da investigação qualitativa consensual (Hill, Thompson & Williams, 1997). Assim, este estudo pretendia responder às seguintes questões: Quais são os diferentes tipos de interpretações usados nestas três abordagens? Como são devolvidas estas interpretações em cada abordagem? Quais são as acções do cliente após a tomada de conhecimento das interpretações? De facto esta investigação é extremamente pertinente uma vez que, ao contrário das escolas psicodinâmicas que consideram a interpretação como uma ferramenta fundamental para a mudança efectiva, a terapia centrada no cliente vê a interpretação como um obstáculo ao processo psicoterapêutico. A interpretação pressupõe a introdução de um enquadramento de referência externo (o do terapeuta), anulando a relação igualitária, por posicionar o terapeuta num lugar de destaque ao nível dos conhecimentos, podendo fornecer explicações respeitantes aos comportamentos, pensamentos, sentimentos e planos do cliente.

Este estudo demonstrou que as interpretações são empregues de formas qualitativamente diferentes em cada abordagem terapêutica. Os autores argumentam que as interpretações foram fornecidas de maneira consistente com as teorias subjacentes às intervenções e cada abordagem focou conteúdos distintos na elaboração das interpretações. Apesar dos terapeutas centrados no cliente terem sido descritos como cuidadosos e respeitadores ao fornecer as interpretações, num contínuo registo de suporte, permitindo ao cliente revelar informações e expressar novas compreensões, não deixa de ser incongruente com os postulados de Rogers o uso de interpretações (Gazzola & Stalikas, 2004). Contudo, a nosso ver, a investigação de Gazzola e Stalikas estava direccionada para a presença de interpretações, isto é, o estudo focou uma dimensão de análise, pelo que poderá ter incutido algum viés na forma como os próprios

investigadores exploraram as interpretações e a sua existência ser assumida em detrimento de reflexões profundas que captam as *nuances* da experiência subjectiva dos clientes. Assim, a técnica da reflexão poderá estar aqui a ser “mal-interpretada”, hipótese que se pode confirmar pelo facto de Gazzola e Stalikas defenderem que existiu consistência entre as interpretações fornecidas e as teorias subjacentes. Pensamos que o mesmo possa ter sucedido na análise de Weinrach (1990) sobre a abordagem de Rogers no caso de Gloria. O autor demonstrou igualmente que Rogers recorria à interpretação, apontando que cerca de 36% do seu tempo era dedicado a interpretar as percepções que a cliente tinha das suas experiências.

5.3. As condições centrais e a sua relação com reforços comportamentais

Truax (1966) aponta outra crítica a Rogers, nomeadamente a utilização das condições centrais como reforço de determinados comportamentos. Ao defender as condições centrais à mudança terapêutica, Rogers (1957) posiciona-se contra as visões comportamentalistas da psicoterapia, negando por isso o recurso a reforços na abordagem não-directiva, atendendo ao facto que os níveis em que as três condições estão presentes no contexto terapêutico não variam com as verbalizações ou comportamentos do cliente. Truax levanta a hipótese do terapeuta responder diferencialmente a comportamentos distintos dos clientes, sendo, por exemplo, mais receptivo e empático a alguns e mais directivo e com menores níveis de aceitação a outros. Para Truax esta hipótese não é inconsistente com o corpo de evidências de que os clientes que recebem níveis mais elevados de empatia e receptividade revelam mudanças comportamentais e de personalidade mais significativas do que os clientes que recebem níveis inferiores. O autor argumenta que, se a compreensão empática, a congruência e a aceitação são terapêuticas, então também poderá ser argumentado que estas condições terapêuticas são reforçadoras, recompensadoras ou de algum modo encorajadoras e que o tipo de comportamento dos clientes que são seguidos por níveis mais elevados destas condições terapêuticas provavelmente aumentará no decurso da terapia. Neste contexto, com o intuito de explorar a possibilidade de ocorrência de reforços durante a interacção terapêutica em terapia centrada no cliente, Truax analisou um caso de sucesso, em que Rogers era o terapeuta. Os resultados revelaram que o

terapeuta tendia a responder selectivamente com diferentes níveis de empatia, aceitação e não-directividade, os quais eram mais elevados quando o cliente se expressava num estilo semelhante ao do terapeuta, se expressava de modo diferenciado sobre o *self* e sobre os seus sentimentos, mostrando ausência de ambiguidade, assim como quando ocorriam expressões representativas da aquisição de *insight*. Truax defende que, contrariamente aos postulados de Rogers e apesar de não se constituir como evidência directa, os dados são consistentes com a visão de que o terapeuta implicitamente utilizava as condições centrais à abordagem rogeriana como reforços. Porém, consideramos que Truax olvidou a definição de terapia proposta por Rogers: uma arte de encontro pessoal, em que estão envolvidos terapeuta e cliente. É na qualidade do relacionamento terapêutico que resulta dessa *arte* que se sustentam os alicerces do processo de mudança, sendo precisamente neste contexto que devem ser analisados e compreendidos os comportamentos do terapeuta. Assim, consideramos que a análise dos resultados de Truax pode e apenas deve ser vista pelo prisma da interacção terapêutica: à medida que o processo terapêutico evolui, o cliente está mais capaz de perceber a presença das condições centrais e a pertinência das mesmas, não sendo por isso de estranhar que estas se tornem igualmente mais evidentes para um observador externo, que acompanha o decurso de um processo terapêutico bem sucedido. A interacção é caracterizada pela presença das condições centrais desde o início da terapia, embora nos possa parecer mais enriquecida quando o cliente potencia o seu processo de auto-actualização, precisamente pelo facto de se atingirem novas compreensões sobre o *self*. Na verdade, esta crítica dirigida a Rogers remonta a 1966, período anterior ao alargamento das escolas de pensamento no campo da psicologia e de enriquecimento da diversidade das abordagens terapêuticas. Neste sentido, a visão sobre os processos de mudança na época focavam-se ora em torno da escola psicanalista, ora em torno da linha de pensamento cognitivo-comportamental, por oposição à visão rogeriana. Assim, não é de todo de estranhar que Truax tivesse analisado os comportamentos do terapeuta por um prisma comportamentalista.

6. Implicações para a prática clínica: em direcção ao eclecticismo e à integração

Apesar de Kahn (1996) evidenciar aspectos que considera questionáveis na abordagem centrada na pessoa e, por isso, serem alvo de crítica, aponta igualmente aspectos que considera profundamente positivos na terapia centrada no cliente, particularmente: (1) o relevo da escuta activa da subjectividade do cliente, realçando a ausência de preconceitos teóricos; (2) a atitude democrática associada à abordagem centrada na pessoa, num movimento contra o elitismo e o materialismo – Rogers defendia uma comunidade global, por isso os seus ideais estavam acessíveis a pessoas de todas as raças, de todos os grupos económicos, nacionalidades e géneros; (3) o intuito central de enriquecer a vida das pessoas, não se restringindo apenas ao contexto terapêutico, tentando ampliar a filosofia da tendência da actualização do *self* e as condições centrais para outros campos externos à terapia, como à educação, ao relacionamento parental, à área empresarial, às relações raciais, à pobreza, à medicina e às relações internacionais, o que sublinha a sua identificação com a psicologia humanista; (4) a introdução do termo *cliente* que, a par da atitude democrática já mencionada, ajuda a minimizar a desigualdade que existe em qualquer relacionamento terapêutico.

Farber (2007) relembra ainda que há 25 anos os membros da *American Psychological Association* foram questionados acerca do psicoterapeuta que acreditavam ser a figura mais influente nesta área. Em 2006, na *Psychotherapy Networker*, replicou-se esta apreciação, sendo que em ambos os momentos o nome de Carl Rogers surgiu de forma esmagadora, mesmo entre os profissionais não-rogerianos em termos da sua orientação teórica de base. De facto, as ideias desenvolvidas por Rogers no artigo de 1957 continuam a ter ressonância na totalidade da comunidade terapêutica 50 anos depois, o que reforça a importância da sua abordagem.

Assim, o relevo desta abordagem terapêutica é indiscutível. Aliás, o volume de literatura centrada no cliente publicado desde a morte de Carl Rogers, em 1987, é representativo do seu estatuto. O número de publicações com a abordagem centrada na pessoa ou sobre Carl Rogers no domínio da Psicologia desde 1 de Janeiro de 1987 a 6 de Setembro de 2004 contém 141 livros, 174 capítulos de livros e 462 artigos científicos, retratando um fluxo constante de publicações de teoria, pesquisa e prática,

não incluindo nesta contabilização as publicações do próprio precursor (Kirschenbaum & Jourdan, 2005). A prevalência do trabalho de Rogers é igualmente avaliada pelo número de organizações profissionais, institutos e jornais relativos a esta abordagem. Actualmente existem aproximadamente 200 organizações e centros de treino em todo o mundo dedicados à investigação e aplicação dos princípios desenvolvidos por Rogers, existindo igualmente uma ampla aplicação dos mesmos noutras áreas. Finalmente, a teoria do *self* de Rogers tornou-se numa proeminente teoria da personalidade que se encontra incluída na maioria das publicações dos actuais textos de personalidade.

Os conceitos e métodos que Rogers desenvolveu são então usados de uma forma eclética por diferentes tipos de terapeutas (ver Anderson, 1989; Farber, Brink & Raskin, 1996). Aliás, a maioria dos terapeutas envolveu-se em processos de distanciamento a ligações restritivas a abordagens terapêuticas específicas ou escolas de pensamento (e.g., Lambert & Bergin, 1994), havendo uma proporção crescente de profissionais que cada vez mais se identifica como eclético ou integrador, incorporando as condições centrais de Rogers nas suas práticas. Nos últimos 30 anos, existiu, de facto, um aumento do eclectismo em termos das orientações teóricas dos psicoterapeutas, facto que poderá estar associado a uma insatisfação relativa com uma única escola ou com a vontade de perspectivar a psicoterapia através e para além dos limites das escolas de pensamento (Goldfried, Pachankis & Bell, 2005). Assim, é permitido aos terapeutas adaptarem as suas intervenções em função das necessidades do cliente, seleccionando e integrando técnicas específicas para melhorar os resultados terapêuticos, o que promove uma exploração sobre as diferentes formas de ver a psicoterapia e o próprio processo de mudança.

Neste contexto, Elliott, Greenberg e Lietaer (2004) defendem que as abordagens humanistas não-directivas poderão ver o seu potencial aumentado pela integração de técnicas mais directivas, oriundas de outras abordagens terapêuticas, funcionando como uma mais-valia para a prática clínica. Surgem então perspectivas integradoras (e.g., Greenberg et al., 1993), que criaram uma fusão entre as terapias gestalt e centrada no cliente, de modo a que as condições facilitadoras alicercem o relacionamento terapêutico para a implementação de intervenções específicas. Na verdade, a terapia experiencial é um processo construtivista focado nas emoções com raízes na terapia centrada no cliente (Rogers, 1951) e na gestalt (Pearls, 1973), resultando de uma integração destas abordagens psicoterapêuticas. Partilha da crença na capacidade

humana inata de auto-reflexão que promove movimentos direccionados ao crescimento positivo e desenvolvimento do *self* (Greenberg et al., 1993), assumindo o terapeuta uma atitude empática, congruente e de aceitação positiva relativamente às experiências emocionalmente salientes do cliente. Por outro lado, vai buscar à abordagem gestalt um conjunto de intervenções que suscitem os pensamentos problemáticos, sentimentos e comportamentos de modo a que estes possam ser emocionalmente activados e processados durante a terapia (Angus, Lewin, Bouffard & Rotondi-Trevisan, 2004). Esta postura integradora da terapia experiencial pressupõe a construção de uma forte aliança terapêutica, num contexto empaticamente seguro para que, posteriormente, sejam introduzidas as técnicas da *gestalt* para facilitar a resolução de problemas persistentes. Assim, o objectivo prende-se com a reestruturação de estados emocionais desadaptativos que poderão ser responsáveis por problemas psicológicos como a depressão, por exemplo (Greenberg, Watson & Goldman, 1998b).

Por seu turno, Cepeda e Davenport (2006) propõem uma outra integração, nomeadamente da terapia centrada no cliente com a terapia centrada nas soluções, já que a última poderá facilitar o processo de auto-actualização, tão sublinhado na abordagem rogeriana. De facto, ambas abordagens enfatizam a resiliência e as capacidades do cliente, validam a sua experiência e conhecimento e promovem a sua autonomia. O estabelecimento de uma relação terapêutica igualitária e a recusa em trabalhar num enquadramento patológico são outros denominadores comuns a estas abordagens. Estas autoras propõem que a integração de diferentes abordagens pode favorecer pragmaticamente a intervenção, continuando a aceder ao mundo subjectivo do cliente sem perder a congruência teórica (ver também Jaison, 2002).

Já Boy e Pine (1999) apresentam uma subdivisão da terapia centrada no cliente em duas fases, potenciando a sua integração com outras abordagens. Segundo os autores, a criação da relação terapêutica que permitirá o crescimento e a actualização do *self* por parte do cliente, bem como a aplicação das três condições rogerianas fundamentais caracterizam a fase I. À medida que o cliente se começa a envolver integralmente no processo terapêutico e manifesta sinais de um forte *locus de controlo* interno e vontade de evoluir, o terapeuta deverá avançar para a fase II. Esta, por sua vez, retratará um processo mais eclético e experiencial, permitindo ao terapeuta responder mais directamente às necessidades individuais do cliente. Poder-se-á argumentar que a subdivisão proposta por Boy e Pine flexibiliza em larga medida os limites da clássica

abordagem rogeriana, uma vez que a passagem para a fase II é auxiliada por outras técnicas e abordagens terapêuticas que facilitam o movimento em direcção ao objectivo último de actualização do *self*. Em jeito de conclusão, Bohart e Tallman (1996) defendem que, dentro da abordagem centrada na pessoa, o *cliente activo* poderá utilizar variadas abordagens e procedimentos de diferentes formas, visando o seu crescimento pessoal, não deixando a centralidade do processo de mudança ser essencialmente da sua responsabilidade.

Assim, sendo Rogers a figura mais influente no campo da psicoterapia e estando os seus princípios a ser utilizados de modo eclético e integrador, a par de existirem estudos que comprovam a eficácia da terapia centrada no cliente no tratamento da perturbação depressiva maior (e.g., Greenberg & Watson, 1998a), será de especial interesse o seu estudo à luz de um outro modelo de mudança. Na verdade, alguns autores já têm efectuado uma leitura de casos de terapia centrada no cliente por recurso a outros modelos de mudança e/ou sistemas de análise. A este propósito, relembro que Angus e Hardtke (2007) analisaram intensivamente o relacionamento entre a mudança narrativa e o *insight* num caso de sucesso de terapia centrada no cliente, da amostra do *York I Depression Study*, bem como Goldsmith e colaboradores (2008) e Mosher, Goldsmith, Stiles e Greenberg (2008) recorreram a um caso de sucesso da mesma amostra para estudar o processo de assimilação das vozes problemáticas, estabelecendo paralelismos entre os dois modelos de mudança. O estudo de Boritz, Angus, Monette e Hollis-Walker (2008) é um outro exemplo de novas perspectivas compreensivas sobre a abordagem centrada no cliente, relacionando os seus resultados com outras dimensões de análise. Os autores investigaram a relação entre mudança dos níveis depressivos e a especificidade da memória autobiográfica em transcrições das sessões iniciais, intermédias e finais de terapia centrada no cliente e de terapia focada nas emoções do *York I Depression Study*.

Neste contexto, será de realçar que a análise da terapia centrada no cliente à luz do modelo de mudança centrado nos momentos de inovação - SCMI (Gonçalves et al., 2010d) constitui elevado interesse, pelo facto desta metodologia de análise já ter sido aplicada a outras abordagens terapêuticas. Deste modo, interessa-nos compreender

como emergem e se desenvolvem os momentos de inovação (MIs) numa amostra de terapia centrada no cliente.

De seguida, no capítulo II, analisaremos o modo como a mudança terapêutica pode ser conceptualizada de um ponto de vista narrativo.

7. Síntese do capítulo

Recapitulando, iniciámos a abordagem à terapia centrada no cliente pelo enquadramento histórico e epistemológico das suas origens, passando à caracterização das suas concepções e princípios enquanto forma de intervenção humanista. Sublinhámos o contínuo posicionamento não-directivo do terapeuta, bem como aprofundámos as três componentes que, de forma intimamente relacionada, definem a atitude do terapeuta, nomeadamente: a congruência; a aceitação positiva incondicional; e a compreensão empática do enquadramento interno de referência do cliente. Na teoria rogeriana, a ênfase é colocada no cariz transformador da relação terapêutica, por facilitar o crescimento individual e o processo de actualização do *self*. Neste contexto, o processo de mudança é indissociável das atitudes terapêuticas centrais em relação ao cliente. Assim, apresentamos uma revisão das investigações que estudaram empiricamente a relevância destas dimensões no sucesso terapêutico. Adicionalmente, contrastámos a intervenção centrada no cliente com outras abordagens terapêuticas. Nesta parte da dissertação, apresentámos ainda algumas críticas que foram desenvolvidas a esta abordagem. Terminámos este capítulo com o reforço da importância dos pressupostos defendidos por Rogers para a prática clínica, não deixando de evidenciar que os mesmos têm sido utilizados de uma forma ecléctica por diferentes terapeutas.

Capítulo II: Modelos narrativos de mudança terapêutica

*A vida está cheia de desafios que, se aproveitados de forma criativa,
transformam-se em oportunidades.*

Maxwell Maltz

1. Introdução

Garfield (1995) define a psicoterapia como uma ampla interação entre duas pessoas, terapeuta e cliente, de modo a que o primeiro tente ajudar o último a ultrapassar as dificuldades. As interações verbais ocorrem em muitas outras situações interpessoais, mas o que é único neste relacionamento ou interação é que é potencialmente capaz de ajudar a pessoa a superar os problemas e a promover a adaptação pessoal. A psicoterapia é assim uma oportunidade para que o cliente explore aspectos que tende a manter fora da sua consciência e que são factores que contribuem para a sua perturbação. Apesar do terapeuta fornecer suporte e de poder assumir o papel de orientador, é do cliente que tem que advir a motivação para se envolver no árduo trabalho de exploração do *self* e enfrentar os eventos negativos que produziram as suas dificuldades. Apesar desta definição ser uma versão simplificada, transmite uma visão do processo terapêutico que tem sido dominante durante os últimos anos. Mesmo nas variantes psicoterapêuticas mais recentes, a responsabilidade do trabalho terapêutico é colocada no cliente, com vista à promoção do seu bem-estar. Deste modo, ao colocar-se a responsabilidade no cliente pela mudança ou ausência dela, o cliente tem que ser um interessado e activo participante neste processo. Até nas terapias mais directivas, como a terapia comportamental e a terapia racional-emotiva, onde são fornecidas instruções e tarefas ao cliente, este tem que ser um participante activo e cooperante para que a mudança ocorra.

Fundamentalmente por encerrarem o potencial transformador da psicoterapia, os processos de mudança sempre suscitaram elevado interesse ao nível da comunidade científica, facto que justifica a abundante literatura sobre as diversas intervenções

terapêuticas e/ou escolas de pensamento e a emergência de modelos explicativos da mudança terapêutica para que melhor se compreendam processos dinâmicos de seres em construção.

Neste capítulo assumimos uma perspectiva narrativa já que partilhamos da opinião de Sarbin (1986), nomeadamente que a narrativa é a nova *metáfora de raiz* para a psicologia, sublinhando o carácter inerentemente contextual da construção do sentido de *self*. Na verdade, Sarbin afirma que vivemos num mundo historiado, o que comprova a dimensão social da narrativa. Os processos de construção significado apenas ganham forma entre as pessoas (Gergen, 1985; Goolishian & Anderson, 1987; Harré & Gillet, 1994), isto é, a identidade constrói-se através das interações entre as pessoas. Deparamo-nos assim com a multiplicidade e o carácter mutável da identidade, uma vez que esta depende das renegociações das interações (Hermans, 1996; Markus & Nurius, 1986). Neste enquadramento, não é de todo estranho o interesse nas interações terapêuticas como forma de compreender as renegociações associadas aos processos de mudança.

Ver a identidade como um processo dialógico, flexível, múltiplo e relacional em que as diversas posições narrativas dialogam e articulam entre si faz parte da concepção central das terapias narrativas (Salgado, 2003). O mesmo será dizer que somos seres inacabados, em contínua transformação. A construção simbólica que caracteriza a narrativa atribui-lhe uma natureza transformadora, por abrir as portas à multipotencialidade criativa. Polkinghorne (2004) defende o papel central da narrativa no desenvolvimento da nossa *identidade*. O *self* é uma autobiografia multifacetada em constante movimento de *edição*, é um tornar-se conversacional contínuo através da linguagem que usamos na narração, construída e reconstruída através dos intercâmbios sociais. O *self* será narrativa e os processos que estão na base dessa construção narrativa, significados e processos de construção de significados, isto é, processo e conteúdo, sustentado pela interação social (Richert, 2003).

Na verdade, este enquadramento narrativo tem motivado projectos de investigação no âmbito dos processos terapêuticos, havendo um número crescente de metodologias de investigação e de estudos publicados nesta área. As investigações do processo terapêutico a partir do conceito de narrativa têm sido elaboradas com diferentes propósitos, de múltiplas formas (e.g., diferentes metodologias, instrumentos)

e a partir de diversas perspectivas. Do mesmo modo, também têm sido desenvolvidas metodologias e estratégias específicas para a análise dos processos terapêuticos narrativos e da mudança em psicoterapia. Perceber as interações entre cliente e terapeuta e as suas funções ao nível dos processos de mudança narrativos tem sido assim o foco da atenção de alguns investigadores (e.g., Angus & McLeod, 2004; Dimaggio & Semerari, 2004; Gonçalves et al., 2010d; Neimeyer & Mahoney, 1995; Stiles, 1999a, 2002; Stiles et al., 1990). Estes estudos partilham a valorização da narrativa como instrumento de análise. Diferenciam-se apenas nos seus objectos específicos de estudo: alguns destes trabalhos de investigação têm estudado a mudança a partir de estádios problemáticos ou vozes (Semerari et al., 2003a; Stiles, 1999a, 1999b, 2002; Stiles et al., 1990); outros têm-se debruçado na análise dos processos terapêuticos e da mudança, através da forma como as narrativas dos clientes mudam como resultado da terapia (Angus et al., 2004; Botella, Herrero, Pacheco & Corbella, 2004; Hardtke & Angus, 2004; McLeod, 2004). O desenvolvimento destas metodologias foi conseguido de forma integrativa, isto é, permitindo avaliar a mudança em psicoterapia independentemente da orientação teórica (e.g., Hardtke & Angus, 2004; Honos-Webb & Stiles, 1998; Angus, Levitt & Hardtke, 1999), o que torna estas metodologias ainda mais relevantes. Veremos de seguida alguns dos modelos de mudança mais centrais para o presente estudo, nomeadamente: o modelo de assimilação das experiências problemáticas (Stiles, 1999a, 2002; Stiles et al., 1990); o modelo de processamento narrativo (Angus et al., 1999); e o modelo de desenvolvimento da metacognição (Dimaggio & Semerari, 2001, 2004).

2. O modelo de assimilação das experiências problemáticas

Para o modelo de assimilação um dos objectivos terapêuticos centrais é ajudar os clientes a descobrir e a utilizar a diversidade de vozes de que dispõem, promovendo assim diversidade de diálogos construtivos entre as diferentes versões de si e integrando aspectos do *self* ou vozes que são contrastantes. Partilhando aspectos deste posicionamento teórico, o trabalho empírico de Stiles (1999a, 2002; Stiles et al., 1990) tem-se revestido de particular importância, representando a construção de um modelo

desenvolvimental que pode ser usado de forma integrativa como metodologia de análise nas mais variadas formas de intervenção terapêutica.

Stiles e colaboradores (Stiles, 2002; Stiles et al., 1990), influenciados por modelos desenvolvimentais (e.g., Piaget, 1970), apresentavam a mudança terapêutica como um processo sequencial de estádios que permitiriam a integração e assimilação das experiências problemáticas nos esquemas identitários. À posteriori, desenvolveram o modelo de assimilação que traduz uma teoria dos processos de mudança psicológicos, que assenta na multiplicidade interna de vozes. Assim, o *self* é concebido como sendo composto por uma multiplicidade de vozes. Estas são entendidas como constelações de traços de experiências prévias e constituem recursos que emergem em diferentes contextos, em resposta às necessidades do *self* (Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 1999a). Com o decurso do tempo, a acumulação dessas experiências pode resultar na constituição de uma voz interna coerente. O *self* é uma comunidade de traços interligados de experiências não problemáticas. A comunidade de vozes é composta por experiências semelhantes ou relacionadas que são ligadas ou *assimiladas*, embora exista conceptualmente uma *voz dominante* representativa desta comunidade, reflectindo o sentido usual de *self*, sendo a voz que assume posições mais frequentemente. As vozes assimiladas constituem recursos que podem ser utilizados de modo bastante útil quando assumem posições face a determinadas experiências. Stiles (Honos-Webb & Stiles, 1998; Honos-Webb et al. 1999b; Stiles, Honos-Webb, Lani & Stiles, 1999a; Stiles, Meshot, Anderson & Sloan, 1992) propõe assim que a identidade é dialógica e resulta de um processo de assimilação.

À luz do modelo de assimilação, quando uma voz fala, ela assume uma posição observável e que é expressa através de uma declaração, de um comportamento em relação a uma situação, pessoa ou aspecto do *self*, isto porque as vozes representam eventos significativos, pessoas ou objectos em torno dos quais as experiências relacionadas são organizadas. Posicionamentos ou características repetidas indicam a presença e a natureza de uma voz (Stiles et al., 2006). As vozes representam um conjunto de experiências, englobando elementos cognitivos, emocionais, intenções, motivações, acções, entre outros, o que lhes atribui a capacidade para responder activamente (Osatuke et al., 2005b). Assim, o modelo sugere que o *self* se constitui por uma comunidade de vozes que representam as diversas experiências de vida da pessoa e que essa comunidade de vozes retrata o repertório de recursos disponíveis para a pessoa.

Dito de outra forma, a personalidade é uma configuração dos traços de experiências, que são idiossincráticos, caracterizando-se por determinadas vozes e pelos relacionamentos dialógicos entre elas. Normalmente, as vozes são aceites, bem-vindas e integradas na comunidade, permitindo à pessoa mover-se de um modo fácil e confortável entre um conjunto e outro de experiências. Estas emergem quando necessário, de acordo com as circunstâncias. Na verdade, as experiências deixam traços que podem ser reactivados por significados relacionados, conferindo-lhes voz e acção. Isto é, no modelo de assimilação, a informação não é passiva. Pelo contrário, os próprios traços das experiências são intencionais. A metáfora de voz sublinha esta qualidade (Stiles & Brinegar, 2007).

2.1. O trabalho terapêutico na promoção da comunicação multivocal

Todavia, o diálogo interno entre as vozes pode encontrar entraves quando se depara com uma voz que representa uma experiência problemática, incongruente com a comunidade dominante de vozes do *self* (cf. Dimaggio & Stiles, 2007). As *vozes problemáticas* representam traços de experiências originalmente dolorosas que não são assimiladas, o que as torna incompatíveis com as vozes que constituem a comunidade dialógica do *self* e que, por isso, ameaçam o seu sentido de continuidade (Honos-Webb, Stiles & Greenberg, 2003), o que poderá originar sofrimento psicológico pautado por ansiedade (Stiles, Osatuke, Glick & Mackay, 2004). Ao ameaçarem o sentido do *self*, estas vozes não podem ser alvo de representação consciente, sendo com frequência distorcidas ou activamente evitadas pela comunidade de vozes, facto que impede que as experiências que representam sejam utilizadas como recursos (Stiles, 1992, 2002). A voz evitada ou distorcida pode ser alvo de trabalho terapêutico para que esta possa comunicar com a comunidade de vozes e ser assimilada, o que pressupõe que, de certo modo, essa voz tenha de ser acomodada concomitantemente com um processo de assimilação. Este implicará necessariamente a mudança gradual do *self* e da voz não-dominante, numa sequência de estádios, os quais permitirão à voz não-dominante ser ouvida, ganhar expressão e poder, bem como fazer parte da comunidade de vozes do *self* (Honos-Webb & Stiles, 1998).

Assim, a terapia deve permitir aceder de modo consciente às vozes do cliente, já que estas vozes silenciadas podem expressar-se sob a forma de sintomas. Contudo, importa referir que, numa fase inicial, a emergência no plano consciente da voz problemática criará um conflito intrapsíquico (Honos-Webb, Stiles, Greenberg, & Goldman, 1998; Stiles et al., 1990) por colidir com a voz dominante que lhe é antagónica, impedindo a sua integração. O contacto entre estas vozes contraditórias resulta num conflito repetido, o qual irá gerar uma tensão conflituosa essencial para o progresso terapêutico (e.g., Honos-Webb et al., 2003; Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 1999b; Stiles, et al., 2004). Na verdade, a mudança não poderá ocorrer sem a geração de tensão, sendo este factor entendido como um indicador positivo da progressão terapêutica, o que leva Varvin e Stiles (1999) a afirmarem que os clientes se sentem pior antes de melhorarem. Todavia, não basta apenas que a voz problemática seja trazida para o plano consciente, sendo fundamental que a sua assimilação decorra num contexto de suporte terapêutico (Honos-Webb, Harrick, Stiles & Park, 2000; Osatuke et al., 2007; Stiles, 1999b). Nos casos de insucesso existe um evitamento por parte do cliente da emergência da voz não-dominante, protegendo-se do conflito intrapsíquico, isto é, impulsionador da mudança.

2.1.1. A importância da construção de pontes de significado

Neste enquadramento, o modelo de assimilação defende que se construam *pontes de significado* para que ocorra a necessária assimilação entre vozes antagónicas (Brinegar et al., 2006; Osatuke et al., 2005b). As pontes de significado são definidas como signos ou sistemas de signos (e.g., palavras, frases, atitudes ou narrativas) que possuem o mesmo significado para o autor e para a audiência e que fomentam a comunicação entre as vozes (problemática e dominantes) e o estabelecimento de relações entre elas. O aumento desta comunicação está relacionado com a adopção de uma linguagem comum, com uma compreensão mútua e com mecanismos de gestão subjacentes às posições das distintas vozes, o que, por seu turno, facilita a construção de pontes de significado entre si (Honos-Webb et al., 1999b). As múltiplas vozes podem representar a amplitude e flexibilidade de recursos ou fragmentação e dissociação, dependendo da força das pontes de significado entre as vozes, que são construídas por signos (Stiles, 1999a).

2.2. A narrativa no modelo de assimilação

Pontes de significado mais elaboradas e mais fortes promovem compreensão e empatia entre as diferentes vozes. As múltiplas ligações entre as vozes facilitam uma comunicação mais eficaz. Para Osatuke e colaboradores (2004) o conceito de pontes de significado de certo modo converge com o da narrativa, por funcionarem igualmente como uma *cola semiótica* (i.e. pelo uso de palavras e outros signos), que possibilita a articulação coerente das posições internas e impelindo o cliente para a posição de autoria no processo de construção de significado (Polkinghorne, 2004). O diálogo entre as vozes e a respectiva partilha das experiências de cada uma potencia a construção de uma nova narrativa que as representa, narrativa essa que é mais flexível e que retrata o *self* de modo mais integrador. As pontes de significado estabelecem ligações temporais entre o *self* passado e o presente, através da comunicação. Nesta linha convergente, se o processo de assimilação envolve construir pontes de significado entre as partes dispersas do *self*, cada narrativa representa uma assimilação das diversas experiências de pessoas, lugares e eventos que as constituem. Algumas narrativas funcionam melhor do que outras, contudo, a psicoterapia pode ser vista como reparação ou substituição de narrativas para que melhor se assimile as experiências problemáticas.

Por natureza, o ser humano possui uma motivação inata para evitar sentir dor, negando com frequência as experiências problemáticas que fomentam sofrimento e conflito, intrapsíquico ou interpessoal, familiar e social. De acordo com o modelo de assimilação, a natureza problemática da experiência é definida pelo seu contexto. O problema surge do conflito entre a experiência e outra coisa (a cultura, as necessidades dos outros, as próprias expectativas ou a nossa meta-narrativa). Osatuke e colaboradores (2004) consideram esta perspectiva como alternativa a uma visão patologizante: o problema é visto como uma falta de assimilação mútua e não como um déficit interno. Deste ponto de vista, a psicopatologia também pode ser vista como uma narrativa, uma tentativa problemática ou mal sucedida de integração.

Desta forma, o modelo de assimilação proposto por Stiles e colaboradores descreve um processo sequencial de mudança terapêutica, que envolve a assimilação das vozes problemáticas do cliente e o seu desenvolvimento ao longo da terapia. A assimilação é descrita como um processo de facilitação do diálogo entre elementos

diferenciados da identidade, resultando a mudança terapêutica da construção de pontes de significação entre vozes internas activas. Ao longo da progressão pelos diferentes estádios sequenciais que compõem a assimilação, o cliente reposiciona-se de um modo gradual: parte de uma concepção unitária do *self* e começa a experienciar a identidade como uma composição de múltiplas vozes activas. Não será apenas através do diálogo entre o cliente o terapeuta, mas também pelo diálogo entre as diversas vozes internas que a mudança ocorrerá (e.g., Leiman & Stiles, 2001). Assim, a assimilação fornece um enquadramento para compreender as experiências problemáticas e também descreve um processo pelo qual os problemas podem ser resolvidos.

2.3. A Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas

Na terapia bem sucedida, os traços de experiências problemáticas são assimilados para que se tornem parte integrante da pessoa. Este processo de assimilação inevitavelmente envolve um grau de acomodação (mudança) tanto dos traços problemáticos como das outras partes da pessoa (Stiles & Brinegar, 2007). Para investigar estes processos foi desenvolvida uma metodologia longitudinal, que permite analisar a forma como os clientes assimilam as experiências problemáticas. Para tal, Stiles e colaboradores (Stiles, 2002, 2005; Stiles et al., 1991) construíram a *Assimilation of Problematic Experiences Scale* (APES). A APES permite aos investigadores acompanhar o processo de assimilação gradual da voz problemática até que esta se torne um novo recurso para o cliente, isto é, ao longo de oito estádios desenvolvimentais, podendo analisar os diversos posicionamentos emocionais e cognitivos subjacentes ao processo de assimilação. Estes estádios correspondem assim a processos psicológicos de integração das experiências no *self*. Atendendo ao carácter desenvolvimental do modelo de assimilação, este possibilitar-nos-á analisar a construção de uma história mais coerente, integrativa, complexa e diversificada (Osatuke et al., 2004; Stiles et al., 1999). A APES permite-nos compreender a interação entre as vozes ao longo do tempo e assistir às diferentes versões da história que vão emergindo, bem como à sua respectiva transformação.

A APES encontra-se então sequenciada em oito estádios numerados de 0 a 7: (0) *supressão/dissociação* diz respeito ao silenciamento da voz não-dominante pela comunidade de vozes dominantes, não acarretando elevado sofrimento para o cliente; estas vozes representam traços de experiências que são discrepantes, estranhos, perturbadores ou traumáticos e por isso foram suprimidos ou dissociados; estes traços são mantidos separados por intensa emoção negativa (Stiles, et al., 2004); (1) *pensamentos indesejados/evitamento* refere-se ao evitamento activo da voz não-dominante, uma vez que provoca enorme desconforto por ser sentida como ameaçadora; esta voz problemática pode representar experiências traumáticas ou eventos dolorosos ou relacionamentos disfuncionais; quando a voz é reactivada pelas circunstâncias (i.e., quando algum evento a despoleta, situações que de algum modo se assemelham às experiências que formaram essa voz), quer falar, mas esta intrusão é experienciada como dolorosa e não desejada e a voz problemática pode ser rapidamente evitada; (2) *consciência vaga/emergência*, este estádio encontra-se simultaneamente associado a uma dor intensa e confusão pelo desequilíbrio causado pela emergência da voz não-dominante na consciência, a par da oposição da voz dominante, diferenciando-se da restante comunidade de vozes; (3) *formulação do problema/clarificação* envolve o confronto entre as vozes que emergem na consciência de modo nitidamente diferenciado, tornando o cliente capaz de “falar sobre” as distintas vozes, apesar do sofrimento que implica (cf. Brinegar et al., 2006); (4) *compreensão/insight*, este estádio caracteriza-se pela construção de pontes de significado entre as vozes, permitindo o diálogo entre elas e uma compreensão empática, nível que poderá ser acompanhado de sentimentos de surpresa; (5) *aplicação/trabalho sobre*, pressupõe a aplicação do *insight* na resolução do problema, de modo a que possa existir um afecto positivo pelo facto das vozes trabalharem em conjunto e de forma flexível; (6) *solução do problema* trata-se de um nível em que a voz não-dominante é transformada num recurso do cliente, podendo ser usada na resolução de problema; e (7) *domínio/mestria* é o estádio que representa, por excelência, a integração completa da voz problemática, tornando-se, por isso, o afecto neutro; neste sentido, as vozes são usadas de forma automática nas situações que poderão surgir.

O processo intrapessoal de assimilação é semelhante aos processos interpessoais: tomemos como exemplo um grupo que inicialmente exclui um novo membro, depois começam a comunicar e finalmente se resolvem as diferenças, levando à inclusão do

membro anteriormente rejeitado no grupo. Este novo membro pode agora interagir sem problemas com os outros e envolver-se numa acção coordenada (Osatuke et al., 2004).

Se procedermos a uma análise mais cuidada da APES, constatamos que as emoções variam sistematicamente ao longo dos estádios. Nos estádios iniciais, quando a voz problemática é evitada (0 e 1), o cliente pode experienciar um sofrimento transitório. Os sentimentos são mais negativos à medida que a voz problemática emerge no estádio 2; este estádio é, por vezes, marcado por momentos intensamente dolorosos, nos quais as experiências previamente evitadas são reconhecidas e confrontadas, o que favorece a progressão terapêutica. O sofrimento clínico é moderado à medida que o problema é nomeado e exposto (estádio 3). O nível emocional intensifica-se ao longo do estádio 3 até ao 5, acompanhando a clarificação do problema, a sua discussão, compreensão e aplicação. É importante sublinhar que até ao quinto estádio referimo-nos a sensações dolorosas, mas há um pico de emoções positivas no estádio 6, quando o problema é resolvido e as anteriores experiências problemáticas são reconhecidas como recursos. Quando o material é gradualmente assimilado e já não constitui uma preocupação, as emoções tornam-se neutras. Esta análise da experienciação emocional associada ao processo de assimilação poderá justificar o facto dos clientes recorrerem à terapia quando se encontram entre os estádios 1 e 3, provavelmente por ser neste espectro que os problemas causam maior sofrimento clínico (Stiles, Shankland, Wright & Field, 1997). Segundo o modelo, nos estádios iniciais de assimilação, os clientes estão propensos a experienciar emoções negativas cada vez mais intensas, intensificação essa que parece ser um precursor necessário para que o cliente se torne consciente da experiência problemática, formulando claramente o problema e chegar à sua compreensão em fases posteriores (Williams, Stiles & Shapiro, 1999). Deparamo-nos então com uma sequência não só de aspectos cognitivos, como também emocionais na APES. Estes estádios representam pontos num contínuo (Stiles et al., 1991), sendo que o objectivo terapêutico é direccionar os clientes de forma a poderem processar/assimilar emocionalmente as experiências que não foram possíveis assimilar no passado.

Stiles e colaboradores (1999) acrescentam que as narrativas que os clientes contam em psicoterapia podem desempenhar distintos papéis em estádios de assimilação diferentes. Nos estádios iniciais de assimilação (supressão e evitamento), os clientes podem utilizar as narrativas quer para exprimir de forma indirecta as experiências problemáticas, quer para se distanciar dessas experiências e assim evitar a

expressão directa do material problemático que provoca sofrimento psicológico. Mais tarde, os clientes podem utilizar as narrativas para expressar vozes ou experiências que ainda não estão inteiramente conscientes, mas que irão evoluir nesse sentido (vaga consciência/emergência). Poderão também recorrer à narrativa, posteriormente, para elaborar *insights* e estabelecer ligações com o novo material que entra no plano consciente (clarificação do problema/compreensão). Desta forma, conhecer o contexto em que a narrativa ocorre, bem como o nível de assimilação do material expresso, é fundamental para interpretar a função que a narrativa desempenha em psicoterapia. Ao compreender os distintos papéis que a narrativa pode desempenhar, os terapeutas ficarão mais capazes de facilitar a assimilação nos seus clientes.

Pelo facto do modelo de assimilação sugerir que psicologicamente os traços das experiências podem ser considerados como vozes internas intencionais o *insight* é compreendido como uma manifestação da formação de uma ponte de significado ou compreensão mútua entre a voz da experiência problemática e a ampla comunidade de vozes dentro da pessoa (Stiles & Brinegar, 2007), por isso explanaremos mais detalhadamente este estágio de assimilação.

O insight é um estágio intermédio no processo terapêutico desenvolvimental (estádio 4). Para este modelo de mudança, o trabalho em direcção ao *insight* passa inevitavelmente pela construção de pontes de significado, isto é, um signo ou um sistema de signos que tem o mesmo significado tanto para o autor como para a audiência, ou seja, o desenvolvimento de significados partilhados. As pontes de significado que constituem o *insight* terapêutico expressam ou caracterizam a experiência problemática, retratando um conjunto de signos que são aceitáveis e compreensíveis tanto para a voz problemática como para a voz dominante e que comporta conteúdos de compreensão partilhada. É uma expressão coerente que engloba adequadamente tanto os aspectos problemáticos como os não problemáticos. O facto de ser construída uma ponte de significado entre duas vozes internas, ao longo deste estágio, torna uma acessível à outra, pelo que a pessoa pode tomar a posição de cada lado da ponte conforme as circunstâncias. Teoricamente, o conteúdo do *insight* – a ponte de significado – integra as expressões da experiência problemática com expressões da experiência que era anteriormente problemática. Esta mútua visão ou formulação integradora – este chegar a acordo – mostra um possível percurso em direcção à acção conjunta que envolve estas partes opostas da pessoa, modificando o

afecto que passa de negativo para positivo. Este estágio parece então assumir um papel fundamental porque é precisamente pela mediação de signos que a psicoterapia transforma os problemas em recursos.

Apesar da aquisição de *insight* estar associada à redução de sofrimento psicológico, o processo desenvolvimental de assimilação não cessa aqui. A mudança intrapessoal representada pelo *insight* (a ponte de significado que liga uma voz inicialmente não aceite à comunidade de vozes dominante) leva à necessidade de muitas mudanças interpessoais na vida dos clientes. A compreensão atingida no estágio 4 é aplicada, modificada e elaborada em subsequentes estágios de assimilação durante a terapia bem sucedida.

A título de interesse, Goodridge e Hardy (2009) desenvolveram um estudo sobre *ganhos terapêuticos repentinos*, com cinco casos de terapia cognitiva para tratamento da depressão e os resultados foram claros em revelar que o *insight* e a compreensão da experiência problemática tinham sido atingidos na sessão precedente ao *ganho repentino*, implicando a transformação do afecto em positivo e um elevado envolvimento cognitivo. Esta investigação parece confirmar o valor do *insight* no processo de mudança e a importância de ser capaz de conectar situações, sentimentos, cognições e comportamentos na aquisição de *insight*. Também a investigação conduzida por Detert e colaboradores (2006) confirma que o estágio 4 é atingido em casos com sucesso terapêutico, mas nunca atingido em casos com insucesso terapêutico (cf. próximo tópico).

2.3.1. A assimilação do ponto de vista empírico

A *Análise da Assimilação* é um método qualitativo, em que temas terapêuticos importantes são estudados pela análise de transcrições de processos terapêuticos completos e extraíndo as passagens que se reportam a tópicos repetidos ou em que foram alcançados progressos (Stiles, Barkham, Shapiro & Firth-Cozens, 1992). No processo de análise, Honos-Webb, Lani e Stiles (1999a) afirmam que é necessário identificar marcadores dos estágios de assimilação que são tipos de eventos reconhecidos no discurso terapêutico que estão teórica e empiricamente ligados a esses

estádios. Para identificar marcadores, recolhem-se passagens de diferentes casos no mesmo nível de assimilação e são examinadas para se descobrir os seus denominadores comuns no processo de mudança para aquele estágio de assimilação em particular. Os marcadores podem ser extremamente úteis do ponto de vista clínico por sinalizarem o progresso terapêutico, bem como constituem ferramentas de análise para a investigação sobre o modelo de assimilação. Os autores referem a título de exemplo o marcador relacionado com o medo de perder o controlo no estágio 1, uma vez que existe um evitamento para reconhecer o conteúdo da voz problemática por implicar sofrimento psicológico e de o cliente ter de perder algum nível de controlo, tendo de partilhar o controlo com uma voz ameaçadora, desconhecida ou temida, destabilizando assim o *self*.

Este modelo ganhou relevo a partir da investigação qualitativa em psicoterapia, sendo que o grosso da pesquisa foi sob a forma da análise intensiva de estudos de caso (e.g., Honos-Webb et al., 1998; Knobloch, Endres, Stiles & Silberschatz, 2001; Stiles et al., 1991; Varvin & Stiles, 1999). Contudo, também existiu investigação quantitativa do modelo (Detert et al., 2006; Field, Barkham, Shapiro & Stiles, 1994; Stiles et al., 1992; Stiles et al., 1997), o que confirma a robustez do modelo. Estes estudos colectivamente evidenciam que a voz problemática tende a evoluir através de estádios, em que os mais avançados se relacionam com melhores resultados terapêuticos (Otasuke et al., 2004). Na verdade, diversas investigações qualitativas e quantitativas mostram a aplicabilidade da APES no estudo do processo de mudança terapêutica, apontando para distintos padrões evolutivos entre os casos de sucesso e os de insucesso. De modo sistemático, as pesquisas têm corroborado a associação entre o sucesso terapêutico e a progressão para estádios elevados da APES, isto é, com a assimilação da voz problemática (e.g., Brinegar, Salvi & Stiles, 2008; Field et al., 1994; Honos-Webb et al., 1998, 1999b, 2003; Stiles, 2006; Stiles et al., 1991, 1992, 2004). Adicionalmente, os casos de insucesso parecem progredir apenas até aos estádios iniciais de assimilação (até ao estágio de assimilação 3; e.g., Caro, 2006; Detert et al., 2006), enquanto os de sucesso parecem atingir estádios de assimilação superiores (estádio de assimilação 4 e superiores) (cf. Honos-Webb et al., 1998; Stiles, 2006). Assim, no decurso das terapias bem sucedidas, as vozes problemáticas emergem, são reconhecidas e nomeadas, confrontadas e envolvidas na comunidade, procurando compreensão mútua e estas compreensões são aplicadas no quotidiano.

A constelação dialógica do *self* pressupõe olhar para as distintas vozes de modo interdependente, já que a assimilação de uma das vozes se irá repercutir no processo de assimilação das restantes. De facto, vários estudos têm demonstrado uma progressão paralela que potencia a mudança nos casos de sucesso, existindo no final da terapia uma maior convergência, coerência e relacionamento entre os temas das vozes problemáticas (e.g., Brinegar et al., 2008; Caro, 2009; Honos-Webb et al., 1998, 1999b; Knobloch et al., 2001), ao invés do que sucede nos casos de insucesso terapêutico (e.g., Detert et al., 2006; Honos-Webb et al., 1998).

Curioso é também o estudo de Osatuke e Stiles (2006) que se debruça no modo como as vozes não assimiladas aparecem no registo clínico, aplicando o modelo de assimilação a clientes com perturbações dissociativas ou borderline. Para uma compreensão clínica deste registo tão peculiar de vozes, os autores introduzem a noção de *subcomunidade de vozes*, ou seja, constelações de vozes que parecem não ser assimiladas pelas outras - isto porque os conjuntos de traços experienciais mantêm-se separados uns dos outros - não permitindo a sua coexistência na consciência da pessoa por serem mutuamente incompatíveis. As subcomunidades de vozes estão separadas da parte remanescente do *self*, expressando distintas perspectivas sobre o *self*, os outros e o mundo. São internamente elaboradas, englobando traços experienciais interligados. Osatuke e Stiles estendem assim o modelo de assimilação a patologias mais severas, propondo que, apesar de cada subcomunidade de vozes poder ter vozes não assimiladas, para os clientes com perturbações de personalidade borderline as desconexas subcomunidades definem-se como problemáticas.

Do ponto de vista do conteúdo narrativo expresso nas sessões terapêuticas, Stiles e colaboradores (1999) constataram que nos estádios iniciais (até ao estádio 1) a experiência problemática é narrada de modo indirecto pelo cliente, alimentando assim a distância em relação ao problema e ao subsequente sofrimento clínico. É no estádio de assimilação 2 que o cliente oscila na expressão narrativa de diferentes vozes, apesar de não se encontrarem assimiladas. Relativamente à clara identificação do problema, à construção de *insights* e à criação de elos entre os distintos materiais (estádios de assimilação 3 e 4) a narrativa parece assumir uma função central por ter o potencial transformador de modificar a narrativa problemática. É importante referir que nesta fase terapêutica a narrativa estabelece ligações entre a comunidade de vozes dominante e a voz problemática, daí que não seja de todo despropositado afirmar que o *insight* é considerado um ponto de viragem para o afecto positivo (Brinegar et al., 2006). Estas

pontes possibilitam a progressão na sequência de estádios (estádios de assimilação 5, 6 e 7), ocorrendo a aplicação mais ampla das novas compreensões e a utilização da experiência problemática como um recurso. Stiles e colaboradores hipotetizam que nos últimos estádios a narrativa sirva para mostrar os ganhos terapêuticos, podendo o próprio cliente observar as mudanças ocorridas (Stiles et al., 1999).

Ao contrário da hipótese inicial de Stiles e colaboradores (Stiles et al., 1990, 1991) relativa à existência de um padrão desenvolvimental regular e sistemático, a progressão ao longo dos estádios da APES é irregular, principalmente nos casos de sucesso (e.g., Caro, 2006; Detert et al., 2006; Knobloch et al., 2001; Leiman & Stiles, 2001). Tal facto poder-se-á dever, por exemplo, à emergência de novos temas durante a terapia, com diferentes níveis de assimilação, ocorrendo vários ciclos de assimilação das distintas vozes problemáticas no decurso do processo terapêutico. Por seu turno, Leiman e Stiles (2001) sustentam-se no conceito de zona de desenvolvimento proximal de Vygotsky (1978) ao apresentarem uma outra explicação desta irregularidade do sucesso terapêutico. Segundo os autores, o trabalho terapêutico é desenvolvido nos estádios de assimilação próximos ao actual, o mesmo será dizer, na zona de desenvolvimento proximal terapêutica, sendo que o terapeuta incentiva o cliente a assimilar outras vozes, o que poderá implicar um retrocesso para estádios de assimilação anteriores. Leiman e Stiles propõem que, no sucesso terapêutico, este incentivo à assimilação de outras vozes é ampliado, estendendo a zona de desenvolvimento proximal terapêutica, uma vez que o terapia desafia as capacidades de generalização dos processos de assimilação a diferentes temas, o que poderá resultar numa progressão irregular ao longo dos estádios. Não obstante, o facto do cliente regredir implica revisitar estádios já ultrapassados, o que poderá auxiliar a consolidação e generalização das aprendizagens efectuadas (Honos-Webb et al., 1999b).

É deveras interessante o estudo de Osatuke et al. (2005a) por recorrerem ao modelo de assimilação da mudança terapêutica para compararem os processos de mudança e padrões de melhoria em dois casos de sucesso, um de abordagem centrada no cliente e outro de intervenção cognitivo-comportamental. Os resultados revelaram que o último grau de assimilação e de melhoria sintomática foram semelhantes. Porém, constataram-se diferenças qualitativas: a cliente da abordagem rogeriana resolveu o seu conflito entre os modos incompatíveis de se relacionar – assimilou a sua experiência problemática da necessidade de atenção e cuidado na sua experiência dominante como

cuidadora altruísta; já a cliente submetida a terapia cognitivo-comportamental integrou as suas escolhas comportamentais conflituosas – esforçar-se arduamente por executar as tarefas no escritório, *versus* relaxar, divertir-se e negligenciar as suas obrigações. Os autores defendem que, de algum modo, os padrões contrastantes de interação entre as vozes dos clientes parecem-se com as interações interpessoais terapêuticas, como se os clientes assumissem as vozes dos terapeutas. A cliente da abordagem centrada no cliente parece ter internalizado as condições rogerianas (aceitação positiva incondicional em relação a uma voz anterior problemática), enquanto a cliente oriunda da intervenção cognitivo-comportamental aprendeu uma abordagem pragmática de lidar com os seus dilemas psicológicos. As diferenças qualitativas nestes casos de sucesso terapêutico apontam para mais do que uma forma de estar psicologicamente saudável.

Um caso de sucesso de terapia focada nas emoções, nomeadamente o caso Lisa, também foi examinado através do modelo de assimilação para perceber as mudanças ocorridas na cliente. À semelhança do sucedido nos anteriores casos mencionados, a cliente fez significativos progressos assimilando duas vozes distintas mas relacionadas, no contínuo desenvolvimental da sequência de estádios da APES. Importa sublinhar que a visão de mudança do modelo de assimilação parece convergir com a visão da terapia focada nas emoções, sendo os clientes incentivados a promover o diálogo entre as diferentes partes do *self*, por recurso à técnica da cadeira vazia ou das duas cadeiras. Todavia, as vozes foram identificadas e analisadas noutros tipos de intervenções terapêuticas, como a terapia centrada no cliente, terapia cognitivo-comportamental, ou terapia linguística de avaliação (Brinegar et al., 2008).

Stiles (2005) remata com o pressuposto de que a APES está em contínua evolução, não existindo uma versão final ou oficial dos seus estádios. A APES funciona como repositório de uma crescente compreensão teórica da sequência desenvolvimental. Cada novo estudo elabora ou adiciona algo à teoria e, quando adequado, estas adições ou modificações são integradas nas várias versões da APES, fomentando-se um processo contínuo de diferenciação, bem como a sua aplicação a novas áreas. É importante frisar que, tal como a maioria das investigações qualitativas referentes a processos humanos, a pesquisa em torno da assimilação faz uso da empatia numa tentativa de compreender as *nuances* dos sentimentos dos participantes naquele momento.

3. O modelo de processamento narrativo

O modelo de processamento narrativo (Angus et al., 1999) tem como subjacente as bases do constructivismo dialéctico, sustentando-se no pressuposto de que o sentido de *self* resulta da organização da experiência interna numa narrativa coerente. O *self* é visto como um multiprocesso, uma organização multinível que emerge da interacção dialéctica entre a experiência e processos reflexivos de níveis superiores com o intuito de interpretar, ordenar e explicar os processos experienciais. Nesta visão, afectivamente caracterizada, os processos pré-verbais e pré-conscientes são entendidos como a maior fonte de experiência do *self*.

O modelo de processamento narrativo (Angus et al., 1999) vê a expressão narrativa como resultado da interacção dialéctica entre memória autobiográfica, emoções e processos reflexivos de construção de significado. Para este modelo, a relevância das emoções só pode ser entendida quando organizadas dentro de uma estrutura narrativa que identifica o que é sentido, em relação a quem e a que assunto/situação. Trata-se de um modelo transteórico desenvolvido para a exploração empírica de estratégias de processamento narrativo pelo cliente e pelo terapeuta na facilitação da mudança do *self* durante a sessão terapêutica.

3.1.O relevo da narrativa e dos processos emocionais na construção de significado

Em sintonia com a perspectiva constructivista dialéctica da mudança terapêutica experiencial, enfatiza-se a *agência* do cliente, a capacidade de reflexão e construção de significado, bem como a importância dos esquemas emocionais e processamento emocional para facilitar mudanças de segunda ordem ou mudanças na identidade. Isto ao abrigo da natureza co-constructiva do diálogo entre cliente e terapeuta, acrescentando que a expressão narrativa e a revelação de memórias pessoais salientes são fundamentais para o início de experiências de mudança em terapia. Desta forma, Angus e colaboradores (2004) defendem que a revelação de narrativas pessoais de elevada

carga emocional por parte do cliente é fundamental para a emergência de respostas emocionais nas sessões terapêuticas e contribui para a concretização de novos significados. Tais pressupostos assentam nos postulados de Damásio (1999) que defendem que a consciência humana surge da criação de registos narrativos tácitos e manifesta-se no sentir e no saber. Assim, é fundamental que a narrativa e os processos emocionais, integrem os níveis tácitos da experiência, para a criação de um senso de experiência emocionalmente sentida. Além disso, a partilha de memórias pessoais emocionalmente significativas é central para a construção de contextos partilhados de significados e de compreensão empática entre cliente e terapeuta e para o desenvolvimento de um forte relacionamento entre estes.

Numa perspectiva construtivista-dialéctica da consciência do *self* e da construção de significado humano são identificadas quatro fases dedicadas à narrativa e aos processos emocionais. A primeira, designadamente a síntese das sensações corporais, envolve uma rápida síntese das respostas afectivas, das sensações e cenas narrativas tácitas, para criar sensações corporais internas ou um sentido de sensação interna. Os esquemas emocionais são estados de sensações complexas que se baseiam nas experiências emocionais passadas, contextualizadas num enquadramento narrativo, e frequentemente representadas como memórias autobiográficas salientes, tendo, por isso, uma natureza idiossincrática. Estas sensações emergem da ocorrência repetida de resultados emocionais específicos, ligados a interacções pessoais implícitas ou explícitas ou narrativas que compõem a história da experiência emocional vivida. Assim, os esquemas emocionais organizados em memórias guiam as avaliações dos seres humanos e servem de diagramas para activação fisiológica e de acção.

Na sequência do processamento experiencial, segue-se a simbolização. A segunda fase envolve a fixação dos recursos atencionais para as sensações corporalmente sentidas com o intuito de simbolizar, reflexivamente diferenciar e nomear o sentimento para criar uma realidade subjectiva conhecida. A simbolização reflexiva ocorre, então, no contexto das cenas narrativas tácitas e resulta da nomeação da sintetização das sensações que, de forma implícita, foram corporalmente sentidas. Os significados tácitos, pré-conceptuais carregam implicações que actuam no sentido de restringir mas não determinar na totalidade a construção de significados pessoais. Os significados sentidos devem ser sintetizados com os significados conceptuais explícitos

para formar uma descrição narrativa dos eventos pessoais (Greenberg & Pascual-Leone, 1995).

A experiência consciente emerge de uma dança dialéctica, na qual existe um movimento entre a atenção a uma sensação corporal interna e a respectiva diferenciação reflexiva, bem como a nomeação da sensação sentida enquadrada num determinado contexto narrativo. A activação de experiências corporalmente sentidas e de respostas emocionais não é o único elemento central para a mudança terapêutica; as respostas emocionais têm de ser acompanhadas por reflexão por parte do cliente, elaboração e transformação do significado pessoal em torno do evento emocional. Tal revela a importância do processamento emocional e da capacidade de reflexão para resultados de sucesso em terapia.

A terceira fase, articulação de novos significados, implica a articulação consciente do novo significado em relação às experiências do *self* e dos outros. Nesta fase, é fornecida uma explicação causal consciente das emoções experienciadas num formato narrativo. A organização narrativa da experiência emocional permite à pessoa articular coerentemente e partilhar as suas experiências pessoais com os outros, aumentando as possibilidades de receber suporte destes quando for necessário. Em psicoterapia, os terapeutas reconhecem tacitamente a importância dos sistemas emocionais e reflexivos e activamente facilitam as mudanças no cliente ao nível do processamento das experiências emocionais. Deste modo, promove-se uma reflexão mais completa que visa a construção de significados, fomentando a consciência das suas próprias experiências emocionais.

No processo de articular e reflectir sobre as experiências de vida em psicoterapia, as narrativas pessoais tornam-se mais profundas – fundidas com significado e significância emocional – e mais extensas – com um registo mais amplo de informação. Assim, as histórias pessoais tornam-se significativas e plenas de significado. Da fase 1 para a fase 3 direcciona-se a interrelação das emoções e dos processos narrativos no contexto do processamento de eventos de vida individuais ou micronarrativas. Nestas fases não são apenas as emoções que são colocadas num formato narrativo, mas é atribuído significado às narrativas ao fundi-las com as emoções.

A construção da identidade narrativa constitui a última fase e envolve a consolidação de uma identidade narrativa. Isto ocorre pela (a) integração da nova narrativa e significados pessoais em visões pré-existentes do *self* e dos outros ou (b) pelo início de uma reorganização radical da narrativa do *self* e articulação de novas visões emocionalmente significativas sobre a compreensão do *self*. Esta fase final direcciona o papel das emoções e dos processos narrativos ao nível da construção da identidade do *self* ou mudança macronarrativa. Greenberg e Angus (2004) afirmam que cada uma destas fases fornece diferentes oportunidades para intervenção terapêutica.

Convém sublinhar que existe um crescente consenso entre os investigadores da área psicoterapêutica (Greenberg et al., 1993; Greenberg & Safran, 1989; Mahoney, 1998; Pennebaker, 1995) ao nível do reconhecimento da importância da revelação emocional para a criação de novos sentidos do *self* e do mundo (Greenberg & Pascual-Leone, 1995) e de mudanças da macronarrativa.

3.2. A construção identitária na perspectiva do modelo do processamento narrativo

As formas de mudança psicoterapêutica envolvem a articulação, elaboração e transformação da história de vida do cliente (Angus & Hardtke, 1994; Angus, Hardtke & Levitt, 1996; Angus et al., 1999). A identidade pessoal é construída a partir de uma integração coerente de narrativas pessoais emocionalmente salientes, que representam explícita ou implicitamente as crenças centrais sobre o *self*, os outros e o mundo. As narrativas e as memórias pessoais parecem conectar-se através da tonalidade emocional da narrativa. Assim, os temas emocionais implícitos e as memórias pessoais tornam-se as lentes pelas quais classificamos, contamos histórias e construímos significado das nossas novas experiências interpessoais, pelo que a mudança terapêutica englobará um processo de mudanças dialécticas entre contar histórias (modo narrativo externo), a diferenciação emocional (modo narrativo interno) e os modos reflexivos de construção de significado.

O modo narrativo externo do modelo de processamento terapêutico direcciona a questão “O que aconteceu?” (Angus & Hardtke, 1994). Assim, os clientes são

solicitados a lembrarem-se e a articularem o passado real ou imaginado, ou eventos recentes para preencher eventuais lacunas que possam existir na narrativa. As sequências externas podem englobar a descrição de um evento específico, a descrição generalizada de eventos similares, ou um conjunto de eventos específicos (Angus et al., 1996), proporcionando ao cliente a possibilidade de se envolver no acto de contar histórias, para criar uma imagem visualmente rica que pode ser descrita ao terapeuta (Angus et al., 1999).

Quanto às sequências narrativas internas, Angus e colaboradores (1999) defendem que os clientes têm que se envolver integralmente nas experiências vividas de modo a trazer para o plano consciente a totalidade de sentimentos e de emoções tácitas para as poder articular. Para o efeito, cliente e terapeuta descrevem e exploram detalhadamente as emoções associadas aos eventos, já que o modo de processamento narrativo interno está associado à descrição e à elaboração de sentimentos subjectivos, reacções, emoções ligadas ao evento e dirige a questão “o que foi sentido?” durante o evento, bem como o que foi sentido durante a sessão terapêutica relativamente ao evento. A principal função das sequências narrativas internas é permitir partilhar com o terapeuta a reexperiência de emoções e sentimentos associados a um evento específico (modo externo) e de articular os novos sentimentos e emoções que emergem durante a sessão terapêutica.

Por último, o objectivo final da terapia bem sucedida implica a análise reflexiva de experiências articuladas, que frequentemente leva à construção de novos significados e perspectivas sobre as situações, resultando numa narrativa reconstruída. Esta narrativa reconstruída pode suportar ou desafiar as crenças implícitas sobre o *self* e os outros que contribuem para a história de vida do cliente ou macronarrativa (Hardtke, 1996). O modo reflexivo narrativo representa este processo terapêutico, pelo que direcciona a questão “o que é que isto significa?” em relação ao que aconteceu ou ao que foi sentido durante o evento.

Desta forma, cada modo de processamento narrativo tem um objectivo terapêutico específico, nomeadamente: (a) auxiliar os clientes a preencher as lacunas do relativas ao evento, ajudando a compreendê-lo; (b) permitir que os clientes “revivam” o evento e o articulem melhor; e (c) ajudar o cliente a formar novas compreensões sobre o *self* e os outros. Em conjunto, estes três modos narrativos de reflexão são vitais e

contribuem para o desenvolvimento de narrativas pessoais mais coerentes, emocionalmente diferenciadas, que fornecem ao indivíduo uma maior compreensão de si próprio e das suas reacções em relação os outros. Na verdade, são tidos como componentes essenciais de um modo único de construção de significado humano, que constrói, mantém e, quando necessário, revê o nosso sentido de *self* no mundo. Utilizando a terminologia de Bruner (1990), é o processamento reflexivo das emoções, das crenças, das esperanças, das necessidades, dos motivos, das intenções e dos objectivos (panorama da consciência) – e sua inclusão nos eventos da história do problema ou narrativas (panorama da acção) – que possibilita que a experiência seja completamente compreendida e aceite como parte da história de vida. Desta integração única resulta a construção de um registo coerente narrativo das nossas experiências.

3.3. O Sistema de Codificação do Processamento Narrativo

Para conduzir uma investigação empírica dos processos narrativos em psicoterapia, foi desenvolvido um método sistemático que visa identificar os parâmetros discursivos associados aos modos de processamento narrativo, independentemente do tipo de intervenção terapêutica (Angus & Hardtke, 1994; Angus et al., 1999). O Sistema de Codificação do Processamento Narrativo (NPCS) e o manual revisto (Angus et al., 1996) desenvolveu-se a partir dos modos de processamento narrativo e foi designado para aplicação em transcrições de psicoterapia, revelando validade de constructo e bons níveis de acordo inter-codificadores nos estudos em que foi utilizado. Na verdade, têm sido realizados vários estudos sobre processos e resultados terapêuticos (Goldman & Greenberg, 2005; Greenberg & Angus, 1995; Greenberg & Toukmanian, 1999; Hardtke & Angus, 2004; Levitt & Angus, 2000) no *York Psychotherapy Research Center*, com o intuito de explorar as inter-relações entre o processo de contar histórias e os processos emocionais em terapia centrada no cliente e em terapia experiencial.

O NPCS possibilita ao investigador não só subdividir de forma fidedigna e caracterizar as transcrições das sessões terapêuticas em tópicos de segmentos de acordo com as mudanças de conteúdo no diálogo verbal, como também caracterizar esses tópicos de segmentos em termos de um dos três tipos de modos de processamento

narrativo. O NPCS fornece um método empírico para identificar a ocorrência de três modos de processamento narrativo, assim como as mudanças entre esses modos, à medida que estas ocorrem ao longo do tempo e durante as sessões terapêuticas.

Os dados da investigação de Angus e colaboradores (1996) mostram que a mudança nos clientes (no sentido da construção de uma identidade pessoal coerente e relacional mais diferenciada) pode estar associada a uma progressiva diferenciação do processo narrativo para elementos internos mais complexos (e.g., referência a estados emocionais, maior saliência e diferenciação de reacções afectivas) e mais reflexivos (interpretação, significado, compreensão de todos os aspectos da experiência, novas perspectivas acerca de si e dos outros).

Refira-se também o estudo de Levitt, Korman e Angus (2000) sobre a análise das metáforas no tratamento da depressão, em que parece existir uma transformação ao longo da terapia das metáforas utilizadas para caracterizar os estados depressivos nos casos de sucesso, associado a um maior recurso das sequências narrativas internas na exploração das expressões metafóricas, comparativamente com os casos de insucesso terapêutico. Mais ainda, as análises intensivas de processamento narrativo indicam que a sintonia do terapeuta em relação às narrativas de memórias autobiográficas do cliente cumpre duas funções centrais no relacionamento da terapia bem sucedida, designadamente: o desenvolvimento de uma aliança terapêutica forte e a evocação e diferenciação de processos emocionais para a articulação de novos significados e perspectivas do *self*.

Com base no exposto, o terapeuta deverá promover activamente o processamento das mudanças em direcção à diferenciação e à elaboração das experiências emocionais, isto é, modo narrativo interno, convidando o cliente a mudar de modos narrativos externos para modos narrativos internos e reflexivos para posterior elaboração do panorama da consciência e assim facilitar a construção de significado emocional. A análise intensiva de Lewin (2001) direcciona-nos nesse sentido: os casos de sucesso caracterizaram-se por percentagens de mudança superiores (30%) relativas aos modos narrativos internos e reflexivos, comparativamente com os casos de insucesso que revelaram mudanças menores destes modos de processamento narrativo (17%). Lewin também constatou que, nos casos de insucesso, os clientes iniciavam mais mudanças de narrativas internas para externas do que os clientes dos casos de sucesso terapêutico.

Sustentados no trabalho com terapia experiencial/humanista para a depressão com recurso ao NPCS, os autores defendem que, independentemente do resultado terapêutico, os clientes tendem a priorizar mudanças na narração de histórias pessoais. Já a perspectiva dos terapeutas parece centrar-se nas emoções e nos modos de construção de significado, solicitando aos clientes para se focarem nestas dimensões (Angus et al., 1999; Hardtke, 1996; Lewin, 2001). Contar histórias e construir novas compreensões do *self* em acção e dos eventos de vida parece ser para o cliente uma tarefa particularmente importante no processo terapêutico.

Angus e Hardtke (2007) exploraram intensivamente a relação entre a mudança narrativa e o desenvolvimento da capacidade de *insight* no contexto de um caso de sucesso de terapia centrada no cliente do *York I Depression Study*, recorrendo para tal ao modelo de processamento narrativo. Neste caso em particular, parece ter sido a consciência reflexiva da cliente (modo narrativo reflexivo) do seu estado emocional (modo narrativo interno), pautado por intensa angústia, no contexto de uma memória narrativa específica (modo narrativo externo) que estabeleceu as condições para a emergência de uma nova compreensão das intenções e acções dos outros. Este novo *insight* promoveu descobertas adicionais sobre as suas necessidades emocionais e dos papéis que desempenha, potenciando um sentido de agência num novo enquadramento narrativo coerente.

Neste sentido, Angus e colaboradores (2004) postulam que a expressão emocional é um marcador chave, não sendo, porém, apenas necessária a activação dos esquemas emocionais, mas também o envolvimento reflexivo do cliente num movimento em direcção à elaboração de significados pessoais ligados a eventos emocionalmente significativos que é crucial para a ocorrência da mudança terapêutica. Na verdade, Greenberg e Angus (2004) defendem que o significado de uma emoção só é completamente compreendido quando organizado num enquadramento de sequência narrativa que identifica o que foi sentido, sobre quem, e em relação a que assunto. Assim, parece que tanto na psicologia como na vida, todas as emoções significativas estão incluídas em histórias significativas e que estas oscilam em torno de temas emocionais importantes.

3.4. A Narrative Assessment Interview: um instrumento de avaliação da mudança no self

Intrigados com a questão de como os clientes se vêem depois de terem atingido ganhos terapêuticos significativos e, correspondentemente, o grau em que esta mudança está espelhada nas histórias que geram para se descreverem pós-terapia, Hardtke e Angus (1998) desenvolveram a Narrative Assessment Interview (NAI), um breve protocolo de entrevista semi-estruturada desenhada para ser administrada pré e pós-terapia, e/ou em vários outros momentos pós-tratamento, para explorar e avaliar a mudança na história do *self* do cliente em psicoterapia. A NAI é um breve protocolo de entrevista semi-estruturada para ser preenchido após a primeira sessão terapêutica, pós-terapia e durante períodos de *follow-up*. O procedimento de recolha de dados consiste num processo de 3 fases, sendo que as duas primeiras ocorrem antes do início da terapia. Tratam-se de duas fases distintas, em que a primeira implica completar e gravar em áudio uma entrevista semi-estruturada e a segunda elaborar um resumo escrito da entrevista. Na terceira fase, o cliente é solicitado a responder a uma entrevista pós-terapia, que inclui a reflexão do cliente sobre a NAI pré-terapia. O formato aberto da entrevista promove a exploração da visão do cliente sobre aspectos do *self* no formato narrativo.

4. A metacognição na organização narrativa

O acto de contar histórias é uma operação central do funcionamento mental humano, que possui inúmeras funções. Uma boa história deve ter uma consistência espaço-temporal, fazer referências explícitas aos estados internos, incluir uma clara definição de um problema, ser interpessoalmente relevante, ser tematicamente coerente, fornecer conhecimento do que é relevante, integrar estados internos e traduzir estados somáticos e as emoções sentidas em temas coerentes significativos. O efeito de uma boa narrativa é integrar a experiência corporal, a construção de significados e as relações interpessoais (Dimaggio & Semerari, 2001).

Dimaggio e colaboradores (2003b) defendem que são as narrativas que guiam as acções das pessoas, retratando as suas relações com os outros, contendo representações acerca do *self*, dos outros e do mundo, bem como das várias personagens que compõem o *self*. Nas narrativas, as várias personagens, cada uma numa posição independente de autoria, negociam o significado dos eventos.

Em consonância com o modelo de processamento narrativo atrás explanado, Dimaggio e Semerari (2004) enfatizam a importância da integração da experiência corporal nas narrativas, ou seja, a inclusão de estados internos somáticos e emoções associadas aos temas significativos. Para os autores é fundamental atender às alterações estruturais nas narrativas dos pacientes, realçando que o sofrimento clínico dos pacientes pode ser visível não só ao nível da matéria subjectiva do seu discurso, mas também pela forma como este se organiza e é integrado no conjunto. Segundo Dimaggio e Semerari, as narrativas funcionam como mapas do mundo; se este mapa é inadequado, pobre, instável, ou caótico, os pacientes sentem-se paralisados e não revelam os seus problemas. Por outro lado, estas narrativas e os estilos relacionais prejudicam as suas vidas, piorando os sintomas, o que dificulta a capacidade de pedir ajuda. De uma maneira geral, as narrativas dos pacientes são pobres ao nível do conteúdo. Além disso, as narrativas poderão também ser caracterizadas como desorganizadas.

Dimaggio (2006) defende que as narrativas do *self* que são usadas para atribuir significado às experiências individuais devem ter um certo grau de clareza e de consistência, se o seu objectivo é promover a adaptação e serem eficazes na orientação dos comportamentos. Aliás, Salvatore et al. (2006) postulam que a forma como os pacientes contam as suas histórias aos terapeutas tem um impacto na intervenção. As histórias contêm as emoções e os eventos que as geraram, os seus objectivos e os comportamentos que adoptaram para os concretizar, entre outros elementos, num discurso mais ou menos coerente. Não obstante, alguns pacientes possuem dificuldades nesta organização narrativa, o que, por definição as torna desorganizadas. Poderão existir situações em que ocorra activação emocional, sem se conhecerem as causas, ou os pacientes mudarem de um tema para outro sem qualquer ligação aparente, ou ainda sobreporem temas e sobrecarregarem o ouvinte, sem que este perceba qual é o tema principal. Vários investigadores constataram que os pacientes com psicoses, perturbações de personalidade ou vítimas de traumas severos habitualmente não são

capazes de integrar de modo coerente histórias bem organizadas. Neste contexto, o terapeuta depara-se com uma rápida e confusa interligação entre os tópicos que torna os conteúdos narrativos incompreensíveis. Como tal, a intervenção terapêutica deve não só promover a criação de novos significados ou construir formas alternativas mais viáveis, bem como *organizar* de modo adequado a própria narrativa, o que pressupõe alterações quer no conteúdo das histórias, como na sua forma.

Dimaggio e colaboradores (2003b) acrescentam que poderão existir narrativas empobrecidas, estando muitos elementos ausentes, como por exemplo a descrição do estado interno do narrador, o ponto de vista dos outros, do cenário da acção e do que sucede entre as personagens, concentrando-se repetidamente num ou em escassos temas. Assim, os pacientes que narram desta forma enfrentarão algumas dificuldades no que concerne às suas acções no mundo. Do mesmo modo, o terapeuta terá dificuldades na compreensão do problema e no subsequente trabalho terapêutico, o que tornará a terapia mais longa ou até inviável. Neste tipo de casos, para que haja eficácia terapêutica é imprescindível que o terapeuta estimule mentalmente o mundo em que o paciente habita, enriquecendo as suas elaborações narrativas.

4.1. (Des)organização narrativa

Uma narrativa organizada enquadra-se contextualmente, descreve de modo adequado o estado interno do indivíduo, bem como as interacções de modo articulado, fornecendo uma descrição fidedigna ou está receptiva a potenciais provas baseadas na experiência, da intenção do outro e da interacção que está a ser criada. Para continuar com o estatuto de narrativa organizada, mantém-se separada das outras narrativas, distinguindo-se correctamente ao nível da esfera mental, podendo assumir a representação de um sonho, de produto da imaginação ou de uma ocorrência actual. Adicionalmente, permite a descrição do diálogo interno entre as personagens, tornando a relação entre estas compreensível (Hermans, 1996; Hermans & Kempen, 1993) e que cada aspecto do *self* tenha uma voz distinta. É esta relação entre as distintas personagens que torna a narrativa igualmente compreensível para o ouvinte. Para Dimaggio e Semerari (2001), se estes critérios não estiverem preenchidos, estaremos no campo das

narrativas desorganizadas. Acrescentam que é possível usar estes critérios como guia no campo da investigação e também no âmbito do processo terapêutico.

Dimaggio e Semerari (2004) argumentam que grande parte dos pacientes que acompanham em contexto psicoterapêutico relatam histórias que são confusas, desordenadas e incompreensíveis, caracterizadas por pensamentos e temas emocionais misturados sem nenhum sentido aparente. Os pacientes podem fornecer descrições do mesmo personagem que são ao mesmo tempo intensas e o seu oposto e mutuamente incompatíveis, ou podem abrir um número infinito de parênteses sem nunca os fechar, enquanto centenas de personagens entram em cena, competindo uns contra os outros (Dimaggio & Semerari, 2001; Salvatore et al., 2006).

No modelo de mudança proposto por Dimaggio e Semerari (2004) é notória a adoção da perspectiva do *self* como multifacetado (Horowitz, 1987; Markus & Nurius, 1986), na qual uma série de personagens ou vozes dão corpo aos diferentes aspectos da personalidade (Hermans, 1997, 2001a, 2001b; McAdams, 1995; Stiles, 1999a; Stiles et al., 2004). Ao ver os pacientes como multifacetados, os clínicos deverão prestar atenção às mudanças que ocorrem no decurso da terapia entre as facetas, o que facilitará a emergência de aspectos não visíveis, bem como o diálogo entre as partes que anteriormente não estavam em contacto (Dimaggio & Stiles, 2007). Neste enquadramento, o problema não é apenas a presença de determinados personagens mas também a aglomeração de uma multiplicidade de vozes, lutando para serem ouvidas, competindo umas com as outras (Lysaker & Lysaker, 2001) e submetendo as audiências a uma narração ininteligível. Trata-se de um cenário caótico, em que inúmeras vozes se amontoam e centenas de fragmentos de diferentes histórias estão misturadas, num registo emocional bastante intenso.

Dimaggio e Semerari (2001) especificam duas outras formas de desorganização nas narrativas: (a) défices ao nível da integração que estão presentes quando existe inconsistência entre o significado do texto a ser comunicado, o tipo de activação física experienciada, expressões faciais e a postura; e (b) sobreprodução de narrativas com défices organizacionais hierárquicos, podendo centenas de histórias e de personagens estar interligados, afogando-se uns nos outros, com o narrador incapaz de decidir qual é o tema principal, onde é que a história acaba e que cenário é que o paciente gostaria de partilhar.

Independentemente da forma de desorganização narrativa, Dimaggio e Semerari (2004) sublinham a importância de competências metacognitivas adequadas, que nos permitem raciocinar em termos de intencionalidade, identificar os nossos estados mentais e dos outros e atingir uma adequada mestria/domínio de qualquer estado mental problemático (Flaverl, Miller & Miller, 1993; Semerari, 1999; Semerari et al., 2003a; Wells & Purdon, 1999). Assim, o tratamento bem sucedido de narrativas desorganizadas envolve ajudar os pacientes a manter cursos de acção que são consistentes com os seus objectivos a longo prazo para que estes possam direccionar as suas vidas num percurso estável. Tal pressupõe que o paciente desenvolva a capacidade de representar o seu próprio estado mental num determinado cenário narrativo, daí que o tratamento deva ser direccionado para a estimulação da construção de um ponto de vista metacognitivo (Semerari, 1999; Semerari et al., 2003a) ou uma posição de observação do *self* (Cooper, 2003; Dimaggio, Salvatore, Azarra & Catania, 2003a; Hermans, 2001a, 2003; Leiman & Stiles, 2001). A partir daqui o *self* ganha a capacidade de construir uma narrativa auto-reflexiva, proporcionando relacionamentos com os outros personagens envolvidos num diálogo interno com significado e integrando numa história aspectos que anteriormente eram contrastantes, incompatíveis e dissociados (Angus, et al., 1999; Fonagy & Target, 1997; Ryle, 1997). A estratégia terapêutica que Dimaggio e Semerari (2004) propõem envolve determinadas acções com o objectivo de tratar a disfunção estrutural da narrativa de modo a potenciar um contexto de trabalho, observação e modificação dos temas de vida, a qualidade dos relacionamentos e o diálogo entre as personagens que habitam o mundo mental do paciente.

4.2. Os níveis do modelo narrativo desenvolvimental

Salvatore, Dimaggio e Semerari (2004) apresentam um modelo de desenvolvimento narrativo que se sustenta na hipótese de que, quando são elaboradas, as narrativas que nos permitem relacionar connosco e com os outros não têm uma forma pré-existente, por isso explanam o modo como cada nível organizacional, formado na mente, funciona e interage com os outros. A psicopatologia poderá advir destas organizações, podendo haver implicações no âmbito de funções mais básicas, como a simples agregação de imagens mentais, ou influenciar processos mais complexos, como

a elaboração de uma narrativa em que as diferentes personagens interagem. Ao elaborarem esta hipótese sobre a natureza da organização narrativa, Salvatore e colaboradores tiveram em linha de conta várias premissas, as quais passaremos a explicar. Para os autores, existe um fluxo constante de sensações somáticas e perceptivas que podem ser transformadas em histórias. A natureza caótica dessas sensações pode ser progressivamente incorporada em sequências com maiores níveis de consistência narrativa. O nível de organização narrativo menos estruturado corresponde aos perfis de activação neuronal, o nível intermédio diz respeito às sequências semi-estruturadas de imagens emocionais. Por seu turno, o nível mais definido reflecte a regulação dos nossos estados mentais, o qual retrata as histórias que contamos sobre nós e os outros, com o intuito de atribuir significado à realidade e ao modo como organizamos as nossas acções no mundo. Além disso, o corpo tem um papel importante no processo de organização narrativa, visto que as sequências de imagens estão associadas a representações de estados somáticos, que são centrais para a direcção que a história tomará, em função do significado pessoal atribuído. Uma outra premissa que serviu de base à construção deste modelo narrativo desenvolvimental prende-se com a organização hierárquica entre os vários níveis, embora os autores enfatizem que, quando nos deparamos com algum défice, os clínicos poderão compreender melhor os níveis estruturais que poderão estar afectados se existirem movimentos inversos dos níveis mais organizados para os mais básicos.

Salvatore et al. (2004) propõem que este modelo é composto por cinco níveis. O primeiro é o pré-narrativo, seguindo-se o proto-narrativo, os quais precedem formas de organização narrativa mais amplas, em concreto, o nível inconsciente processual, o proposicional consciente e o nível narrativo interactivo verbal. Os vários níveis interagem entre si, uma vez que os níveis mais complexos têm como alicerces os mais simples. Ao detalharmos o nível pré-narrativo, constatamos que os autores partilham das assumpções de Damásio (1999), na medida em que defendem que a mente está constantemente a representar estados corporais, na sua maioria sob a forma de imagens mentais conscientes, o que permitirá que se construam imagens dos objectos sobre os eventos e os outros, bem como sobre pensamentos, memórias e sensações. A interacção com estes objectos é responsável por modificações contínuas no estado orgânico, mesmo que estas não sejam perceptíveis. Como resultado, a representação do nosso estado corporal é modificada e registamos o relacionamento causal entre a imagem do

objecto e a mudança no nosso estado somático. Assim, a um nível neuronal, a relação causal entre a presença da imagem de um objecto e o estado do organismo é o primeiro nível inconsciente de organização narrativa. Já às micro-sequências das imagens mentais que continuamente ocupam a nossa consciência os autores chamam de proto-narrativas. Estas imagens têm uma tonalidade emocional e é através da agregação destas imagens que representamos o mundo. Os autores argumentam que é a tonalidade emocional que determina que sequência de imagens terá acesso à consciência. Quando a imagem de uma situação emocionalmente marcante é activada, as emoções seleccionam outras imagens relevantes para o tema, resultando numa micro-narrativa mais rica, que pode ser armazenada de forma modificada.

Às proto-narrativas seguem-se as narrativas mais amplas, que funcionam como abstracto para a continuidade e integração da experiência, ocorrendo num cenário mais amplo e num período de tempo mais longo, estabelecendo pontes temporais que são necessárias a qualquer narrativa autobiográfica. As formas de organização narrativa mais amplas estão divididas em três níveis: a) o nível inconsciente processual, estando ausentes os elementos proposicionais. Este nível envolve as experiências relacionais com as figuras parentais, organizadas na nossa mente como guiões acerca dos processos interactivos; b) o proposicional consciente, que se caracteriza pela conjunção de várias representações, o que torna a história mais complexa e sofisticada. Neste nível os elementos cognitivos e metacognitivos que reescrevem e enriquecem a narrativa estão interligados; e c) o nível narrativo interactivo verbal que advém dos diálogos com os outros, o que nos permite partilhar experiências, construir significados conjuntos e negociar o significado das experiências. Este último nível narrativo possibilita a elaboração de narrativas complexas, nas quais nos relacionamos num registo de diálogo interno e interactivo. Permite-nos ajustar, reescrever e melhorar as histórias que foram construídas com base nos outros níveis (Salvatore et al., 2004).

Salvatore e colaboradores (2004) apresentam assim um modelo de construção narrativa progressiva directamente aplicável ao contexto clínico, que possibilita aos clínicos identificar qual o nível narrativo disfuncional do paciente, em função do planeamento dos objectivos terapêuticos e fazer os ajustes necessários à intervenção. Dimaggio e colegas (2003a) reiteram que o construtivismo narrativo enfatiza a contribuição crucial da terapia para a reescrita das histórias dos pacientes, através da

construção de narrativas mais adaptativas que os ajudam a ultrapassar os seus conflitos e a fazer frente às complexidades do mundo.

4.3. A centralidade da metacognição

Carcione, Semerari, Dimaggio e Nicolò (2005) defendem que as pessoas estão constantemente receptivas à possibilidade de serem reescritas no curso das relações interpessoais, pelo que a metacognição nunca poderá ser uma actividade puramente teórica, já que inclui a capacidade de estimular a mente do outro e ser influenciada pelos relacionamentos interpessoais, o que pressupõe um cunho prático derivado destes intercâmbios sociais. A este propósito, Sperber (2000) define a metarepresentação como a capacidade de formar representações das representações e usá-las de modo a explicar o nosso mundo e o comportamento dos outros. Esta capacidade emerge da integração gradual de inúmeras funções e competências, como a identificação de intenções e desejos, a distinção entre a realidade e ficção, o reconhecimento de crenças, capacidade de exploração e de raciocínio.

Neste enquadramento, Semerari e colaboradores (2003a) sublinham que a metacognição é multifacetada e formada por conceitos logicamente relacionados e subordinados. Assim, é composta por um conjunto de subfunções que funcionam de modo independente. Wells e Purdon (1999) começaram por definir a metacognição como o processamento da informação que monitoriza, interpreta, avalia e regula os conteúdos e processos da sua organização. Esta definição inicial é de extrema importância por se referir a conteúdos e processos e por ter como subjacente a capacidade de compreender o comportamento no que diz respeito à intencionalidade e suas variações ao longo do tempo. Do ponto de vista metacognitivo, os conteúdos representam as ideias e as crenças relacionadas a uma determinada situação, ou seja, as crenças sobre as crenças. Além disso, Wells e Purdon também abordam a regulação, motivando Semerari et al. (2003a) a considerar no estudo da metacognição alterações na regulação que tenham significado psicopatológico. Os autores partiram da definição proposta por Wells e Purdon e mantêm a subdivisão entre as competências de monitorização e as de regulação, porém têm-se focado nas subfunções que permitem a

compreensão dos fenómenos mentais e trabalhá-los de forma a alterar os estados mentais que são fonte de sofrimento clínico. Deste modo, concentram-se na capacidade funcional de desempenhar certas operações, em detrimento dos conteúdos.

Semerari e colaboradores (2003a) hipotetizam que a função metacognitiva tem uma estrutura organizada por módulos e que para cada tipo de condição psicopatológica existe um perfil que retrata défices metacognitivos distintos. A terapia só será bem sucedida se fomentar a melhoria das subfunções metacognitivas que estão deficitárias. Para os autores, dizer que a metacognição é formada por módulos é o mesmo que afirmar que a conhecimento dos estados mentais advém da interacção entre funções independentes, pelo que a perturbação será sinónimo de mau funcionamento de funções individuais. Esta perspectiva tem a vantagem de sublinhar a diversidade de perturbações que são descritas clinicamente, permitindo esboçar padrões prototípicos de mau funcionamento metacognitivo (perfis definidos por funções específicas que estão alteradas numa determinada categoria de pacientes).

4.3.1. A Metacognitive Assessment Scale

Dimaggio e Semerari (2004) desenvolveram um modelo que permite descrever os défices nas competências metacognitivas que os autores observavam em contexto clínico e testar a hipótese de que as várias perturbações de personalidade são caracterizadas por diferentes falhas nestas competências. Este objectivo motivou a criação da Metacognition Assessment Scale - MAS (Semerari et al., 2003a), de modo a permitir avaliar essas falhas e orientar a prática clínica para que os pacientes com estas perturbações sejam tratados com sucesso (Semerari, 1999).

Em sintonia com os postulados defendidos por Semerari e colaboradores (2003a), o princípio central da MAS é a subdivisão da actividade metacognitiva em subfunções. Na identificação destas subfunções os autores alicerçaram-se na literatura clínica referente às perturbações de personalidade, em concreto na capacidade de conhecer e regular os estados mentais. Sustentaram-se igualmente no seu material clínico, recorrendo a transcrições de sessões psicoterapêuticas de pacientes com estas perturbações. A MAS encontra-se assim dividida em três grandes secções,

nomeadamente: a) compreensão do seu próprio estado mental; b) compreensão dos estados mentais dos outros; e c) capacidade de mestria/domínio. Cada uma destas secções encontra-se subdividida por diferentes competências, as quais serão de seguida alvo de detalhe.

Para que o indivíduo compreenda o seu estado mental, tem que ser capaz de identificar, relacionar variáveis, diferenciar e integrar. A identificação traduz a capacidade de distinguir, reconhecer e definir os seus estados internos, incluindo as cognições e emoções. Já a capacidade de estabelecer relações entre componentes separados de um estado mental e entre componentes de estados mentais e comportamentos caracteriza o relacionamento de variáveis. Esta capacidade permite que a pessoa explique o seu comportamento em termos de causas e/ou motivações e, quando existe um défice nesta subfunção, a pessoa não está capaz de discernir as razões do seu comportamento. Semerari e colaboradores (2003a) defendem que a identificação e a capacidade de relacionar variáveis, em conjunto, constituem a monitorização metacognitiva. No que concerne à diferenciação, referimo-nos à capacidade de reconhecer que os conteúdos das representações são eventos subjectivos de natureza mental e, por isso, diferentes da realidade sem directa influência sobre esta. Tal pressupõe o reconhecimento da subjectividade das nossas representações e dos limites do impacto dos nossos pensamentos e expectativas na realidade. Além disso, permite-nos ver não só as nossas representações do mundo e dos outros como subjectivas, mas também como hipotéticas. Neste sentido, quando existe dificuldade em ter uma postura crítica sobre as nossas crenças e não as considerar subjectiva e hipoteticamente e/ou a crença de que os nossos pensamentos influenciam directamente a realidade existe um mau funcionamento metacognitivo. Por seu turno, a integração diz respeito à capacidade de trabalhar com descrições coerentes de estados e processos mentais. É uma subfunção deveras importante porque é aquela que usamos para descrever e discutir os nossos cenários internos, ou seja, trata-se de um diálogo interno que assume uma forma narrativa e atribui um sentido de continuidade aos aspectos privados e interpessoais do *self* (Bruner, 1986; Dimaggio & Semerari, 2001; Hermans & Kempen, 1993; Neimeyer, 2000; Sarbin, 1986). Um défice neste nível tornaria a mente confusa ou dissociada.

A secção referente à compreensão dos estados mentais dos outros engloba as mesmas subfunções acima mencionadas, na secção compreensão do seu estado mental, ou seja, as capacidades de identificar, relacionar variáveis, diferenciar e integrar mas

aplicadas aos estados mentais de outros indivíduos. Existe um aspecto a relevar no que diz respeito à subfunção de integração, uma vez que a compreensão dos estados mentais dos outros pode ocorrer de forma descentrada ou egocêntrica. A descentração refere-se precisamente à capacidade de compreender o estado mental do outro de uma perspectiva não egocêntrica, permitindo reconhecer a natureza hipotética da nossa interpretação dos estados mentais dos outros e, simultaneamente, torna-nos capazes de produzir interpretações independentes do conhecimento que os outros têm de si próprios.

A terceira secção da MAS é dedicada à capacidade de mestria, isto é, a definição geral que damos à regulação e controlo das actividades. Trata-se da capacidade de trabalhar as representações e estados mentais, com vista à aplicação de estratégias de acção eficazes, bem como à realização de tarefas cognitivas ou lidar com estados mentais problemáticos. Assim, será fundamental a capacidade de definir os problemas em termos psicológicos plausíveis. As estratégias de mestria estão divididas em categorias separadas, segundo a complexidade das operações metacognitivas implicadas. Existem estratégias de primeiro nível, as quais apenas requerem um esforço reflexivo moderado, podendo implicar a modificação de um estado mental influenciando o estado do organismo, evitando situações temidas ou o recurso a apoio interpessoal. Por seu lado, as estratégias de segundo nível envolvem um maior esforço reflexivo que, num registo voluntário, poderão abarcar uma imposição ou inibição de determinado tipo de comportamento, modificar activamente o nível de atenção e de concentração e voluntariamente pensar ou não sobre um problema. Já as estratégias de terceiro nível pressupõem maior nível de esforço reflexivo; implicam adoptar uma atitude crítica e racional relativamente às crenças que sustentam um estado problemático, utilizar o nosso conhecimento sobre os estados mentais dos outros para regular problemas interpessoais e aceitar os limites pessoais quando tentamos atingir a mestria ou influenciar os eventos.

Semerari e colaboradores (2003a) argumentam que a MAS possui um bom nível de confiança e constitui-se como um instrumento útil na discriminação de distintos tipos de défices nas diferentes subfunções. Desta forma, o facto da MAS dividir a actividade metacognitiva em subfunções possibilita determinar exactamente quais os défices de um paciente ou de uma classe de pacientes e identificar o seu perfil metacognitivo específico, bem como explicar as diferenças entre os perfis e as tendências das subfunções durante a intervenção psicoterapêutica. Além disso, também é uma

ferramenta útil para analisar o modo como a terapia pode influenciar positivamente o funcionamento metacognitivo.

4.3.1.1. Aplicação da Metacognitive Assessment Scale

No âmbito das perturbações da personalidade, parece haver um crescente suporte da noção de que existem défices na compreensão dos estados mentais dos outros. Contudo, apenas recentemente começaram a surgir evidências empíricas dos défices na capacidade de inferir e raciocinar sobre as intenções e emoções dos outros, descentrando-se da sua própria perspectiva (Dimaggio et al., 2009). Os autores fizeram uso da MAS para a compreensão dos estados mentais dos outros, explorando transcrições das primeiras sessões de 16 sessões terapêuticas de 14 pacientes diagnosticados com perturbações de personalidade (dos tipos borderline, narcísica, anti-social, dependente, obsessiva-compulsiva e paranóide). De um modo global, os pacientes foram capazes de descrever os estados mentais dos outros, apesar de, por vezes, terem dificuldades. Por outro lado, evidenciou-se uma incapacidade para se descentrarem da sua perspectiva quando inferiam sobre os outros, sendo um denominador comum a todos os pacientes. Os resultados mostram, assim, uma grande dificuldade em adotar o ponto de vista do outro e uma fraca capacidade de descentração, que impediu todos os pacientes de se distanciarem da sua perspectiva, o que parece revelar a existência de um egocentrismo associado às diferentes perturbações de personalidade. Dimaggio e colaboradores (2009) argumentam que este défice ao nível da descentração não seria facilmente identificável através das usuais metodologias de investigação, enaltecendo deste modo a utilidade da MAS.

Os pacientes com perturbações de personalidade poderão também não reconhecer as suas próprias emoções ou integrar as representações do *self* com as do outro. Alguns investigadores têm sugerido que este défice varia entre as distintas perturbações de personalidade, pelo que Dimaggio et al. (2007) avaliaram as competências metacognitivas de quatro pacientes, dois deles diagnosticados com perturbação da personalidade narcísica e os restantes dois com perturbação da personalidade evitante. Através da MAS, analisaram as transcrições do seu primeiro ano de psicoterapia e os dados revelaram que três dos pacientes possuíam dificuldades no

reconhecimento dos seus estados internos e de os relacionar a causas psicológicas ou ambientais. Existiram igualmente défices mais moderados na capacidade de integrar múltiplas imagens do *self*.

Os resultados da investigação de Semerari e colegas (2005) sustentam a hipótese da existência de um défice ao nível da metarepresentação nos pacientes com perturbação de personalidade borderline, embora haja especificidades até agora desvalorizadas. Concretamente, estes pacientes possuem a capacidade de identificar os seus estados internos, mas não estão capazes de integrar as representações do *self* e dos outros e de diferenciar a fantasia da realidade.

Por seu lado, Carcione e colaboradores (2008) recorreram à MAS para analisar a metacognição de um caso de sucesso terapêutico, designadamente o caso Lisa. De modo congruente com a literatura sobre a depressão maior, Carcione e colaboradores equacionavam a hipótese de que a capacidade da cliente de reflectir sobre os estados mentais estaria francamente afectada. A análise intensiva revelou que a cliente estava mais capaz de descrever o seu próprio estado mental, ao invés de compreender os estados mentais dos outros. O comprometimento acentuava-se quando a metacognição era usada para lidar com as fontes de sofrimento psicológico e para adoptar estratégias para resolver problemas do foro interpessoal. Contudo, no decurso terapêutico, estas dificuldades melhoraram gradualmente.

Já Semerari e colaboradores (2003a) ilustram, através da aplicação da MAS a dois pacientes com distintos diagnósticos do foro das perturbações da personalidade, como os pacientes com diferentes diagnósticos psicopatológicos possuem diferentes padrões de défices metacognitivos e como estes são alterados no decurso da terapia.

Estas investigações implicam uma análise num longo período temporal, que poderá estar associado aos quadros psicopatológicos estudados, facto que poderá justificar a escassez de dados empíricos da aplicabilidade da MAS, mesmo do ponto de vista desenvolvimental. Refira-se como exemplo os estudos de Semerari e colaboradores (2005) e de Dimaggio et al. (2007), dos quais apenas constam as sessões transcritas do primeiro ano de psicoterapia. Contudo, todos os estudos parecem apontar para uma melhoria das competências metacognitivas com o decurso dos processos psicoterapêuticos.

Neste contexto, Fiore e colaboradores (2008) defendem que a terapia interpessoal metacognitiva (TIM) é utilizada no âmbito das perturbações de personalidade e que visa melhorar a metacognição, isto é, a capacidade de compreender os estados mentais, trabalhando as representações interpessoais problemáticas de forma a construir novas representações e mais adaptativas. Para o sucesso desta abordagem é central o relacionamento terapêutico, uma vez que o terapeuta trabalha com o paciente para que este reconheça os seus padrões interpessoais problemáticos num registo sintónico. Ao desenvolvimento da metacognição parece ser imprescindível um processo de partilha entre terapeuta e paciente, tornando mais fácil a evolução de um diálogo meta-reflexivo sobre o problema. O facto do terapeuta sublinhar que o problema está a ser partilhado ajuda os pacientes com cenários relacionais contraditórios, confusos e dispersos a adquirirem uma representação mais estável e clara do seu relacionamento com o terapeuta.

4.3.2. *A Grid of Problematic States*

Em colaboração com os investigadores do *Terzo Centro*, Dimaggio e Semerari também desenvolveram uma outra metodologia com o objectivo de avaliar o processo terapêutico e, em particular, os estádios problemáticos narrados pelo cliente: a *Grid of Problematic States* (GPS) (Semerari et al., 2003b). A GPS foi especificamente elaborada para localizar com precisão a emergência de elementos da experiência subjectiva durante a conversação terapêutica e agrupá-los em estados mentais. A sua construção sustenta-se na hipótese de que é possível identificar e codificar determinados aspectos da experiência subjectiva dos pacientes durante as sessões terapêuticas, nomeadamente emoções, pensamentos, descrições de estados corporais e de padrões de activação. Os autores propõem a utilização dessa estratégia de avaliação narrativa para a análise e a intervenção das narrativas dos clientes que caracterizam. De acordo com Semerari e colaboradores, se os pacientes experienciam de forma repetida estados mentais específicos, é possível identificar claramente aglomerações ao nível do domínio de determinados temas no material narrativo abordado durante as sessões. Além disso, com este instrumento, é possível avaliar se os elementos no discurso tendem a juntar-se em aglomerações estáveis ou se se movem de forma instável, caótica e fragmentada. Na

verdade, é semelhante à grelha de repertório de Kelly (1955), sendo que as linhas são constituídas por 32 constructos, divididos em três domínios que englobam as diferentes formas em que as experiências aparecem no discurso: temas racionais, emocionais e sensações somáticas. O constructo faz parte do sistema de significados da pessoa para atribuir significado aos eventos, seleccionar a informação relevante e antecipar o que é provável acontecer na vida social (e.g., como o *self* e os outros se comportarão em determinadas situações). Trata-se de constructos que incluem elementos fundamentais ao processo terapêutico. Estão organizados bipolarmente, isto é, com valências positivas e negativas, o que permite que se avalie as oscilações ao longo do tema, mas também ao longo de um eixo positivo ou negativo. Apesar de ter sido administrada a um número limitado de casos, a GPS revela características de validade convergente, uma vez que os resultados têm sido consistentes com os respectivos quadros diagnósticos (Dimaggio et al., 2008; Nicolò et al., 2008).

Em jeito de conclusão importa referir que, dentro da abordagem construtivista relacional, têm sido vários os estudos qualitativos em torno da conversação terapêutica (e.g., Botella et al., 2004; McLeod, 2004). Os estudos são consonantes em sublinhar a existência de uma forte relação entre a capacidade reflexiva e a transformação narrativa e que a esta transformação está associada à descoberta de novos elementos na história do cliente. Estes dados parecem apontar que são, sobretudo, as questões reflexivas que promovem a mudança narrativa em psicoterapia, a partir da exploração do cliente de novas dimensões na sua narrativa, enquanto autor e actor da sua história, favorecendo simultaneamente o seu sentido de agência pessoal. Desta forma, concluiu-se que a construção de uma nova meta-narrativa é um objectivo fundamental da terapia, sendo de importância vital o papel que a relação cliente-terapeuta tem na construção da narrativa de vida pelo cliente.

De seguida, no capítulo III, debruçar-nos-emos sobre a importância dos momentos de inovação no processo de mudança narrativa. Nesse sentido, explanaremos outro modelo narrativo de mudança, que nos permitirá compreender a análise da evolução terapêutica dos casos clínicos que constituem a amostra desta dissertação.

5. Síntese do capítulo

Neste capítulo, começamos por sublinhar a importância dos processos de mudança em psicoterapia, num enquadramento narrativo. Enfatizamos os esforços dos distintos investigadores no desenvolvimento de metodologias que permitem avaliar a mudança terapêutica, não obstante a orientação teórica em questão. Assim, abordamos três modelos de mudança psicoterapêutica, nomeadamente: o modelo de assimilação das experiências problemáticas (Stiles, 1999a, 2002; Stiles et al., 1990); o modelo de processamento narrativo (Angus et al., 1999); e o modelo de desenvolvimento da metacognição proposto por Dimaggio e colaboradores (Dimaggio & Semerari, 2001, 2004). Apresentamos os alicerces teóricos de cada um deles, bem como as metodologias de análise narrativa sugeridas pelas distintas abordagens. Adicionalmente, expusemos os resultados das respectivas investigações, contribuindo para uma compreensão mais alargada do panorama empírico dos processos narrativos de mudança.

Capítulo III: Os momentos de inovação no processo de mudança

No meio de qualquer dificuldade encontra-se a oportunidade.

Albert Einstein

A descrição dos seres humanos como seres narrativos tem sido utilizada por vários autores (e.g., Bruner, 1986, 2004; Combs & Freedman, 2004; McLeod, 1997; Sarbin, 1986; White, 2007) com base na ideia de que a narrativa é uma actividade humana básica pela qual organizamos as nossas experiências e lhes atribuímos significado. As narrativas permitem-nos estruturar as nossas experiências, ordená-las e integrá-las em processos contínuos, dinâmicos e relacionais de construção de significado. Somos seres narrativos relacionais por nos ligarmos aos outros em actos conversacionais de partilha das nossas histórias. De facto, vivemos num mundo historiado (Sarbin, 1986). Assim, partindo do pressuposto de que a organização narrativa é uma das características específicas dos seres humanos, enquanto sistemas de significação em diálogo, Gonçalves (2003) defende que o cerne da mudança reside no poder transformador da narração.

1. Os momentos de inovação na construção da mudança

É impossível que as construções narrativas englobem a completa diversidade das nossas experiências, havendo, por isso, a possibilidade contínua de ampliar as narrativas dominantes, no sentido de as enriquecer (Freedman & Combs, 1996; White & Epston, 1990). À luz do modelo de re-autoria (White & Epston, 1990), o processo de mudança decorre pela ampliação dos *resultados únicos*, que se constituem como momentos de excepção ao domínio da narrativa problemática (regra), a qual usualmente origina a vinda do cliente para a terapia. Podem assim ser concebidas como excepções à regra, retratando momentos em que a pessoa não funcionou sob o domínio do problema. A ampliação destas excepções potencia a construção de novas organizações narrativas, permitindo a consolidação de novas versões de si.

A identificação e reconhecimento de acontecimentos que estão fora do enredo dominante invalida-o, favorecendo outros enredos mais complexos e integradores (Polkinghorne, 1986, 2004). Segundo Combs e Freedman (2004), os *resultados únicos* constituem o ponto de partida para o desenvolvimento de novas histórias, pois são detalhes excepcionais da narrativa problemática que abrem a porta a novas visões de si mesmos, dos outros e do mundo. A este nível, White e Epston (1990) argumentam que a construção de novos significados poder-se-á iniciar com a identificação de um evento extraordinário. Após a identificação de um evento preferido, o objectivo será de conectá-lo com outras alternativas de eventos ao longo do tempo, reforçando os seus significados e incorporá-los numa narrativa pessoal (Combs & Freedman, 2004). Assim, Parry e Doan (1994) postulam que este processo de reconstrução de histórias alternativas em que a pessoa se envolve explica o potencial para a mudança que os *resultados únicos* encerram. De acordo com Bruner (1986, 1990), o desenvolvimento da mudança implica que a pessoa se narre em dois níveis de significação, num enredo integrador contínuo e temporalmente organizado: a paisagem da acção e a paisagem da consciência. A paisagem da acção remete para a dimensão contextual das cenas e perspectivas dos múltiplos personagens, surgindo na paisagem da consciência as reflexões acerca dessas experiências. Tal como já mencionado por Angus e colaboradores (1999), é o processamento reflexivo das emoções, das expectativas, das necessidades, das intenções e dos objectivos (paisagem da consciência) – e sua inclusão nos eventos da história do problema ou narrativas (paisagem da acção) – que permite que a experiência seja completamente compreendida e aceite como parte da história de vida. Na verdade, esta paisagem dual de reflexão sobre a acção possibilita ao narrador a integração e organização da experiência. É através do panorama da acção e da consciência que o narrador comunica subjectivamente aspectos da sua identidade, intenções e sentimentos, sendo fundamental para um processo de re-autoria bem sucedido que os *resultados únicos* sejam detalhados nestas duas paisagens de um modo organizado temporalmente. Novas histórias do *self* são construídas através da narração de novidades, criando novas possibilidades de desenvolvimento narrativo, tornando a pessoa autora destas novas formas de narrar.

Inspirado no conceito de resultados únicos Gonçalves e colaboradores (2009a) desenvolveram o Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação - SCMI (Gonçalves et al., 2010d). Numa perspectiva dialógica (Josephs & Valsiner, 1998;

Josephs, Valsiner & Surgan, 1999), os MIs possuem um potencial para enfraquecer o domínio da voz problemática, permitindo que novas vozes tenham a oportunidade de serem espelhadas na nova narrativa do *self*. No fundo, constituem-se como oportunidades narrativas para que novas vozes ganhem poder para contar as suas próprias histórias. Foram identificados indutivamente cinco tipos de MIs: acção, reflexão, protesto, reconceptualização e desempenho da mudança (Matos & Gonçalves, 2004).

1. Os MIs de acção representam acções específicas que desafiam o problema, comportamentos que os clientes desenvolvem contra a situação problemática.

Ilustração clínica (cliente agorafóbico)

Cliente: *Ontem decidi sair: fui ao centro comercial e consegui ficar lá mais de uma hora.*

2. Os MIs de reflexão representam pensamentos que indicam a compreensão de algo novo, que torna o problema inaceitável.

Ilustração clínica (cliente com depressão)

Cliente: *Começo-me a questionar como será a minha vida se eu continuar a alimentar esta depressão.*

Terapeuta: *Está-se a tornar claro que a depressão tem uma agenda escondida para a sua vida?*

Cliente: *Sim, claro.*

Terapeuta: *O que é que a depressão quer de si?*

Cliente: *Quer governar toda a minha vida e no final roubar-ma.*

3. Os MIs de protesto são uma forma de resistência ou de protesto contra a narrativa problemática, envolvendo um reposicionamento do *self* para uma posição mais

proactiva. Possibilitam que a pessoa se distancie do problema, pela reapreciação da posição do cliente.

Ilustração clínica (crítica parental)

Cliente: *Eu estava constantemente a tentar mudar para lhes agradar (aos pais), mas agora estou a ficar cansada e percebo que não faz qualquer sentido fazer esse esforço.*

Terapeuta: *Esse esforço coloca-a numa posição de se tentar mudar constantemente, o modo como sente e pensa...*

Cliente: *Sim, claro. E eu estou realmente cansada disso, não aguento mais. Afinal, é suposto que os pais amem os seus filhos e que não os julguem o tempo todo.*

4. Os MIs de reconceptualização implicam que o cliente compreenda os processos de mudança envolvidos, permitindo o contraste entre o presente (a nova versão do *self*) e o passado (restringido pela narrativa problemática). Neste sentido, este tipo de MIs envolve um nível meta-processual. Trata-se de uma meta-posição a partir da qual outras posições do *self* podem ser vistas e avaliadas.

Ilustração clínica (vítima de violência na intimidade)

Cliente: *Acho que comecei a gostar outra vez de mim. Houve um tempo... Eu acho que parei no tempo. Sempre fui uma pessoa que gostava de si própria. Existiu uma altura... talvez por causa da minha atitude, por causa de tudo o que estava a acontecer, eu acho que houve um tempo em que eu não me estava a respeitar... apesar do esforço para mostrar que não me estava a sentir... tão bem comigo própria... Não conseguia sentir aquela alegria de viver, que agora recuperei... e agora penso “tens que seguir em frente e recuperar a tua vida de volta”.*

Terapeuta: *Essa posição de “tens de seguir em frente” foi decisiva?*

Cliente: *Isso foi importante. Sentia-me tão fraca no início! Detestava sentir-me assim... Hoje penso “eu não sou fraca”. Na verdade, talvez até seja muito forte porque, apesar de tudo que me aconteceu, ainda consigo ver o lado bom das pessoas e não acho que esteja a ser ingénua... Agora, quando olho para mim, penso “Não, eu posso realmente fazer a diferença e tenho valor enquanto pessoa”. Durante uns tempos não conseguia*

ter este diálogo comigo mesma, não conseguia dizer “tu consegues” nem pensar “Eu sou boa nisto ou naquilo”...

5. Os MIs de desempenho da mudança consistem em novos objectivos, experiências, actividades ou projectos, como consequência da mudança.

Ilustração clínica (vítima de violência na intimidade)

Terapeuta: *Parece ter muitos projectos para o futuro agora!*

Cliente: *Sim, tem razão. Quero fazer tudo o que me era impossível fazer enquanto estava dominada pelo medo. Quero trabalhar novamente e quero ter tempo para aproveitar a vida com os meus filhos. Quero ter outra vez amigos. A perda de todas as amizades do passado é algo que ainda me magoa bastante. Quero ter amigos outra vez, ter pessoas com quem conversar, partilhar experiências e sentir novamente a cumplicidade na minha vida.*

Os MIs de acção, de reflexão e de protesto são as categorias mais elementares, funcionando como mecanismos de validação da mudança, quer para o *self*, como para os outros significativos, mostrando precisamente a emergência de algo novo. Por seu turno, os MIs de reconceptualização facilitam uma mudança sustentada pela emergência de uma meta-perspectiva sobre o processo de mudança, fomentando um posicionamento activo do cliente como autor da nova narrativa. Para reconceptualizar, o cliente terá de ser capaz de perceber diferenças entre a narrativa dominante e a nova posição, o que favorece o desenvolvimento de uma nova narrativa. Já os MIs de desempenho da mudança retratam a expansão da narrativa no futuro, ou seja, funcionam como formas de prolongar a reconceptualização no futuro, consolidando assim a narrativa emergente.

Na *Tabela 1* encontram-se discriminados os cinco tipos de MIs, bem como a especificação dos seus conteúdos narrativos.

Tabela 1: Tipos e subtipos de MIs (SCMI versão 7.2; Gonçalves et al., 2009a)

Tipos de MIs	Subtipos	Conteúdos
MIs de Acção (A)		Novos desempenhos face à antecipada ou efectiva reinstalação de um obstáculo.
Acções ou comportamentos específicos de desafio ao(s) problema(s)		Resolução efectiva de problemas. Exploração activa de soluções específicas. Restabelecimento de autonomia e auto-controlo. Procura de informação sobre o problema.
MIs de Reflexão (R)	(I)	Reconsiderações sobre as causas do(s) problema(s) e/ou consciência dos seus efeitos.
Excepções de carácter cognitivo ou produtos cognitivos que indicam a compreensão de algo novo que torna o(s) problema(s) inaceitável(eis) (e.g., pensamentos, intenções, interrogações, dúvidas)	Distanciamento em relação ao(s) problema(s)	Novas formulações sobre o problema. Auto-instruções funcionais e pensamentos adaptativos. Intenção de combater o(s) problema(s); referências de auto-valorização e/ou sentimentos de bem-estar.
	(II)	Reflexões sobre o processo terapêutico.
	Centrado na mudança	Considerações sobre o processo e estratégias implementadas para resolução do(s) problema(s); referências de auto-valorização e/ou sentimentos de bem-estar como consequências da mudança. Emergência de novas versões do <i>self</i> face às prescrições do(s) problema(s).
MIs de Protesto (P)	(I)	Posição de crítica/confronto face ao(s) problema(s) e/ou a outros (internalizados ou a facetas de si próprio) que o mantêm.
Momentos de crítica que envolvem algum tipo de confronto (endereçado a outrem ou a facetas de si próprio). Podem envolver comportamentos, pensamentos e sentimentos, projectados ou concretizados.	Crítica ao(s) problema(s)	
	(II)	Posições de assertividade e de <i>empowerment</i> .
	Emergência de novas posições	Reposicionamento do <i>self</i> em relação ao(s) problema(s).
MIs de Reconceptualização		

(RC)	A RC envolve duas dimensões:
Descrição processual, a um nível meta-cognitivo (i.e., não só surgem pensamentos e/ou desempenhos fora da lógica do(s) problema(s), como emerge também o processo subjacente.	- descrição da mudança entre as duas posições (passada e actual) e - o processo subjacente a essa transformação.
MIs de Desempenho da Mudança (DM)	Generalização de ganhos para outras dimensões da vida projectada no futuro.
Referências a novas pretensões, experiências, actividades ou projectos, em curso ou antecipados, como consequência da mudança.	Reutilização da experiência problemática para novas situações. Investimentos em novos projectos, como resultado do processo de mudança. Novos investimentos relacionais, como resultado do processo de mudança. Desempenho da mudança: novas competências. Re-emergência de versões do <i>self</i> que estavam negligenciadas ou esquecidas.

Gonçalves e colaboradores (2010a) sugerem que a mudança em psicoterapia envolve graus distintos de mudança, aplicando nesta concepção o modelo proposto por Fogel, Garvey, Hsu e West-Stroming (2006). Estes autores estudam o desenvolvimento precoce e propõem que a mudança desenvolvimental resulta da mudança dos *frames* que organizam o comportamento da díade mãe-bebé. O conceito de *frame* pode na verdade ser considerado análogo ao de narrativa, embora envolva necessariamente um elemento interaccional, sendo *frame* definido como um padrão de “co-acção”. Fogel e colaboradores (2006) propõem três níveis de mudança: o nível 1 corresponde à variabilidade dentro do mesmo *frame*, mudando apenas alguns factores e mantendo-se o padrão, ou seja, tratam-se de mudanças subtis que ocorrem dentro do *frame*, mas sem o modificar; o nível 2 retrata inovações que têm possibilidades transformativas dos *frames*; e o nível 3 corresponderá à mudança desenvolvimental, ou seja, mudanças que transformam o *frame*. Aplicando esta metodologia de mudança aos MIs, Gonçalves e colaboradores sugerem que o nível 1 corresponde a variações dentro da mesma narrativa

do *self*, isto é, este nível de mudança não tem o poder de afectar a redundância da narrativa problemática. Frequentemente estas variações são irreconhecíveis pelo próprio, dada a sua reduzida significância, embora possam vir a ser importantes para o desenvolvimento de mudanças de nível 2. Por seu turno, a emergência de MIs elementares poder-se-á relacionar com o nível 2, já que estes têm o potencial de criar modificações nos significados. Se estes forem desenvolvidos, levando à emergência da reconceptualização, dar-se-á o início de mudanças de nível 3, ou seja, ao desenvolvimento e estabilização de um novo padrão. Será importante ressaltar que nem sempre as mudanças nível 1 conduzirão a mudanças nível 2 e, conseqüentemente, estas potenciarão as de nível 3, sendo para isso necessária a aceitação e repetição dos níveis mais elementares de mudança para que esta assuma um curso desenvolvimental. O mesmo sucede no enquadramento dos MIs porque se estes forem trivializados ou ignorados, não sendo aceites e repetidos, perderão o seu potencial transformador.

1.1. Perspectiva empírica dos momentos de inovação em contexto psicoterapêutico

De seguida centrar-nos-emos no papel e funções dos MIs em contexto psicoterapêutico, com o intuito de enriquecer a nossa compreensão sobre os processos humanos de mudança. Iremos assim rever diversos estudos que utilizaram esta metodologia e apresentar os principais resultados que deles derivaram.

1.1.1. Os momentos de inovação na construção narrativa da mudança

O estudo de Matos e Gonçalves (2004, cf. Santos 2009a) com 10 mulheres vítimas de maus-tratos na intimidade, acompanhadas em terapia narrativa, teve por objectivo a análise dos percursos psicoterapêuticos de mudança, através das trajectórias dos MIs, e estudar os seus padrões específicos comparando sucesso e insucesso terapêutico, com o intuito de se compreender o impacto dos MIs na construção da mudança. Neste sentido, este estudo pretendeu estabelecer relações entre resultados terapêuticos e processos narrativos. Os resultados terapêuticos foram avaliados pelas

seguintes dimensões: a vitimação recebida; a sintomatologia por intermédio do *Brief Symptom Inventory* – BSI (L. Derogatis, 1982; versão portuguesa adaptada por C. Canavarro, 1999); a aliança terapêutica por recurso ao Inventário da Aliança Terapêutica (*Working Alliance Inventory* – WAI, Horvath, 1981, 1982; versão portuguesa adaptada por P. Machado & A. Horvath, 1999); e as crenças face aos maus-tratos conjugais através da Escala de Crenças sobre Violência Conjugal (E.C.V.C., Matos, Machado & Gonçalves, 2000). Os MIs foram identificados, por recurso ao SCMI (Gonçalves et al., 2010d), atendendo ao seu tipo, frequência (número de narrações de cada padrão específico de MIs), saliência (percentagem de tempo ocupado na narração de cada tipo de MI) e autor da sua emergência (cliente ou terapeuta).

Os resultados deste estudo inicial contrastam bem os grupos terapêuticos no que diz respeito ao papel dos MIs ao longo do processo terapêutico, existindo um aumento da sua frequência, diversidade e saliência no decurso de processos de sucesso terapêutico, tendo os MIs uma saliência superior na fase final da terapia. No grupo de sucesso terapêutico, nas fases iniciais eram mais frequentes e salientes os MIs de acção, de reflexão e de protesto, enquanto nas fases finais eram os MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança os que tinham frequências e saliências mais elevadas. Já no que se refere aos casos de insucesso, estes caracterizaram-se por uma frequência de MIs predominantemente estável ao longo da terapia e por uma saliência tendencialmente decrescente. Os MIs mais frequentes foram os de protesto, enquanto os de reconceptualização, de desempenho da mudança e de acção foram os menos frequentes.

Santos, Gonçalves, Matos e Salvatore (2009b) debruçaram-se sobre um caso de sucesso terapêutico desta amostra, composto por 12 sessões, com o intuito de analisar pormenorizadamente a emergência desenvolvimental dos MIs. Os resultados revelam que estes emergiram diferentemente ao longo do processo: as sessões iniciais caracterizaram-se maioritariamente pela presença de MIs de acção e de reflexão, embora com baixos valores de saliência; os MIs de protesto predominaram nas sessões intermédias, igualmente com valores baixos ou médios de saliência; e as sessões finais apresentaram uma elevada saliência dos MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança. Os autores consideram que, neste caso clínico, os MIs que emergiram nas sessões iniciais poderão ainda fazer parte do contexto da narrativa problemática por derivarem directamente dos efeitos do problema – são desenvolvidas novas acções e novos modos de reflectir como resposta directa ao problema, podendo funcionar como

ponto de partida para o desenvolvimento de uma rede de MIs. Já os MIs de protesto funcionarão como elemento de ligação entre as primeiras sessões e as seguintes, que se caracterizam essencialmente pela predominância dos MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança.

1.1.2. A presença dos momentos de inovação em diferentes modelos terapêuticos

O SCMI (Gonçalves et al., 2010d), enquanto metodologia de análise, parece então revelar-se como um conjunto de procedimentos fidedignos e válidos no estudo dos processos narrativos de mudança. Não obstante, as suas raízes narrativas suscitavam elevado interesse na sua aplicabilidade a diferentes modelos terapêuticos que não consideram as excepções à narrativa problemática como o seu objectivo central, razão que conduziu ao desenvolvimento do estudo de Batista (2008). Assim, o SCMI (Gonçalves et al., 2010d) foi aplicado a 8 sessões terapêuticas com enquadramentos teóricos e concepções de mudança diferentes, sendo que a maioria dos modelos de intervenção estudados não se centram no conceito de MI, nomeadamente: terapia feminista; terapia dinâmica breve; terapia cognitivo-comportamental; terapia construtivista; terapia experiencial; terapia narrativa; terapia centrada nas soluções (com casal); e terapia etnocultural. Pretendia-se então analisar as tipologias de MIs que emergem nas sessões terapêuticas, para além da aplicabilidade do SCMI a diferentes contextos terapêuticos. Uma análise sequencial dos MIs permitiria ainda sugerir eventuais articulações dos MIs com estratégias terapêuticas específicas utilizadas nas sessões. Os resultados revelam que esta metodologia de análise possibilita a identificação de MIs em todas as sessões terapêuticas que foram alvo de estudo, transversalmente a qualquer modelo terapêutico e à problemática presente. Em consonância com outros estudos (e.g., Cruz & Gonçalves, no prelo; Matos, 2006; Ribeiro, Gonçalves & Ribeiro, 2009), a a reflexão é o MI mais comum (este tipo de MI foi o único que se viu representado em todas as sessões).

Se entendermos a terapia como potenciadora de processos de mudança, embora com distintas formas (cognitiva, afectiva, comportamental), facilmente perspectivaremos a emergência de MIs em todas as formas de terapia bem sucedidas,

não obstante as técnicas utilizadas (Gonçalves et al., 2010a). Além disso, a centralidade dos MIs de reconceptualização nos casos de sucesso terapêutico e a aplicabilidade do SCMI (Gonçalves et al., 2010d) motivou a elaboração de vários estudos subordinados a esta temática com diferentes amostras clínicas e distintas abordagens terapêuticas, com o intuito de analisar a robustez dos dados encontrados até então associados à construção da mudança. Os estudos relativos à emergência dos MIs permitem-nos aceder aos primeiros sinais de mudança e ao seu desenvolvimento nas novas construções narrativas que são harmónicas com a mudança terapêutica. Assim, os padrões de emergência dos MIs foram analisados numa amostra de terapia focada nas emoções (Mendes et al., 2010) e em vários estudos de caso, nomeadamente num caso de terapia construtivista centrada em dilemas implicativos (Ribeiro, et al., 2009) e num caso de terapia linguística da avaliação (Pinheiro, 2009). O SCMI foi igualmente aplicado em contexto não terapêutico, de modo a perceber o impacto dos MIs no processo de mudança não terapêutica (Cruz & Gonçalves, no prelo; Meira, Gonçalves, Salgado & Cunha, 2009b).

i) Os momentos de inovação em terapia focada nas emoções

Com o intuito de analisar a emergência dos MIs em terapia focada nas emoções, Mendes e colaboradores (2010) desenvolveram um estudo que contemplou 6 casos da amostra do *York I Project on Depression Study* (Greenberg & Angus, 1995; Greenberg & Watson, 1998a). Aos autores interessava compreender qual o padrão de inovação em terapia focada nas emoções, percebendo as diferenças entre os 3 casos de sucesso e os 3 de insucesso terapêutico.

Em consonância com os dados da terapia narrativa, os resultados mostram diferenças significativas entre os grupos no que diz respeito à saliência média dos MIs, sendo superiores no sucesso terapêutico, encontrando-se estas diferenças melhor espelhadas nas categorias da reconceptualização e do desempenho da mudança. O grupo de insucesso terapêutico caracterizou-se por uma menor diversidade e menor saliência de MIs ao longo do processo, estando ausente a categoria de desempenho da mudança. Os MIs de protesto marcaram a sua presença em todas as fases (inicial, intermédia e final), tal como os de reconceptualização, embora estes com uma expressão bastante reduzida (inferior a 1%). Já no grupo de sucesso os MIs de reconceptualização estavam presentes desde o início da terapia, com uma saliência em crescendo até ao final do

processo, principalmente a partir da fase intermédia. Também os MIs de desempenho de mudança caracterizaram a fase final dos processos terapêuticos de sucesso. Será importante referir que neste grupo os MIs de protesto corresponderam à segunda categoria mais saliente, com maior expressão na fase intermédia da terapia. Assim, existiram dois aspectos comuns aos dois grupos: a baixa saliência dos MIs de acção e a presença de MIs desde a primeira sessão.

Gonçalves e colaboradores (2010b) afunilaram a sua análise para um caso de sucesso terapêutico desta amostra com vista a uma compreensão mais fina do desenvolvimento dos MIs ao longo do processo. Os dados reforçam a ideia de que os MIs de reconceptualização começam a ser preponderantes a partir da fase intermédia da terapia, com uma tendência crescente. O fenómeno inverso acaba por acontecer com os MIs de protesto: estes aumentam desde o início da terapia até à fase intermédia, a partir da qual iniciam um movimento descendente. Ao nível da categoria de reflexão assistimos a um perfil instável que caracteriza todo o processo. Curiosas são as ausências dos MIs de acção e de desempenho da mudança neste caso, ausências que os autores vêem como directamente relacionadas com o modelo conceptual narrativo que serviu de suporte à criação do SCMI (Gonçalves et al., 2010d). De facto, pela terapia narrativa os clientes são incentivados a expandir as novas narrativas do *self* no futuro, sendo esta expansão mais limitada em terapia focada nas emoções pelas técnicas que guiam o terapeuta, já que este desenvolve esforços para centrar o cliente no aqui e no agora. De certa forma, neste modelo é valorizado o papel do significado da mudança, através de uma análise reflexiva da sua construção, em detrimento das dimensões de acção. Apesar das diferenças encontradas, corrobora-se a aplicabilidade do SCMI no estudo da mudança em terapia focada nas emoções.

Perspectiva integradora dos resultados obtidos em terapia narrativa e em terapia focada nas emoções: denominadores comuns

Para além de reforçar os dados obtidos até ao momento, no que diz respeito às funções dos MIs de reconceptualização e de desempenho de mudança, o estudo de Mendes e colaboradores (2010) permitiu identificar alguns denominadores comuns com a terapia narrativa, nomeadamente: (a) maior saliência de MIs nos casos de sucesso terapêutico; (b) desenvolvimento crescente de MIs ao longo da terapia, existindo grande

diversidade desde o início do tratamento, nos casos de sucesso; (c) saliências superiores dos MIs de ação, de reflexão e de protesto no início da terapia; (d) fases intermédias do sucesso terapêutico caracterizadas pela emergência de MIs de reconceptualização, aumentando até ao final do processo; (e) desenvolvimento dos MIs de desempenho da mudança tende a ser posterior aos MIs de reconceptualização; (f) quase ausência de MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança nos casos de insucesso, bem como reduzida diversidade de MIs; e (g) existência de MIs desde a primeira sessão em ambos os grupos terapêuticos.

ii) Subtipos na categorização dos momentos de inovação

A investigação de Gonçalves e colaboradores (2010b) auxiliou a clarificação do impacto dos MIs de protesto e de reflexão na construção da mudança, apontando para a existência de dois subtipos destas categorias. No que diz respeito à subdivisão dos MIs de protesto, a primeira define-se como centrada no problema (I) – posição de recusa do problema, consistindo numa crítica muito orientada por este; já a segunda é centrada no *empowerment* (II) – posição que reflecte novas compreensões do problema, através da emergência de novas posições de um *self* mais proactivo. De acordo com os autores, a segunda categoria potenciará a emergência de MIs de reconceptualização, enquanto que a primeira será importante nas fases iniciais da terapia, mas se não envolver formas mais complexas, não permitirá a evolução no processo de mudança. Por seu turno, o subtipo I dos MIs de reflexão centra-se no distanciamento em relação ao problema, retratando os momentos em que o cliente possui uma nova compreensão e formulação sobre o problema, revelando intenções de o combater. A grande diferença entre este subtipo e o subtipo II destes MIs é que o último corresponde a reflexões sobre o próprio processo terapêutico e/ou sobre as estratégias adoptadas que possibilitaram a mudança. Neste seguimento, surgem novas sensações de bem-estar subsequentes a este processo ou novas posições face ao problema, implicando mais do que um distanciamento da esfera do problema. Os dados resultantes desta investigação conduziram ao refinamento do SCMI (Gonçalves et al., 2010d), pela inclusão destes subtipos na categoria dos MIs de protesto e de reflexão. Esta inclusão permite aceder a pequenas *nuances* que não estavam a ser captadas pela categorização geral dos MIs e que possuem uma importante presença nos processos terapêuticos, uma vez que o seu conteúdo parece estar

relacionado com a complexificação narrativa. Adicionalmente, auxiliam-nos na compreensão do desenvolvimento de novos posicionamentos do cliente perante o problema.

O estudo de Borges (2009) incidiu precisamente na análise dos subtipos destes MIs na amostra de terapia narrativa referida atrás (5 casos de sucesso e 5 de insucesso terapêutico de abordagem narrativa), com o intuito de investigar eventuais diferenças entre os grupos e a sua articulação ao longo do processo terapêutico, já que estes MIs emergiram tanto nos casos de sucesso como nos de insucesso (Matos & Gonçalves, 2004). Assim, encontraram-se diferenças significativas ao nível da saliência do subtipo I de protesto (mais elevada nos casos de insucesso, mantendo-se até à fase final da terapia) e na emergência dos subtipos II ao longo dos processos terapêuticos, sendo mais precoce nos casos de sucesso, por surgirem em fases mais iniciais da terapia. O insucesso terapêutico parece desta forma englobar construções que ainda funcionam como oposições que integram dimensões do problema. Por seu lado, os subtipos II, quer dos MIs de reflexão, quer dos de protesto, tiveram uma saliência superior nas fases iniciais da terapia no grupo de sucesso. Tal poderá significar que a emergência dos subtipos II parece promover a evolução favorável da terapia promovendo a emergência dos MIs de reconceptualização e de desempenho de mudança a partir da fase intermédia. Este dado traduz uma complexificação narrativa que parece caracterizar a evolução terapêutica no sentido da construção da mudança. Os subtipos II parecem então estar mais próximos da reconstrução narrativa por não serem apenas meras reacções à situação problemática, constituindo-se como momentos em que o cliente se repositiva de modo diferente face ao problema e/ou reflecte uma nova versão do *self* que está a ser construída. Já no grupo de insucesso os subtipos II de MIs apenas emergiram na fase final do processo, sugerindo estes dados que há um retardamento de novas construções narrativas comparativamente com o perfil de desenvolvimento de MIs nos casos de sucesso terapêutico.

iii) Os momentos de inovação à luz do modelo de assimilação de experiências problemáticas

O potencial transformador dos MIs levou Pinheiro (2009) ao questionamento da sua relação com o modelo de assimilação de experiências problemáticas, recorrendo para isso à sua análise num caso de sucesso de terapia linguística de avaliação (Caro, 1992, 1996), o qual já tinha sido inicialmente codificado por Isabel Caro e colaboradores através da Escala de Assimilação de Experiências Problemáticas (Stiles, 2002; Stiles et al., 1991). As investigações desenvolvidas com este instrumento de análise da mudança têm corroborado o relacionamento entre a progressão nos estádios de assimilação e o sucesso terapêutico (e.g., Brinegar et al., 2008; Honos-Webb & Stiles, 1998; Honos-Webb, et al., 1999b, 2003; Stiles, 2006; Stiles et al., 1991). O sucesso terapêutico caracteriza-se por estádios de assimilação superiores, a partir do quarto estágio que é visto como ponto de viragem por dizer respeito à compreensão/*insight*, enquanto no insucesso terapêutico emergem apenas os estádios iniciais de assimilação (até ao terceiro), tal como mencionado no capítulo anterior.

Também este caso específico é congruente com o padrão de evolução dos estádios de assimilação típico do sucesso terapêutico, encontrando-se nele igualmente o padrão de desenvolvimento de MIs que parece caracterizar o sucesso terapêutico. Todavia, o principal objectivo deste estudo consistia na análise de eventuais pontos de convergência e de divergência na articulação entre os MIs e os estádios de assimilação, apesar de se tratarem de modelos distintos com diferentes metodologias de análise da mudança. Assim, estádios de assimilação iniciais (até ao quarto) parecem convergir com os MIs de acção, de reflexão e de protesto subtipo I, isto é, ainda centrados no desafio do problema, enquanto os estádios de assimilação finais (a partir do quarto) tendem a estar relacionados com os MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança, existindo uma forte convergência com o quinto e o sexto estágio (estádio de assimilação de aplicação e de solução do problema, respectivamente).

1.2. Os momentos de inovação em contexto não terapêutico

Com o intuito de compreender o impacto dos MIs nos processos de mudança que ocorrem externamente ao contexto terapêutico, Cruz e Gonçalves (no prelo) e Meira e colaboradores (2009b) desenvolveram estudos exploratórios, tendo o primeiro um plano transversal e o último um *design* longitudinal. Assim, estas investigações pretenderam analisar se os MIs se assumiam igualmente como oportunidades de mudança em amostras não clínicas e sem intervenção terapêutica, o modo como emergem e se os diferentes tipos se associam a diferentes dificuldades e como emergem numa tarefa sem suporte terapêutico. Além disso, ao estudarem a mudança na resolução de problemas de vida diários significativos, na ausência de apoio psicológico especializado, os autores colocavam hipóteses de estabelecimento de pontes com o que sucede em psicoterapia. Assim, constituiu-se como condição essencial que os 27 participantes do estudo de Cruz e Gonçalves (no prelo) e os 13 da amostra do trabalho desenvolvido por Meira (2009a) não possuíssem sintomatologia psicopatológica nem o recurso a intervenção terapêutica. Relativamente ao primeiro estudo, a recolha das narrativas tornou-se possível com base numa entrevista semi-estruturada que possibilitou informação sobre 3 tipos de dificuldades (resolvida, persistente, ou seja, presente na vida das pessoas por um período superior a 6 meses, e actual).

O segundo estudo foi concebido como uma evolução e aprofundamento do primeiro, analisando a emergência e o desenvolvimento dos MIs à medida que a pessoa se depara com uma dificuldade significativa. Tratou-se de um procedimento de investigação longitudinal de quatro meses de entrevistas em intervalos de duas a três semanas, resultando no agrupamento dos participantes no grupo com mudança ou no grupo sem mudança.

Os padrões de inovação obtidos em ambos os estudos sobre os processos de mudança da vida diária parecem estar em conformidade com os encontrados nas amostras a partir do contexto da psicoterapia (Matos, Santos, Gonçalves & Martins 2009; Mendes et al., 2010; Ribeiro et al., 2009), cabendo aos MIs de reconceptualização e de desempenho de mudança as maiores saliências no grupo com mudança e o seu predomínio caracterizou as dificuldades resolvidas, remetendo-nos este dado para a

existência de distintos poderes criativos dos MIs para o processo de mudança não terapêutica.

1.3. O que nos dizem as diferentes análises sobre os momentos de inovação?

O facto de assistirmos à presença de MIs desde a primeira sessão em ambos os grupos leva Matos e Gonçalves (2004) a especular sobre a exploração da novidade antes do início da terapia, reforçando a presença contínua de vozes alternativas à narrativa dominante. Neste enquadramento, Gonçalves e colaboradores (2010a) postulam que a presença de MIs na primeira sessão dos casos de insucesso terapêutico reforça a ideia de que a possibilidade da construção de novos *selves*, ou seja, a abertura à mudança existe em simultâneo com o domínio da narrativa problemática, estando sempre presentes movimentos potenciais em direcção à construção de novas narrativas, mesmo que posteriormente continuem a ser ignorados ou trivializados.

A progressão de MIs ao longo da terapia parece caracterizar os casos de sucesso, sendo que a sua elaboração narrativa permitirá a evolução destes MIs para histórias preferenciais, constituindo, assim, os alicerces subjacentes ao processo de mudança. É então o perfil diversificado dos MIs que se desenvolveu numa narrativa progressiva que se associa ao sucesso terapêutico e, conseqüentemente, à construção de mudança pela sua capacidade de transformação das narrativas dominantes.

O aumento da diversidade e saliência dos MIs ao longo dos processos terapêuticos de sucesso aponta para a importância dos diferentes tipos de MIs na construção da mudança, sugerindo a necessidade de uma *gestalt* de MIs (Gonçalves et al., 2009a; Matos et al., 2009). Adicionalmente, a categoria de reconceptualização parece assumir uma posição de destaque porque se esta não estiver presente e se não houver articulação com os MIs de acção, de reflexão e de protesto a elaboração de novas narrativas torna-se mais difícil. Assim, a elaboração de MIs não é suficiente para a mudança ocorrer, sendo fundamentais determinados tipos de MIs (Santos, 2009a). Na verdade, são os MIs de reconceptualização que parecem dar significado às novidades de acção, de reflexão e de protesto pela sua expansão, o que permite validar a mudança em curso, daí fazer todo o sentido que este tipo de MIs surja na fase intermédia do processo

terapêutico, com uma tendência crescente até ao seu término, representando os MIs de desempenho da mudança a *performance* da própria mudança, em contraponto com os MIs de acção, de reflexão e de protesto que se destacam nas fases iniciais. De facto, a reconceptualização parece assumir um papel decisivo no processo terapêutico, funcionando como mecanismo de ligação entre os restantes MIs por promover novas formas de agir, sentir e pensar que retratam uma nova narrativa do *self*, já que permite a assimilação da voz problemática, bem como de novas vozes. O sentido de autoria subjacente aos MIs de reconceptualização permite ao narrador contrastar-se com o *self* anterior, monologizado pelo domínio da voz do problema, percebendo igualmente os processos que estiveram na base da construção narrativa desta sua nova versão de si (Gonçalves, no prelo). É esta meta-posição sobre o próprio processo de mudança que caracteriza os MIs de reconceptualização que promove o sentido de autoria da nova narrativa e também dos seus novos guiões. Se atendermos à sua coerência e estrutura, torna-se facilmente perceptível a sua ligação com a expansão da narrativa emergente para o futuro, o mesmo é dizer com os MIs de desempenho de mudança (Matos et al., 2009).

A este propósito é de particular interesse o estudo de Cavadas (2009) que, num enquadramento dialógico, analisou a relação dos MIs com as vozes/posições do *self*, num caso de sucesso da referida amostra com mulheres vítimas de violência na intimidade. Os dados desta investigação exploratória sublinham a ideia de que o domínio da narrativa problemática não é incompatível com a presença de multiplicidade de vozes, existindo, contudo, um tema dominador que organiza toda a narrativa. A emergência de novas vozes e o estabelecimento de novas relações entre as posições existentes, associada à perda de poder das vozes dominantes, permite a reorganização do repertório de posições e, conseqüentemente, da narrativa do *self*. Além disso, tal como hipotetizado, existiram diferenças significativas entre o número de vozes que emergiram nos diferentes tipos de MIs, apontando a reconceptualização como o tipo de MIs com multiplicidade superior de posições, o que reforça a sua complexidade e relevância no processo de construção de mudança.

Gonçalves e colaboradores (2009a) apontam as categorias de acção e de reflexão como formas mais elementares de validação da mudança, representando indicadores de que a novidade está em curso, embora, por si só, não possam ser responsáveis pelo movimento em direcção a uma nova narrativa do *self*. Já o espaço retórico subjacente

aos MIs de protesto é visto pelos autores como um passo importante para o processo de mudança, ajudando o cliente na sua separação em relação ao problema. Será importante referir que os movimentos que caracterizam as fases intermédias em terapia focada nas emoções são considerados por Mendes e colaboradores (2010) como centrais na construção da mudança, enfatizando o papel da categoria de protesto nesta nova elaboração. Este tipo de MIs parece facilitar o processamento afectivo e cognitivo da experiência emocional do cliente, potenciando o necessário sentido de autoria, espelhado nos MIs de reconceptualização, da nova narrativa do *self*. Este protesto face ao problema promove um reposicionamento por parte do cliente, que o poderá encaminhar para o desenvolvimento de uma meta-posição, fomentando um posicionamento activo da pessoa enquanto autor e actor da nova narrativa, ou seja, à emergência da reconceptualização. Assim, a meta-perspectiva do processo de mudança permite ao cliente examinar o curso dos outros MIs, inculcando estrutura e coerência à narrativa pela forma como organiza a sua emergência e lhes atribui significado. *Self* passado e *self* emergente vêm-se contrastados nesta meta-posição, facto que facilita a sustentação da mudança. Os autores defendem ainda que os MIs de desempenho da mudança representam precisamente a expansão da nova história no futuro, como reflexo das mudanças ocorridas sob a forma de novos planos, projectos, intenções e experiências. Serão então necessários ciclos de MIs ao longo da terapia, dado o poder distinto de cada tipo de MI, para se consolidar a nova elaboração narrativa. Cada ciclo poder-se-á ver ampliado e validado pelos outros significativos, contribuindo para a emergência de novos ciclos.

Também os resultados do estudo de Pinheiro (2009) se enquadram nos pressupostos teóricos já apresentados, uma vez que cabe à reconceptualização o papel de destaque no processo de transformação entre o *self* passado e o presente, sendo para isso necessária a aquisição de *insight* (estádio de assimilação quatro, na APES) e a evolução em estádios subsequentes. Esta interligação de novas posições do *self* pressupõe uma compreensão do problema e a sua aceitação, cabendo ao cliente a autoria e narração do seu processo de mudança. A reconceptualização marca então o ponto de viragem na integração de novas facetas do *self*, potenciando uma evolução preferencial no sentido de estádios de aplicação (estádios de assimilação nível cinco, seis e sete, na APES), o mesmo será dizer para o desempenho da mudança.

Relativamente aos processos de mudança da vida diária, os dados parecem realçar o padrão de mudança encontrado com as amostras terapêuticas. A categoria de reconceptualização parece ser um elemento-chave na consolidação da mudança, na verdade isso pode ser demonstrado quando comparamos as dificuldades resolvidas com as não resolvidas. Por outro lado, os MIs de desempenho da mudança parecem ter relevância por serem novas *performances* e experiências sustentadas pelo processo de mudança, especialmente quando comparamos dificuldades persistentes com resolvidas. Os dados apontam para a transversalidade do padrão de mudança narrativa previamente apresentado quer se trate de contexto terapêutico, quer de um contexto de resolução diária de problemas de vida significativos. De um modo global, os estudos sugerem que a reconstrução da narrativa do *self* depende da estruturação de relações entre MIs, em vez da sua mera acumulação.

1.4. Síntese integradora dos resultados decorrentes dos estudos com recurso ao Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação

As investigações levadas a cabo com esta metodologia de análise apresentam uma coerência sistemática relativamente a alguns resultados.

De facto, os MIs tanto surgiram nos casos de sucesso como nos de insucesso terapêutico, porém, em todos os trabalhos subordinados à análise dos MIs, a sua saliência superior constituiu o denominador comum aos casos de sucesso terapêutico/resolução de dificuldades, com uma tendência gradual para o seu aumento na progressão terapêutica.

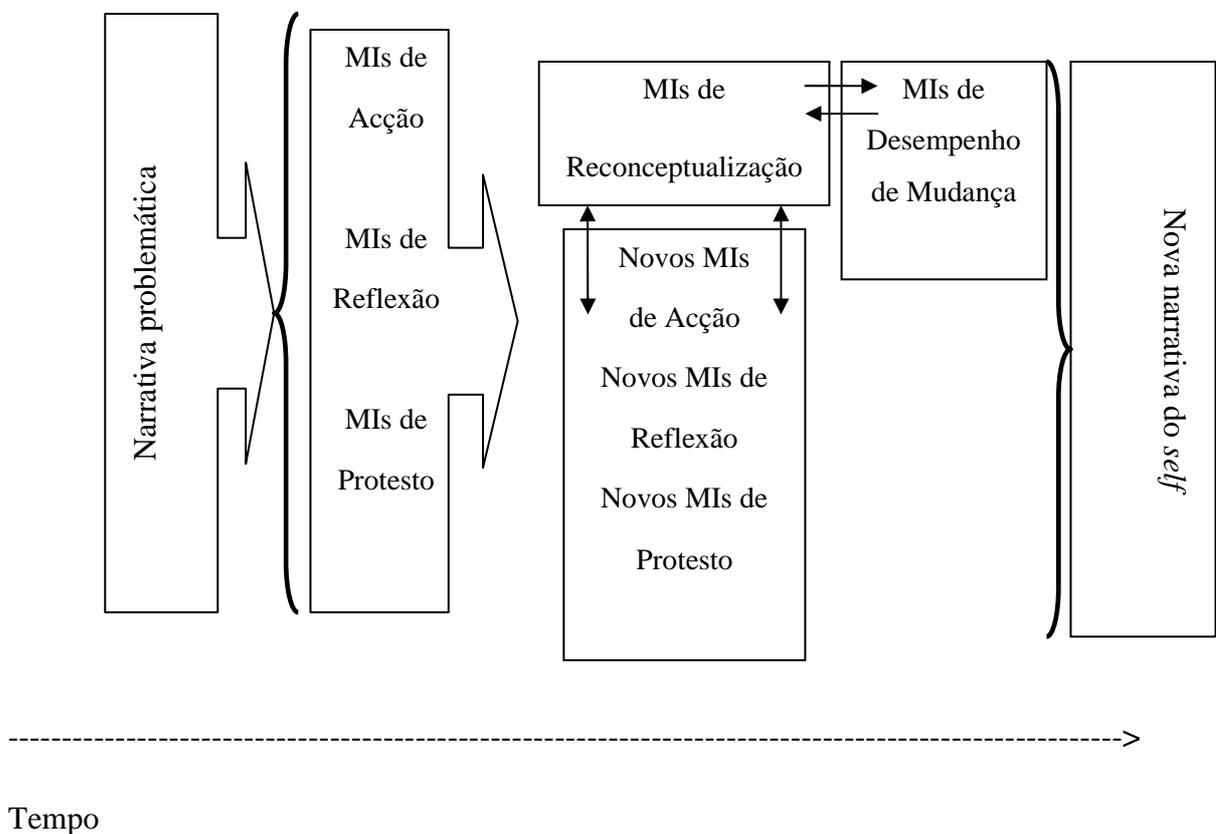
Nas fases iniciais do processo terapêutico, os casos de insucesso assemelhavam-se aos de sucesso, caracterizando-se essencialmente por MIs de acção, de reflexão e de protesto, começando a divergir a partir da fase intermédia com a emergência e saliência superior de MIs de reconceptualização nos casos de sucesso terapêutico. Um importante aspecto de distinção entre os grupos terapêuticos é a ausência ou presença residual dos MIs de reconceptualização no insucesso terapêutico, ocorrendo o mesmo fenómeno nas dificuldades persistentes/não resolvidas, em contraponto com os casos de sucesso terapêutico e de resolução de dificuldades que se vêem francamente enriquecidos por

esta categoria de MIs. Adicionalmente, a reconceptualização tende a emergir a partir da fase intermédia dos processos terapêuticos de sucesso, com uma proporção crescente até ao seu término. Estes resultados estão também relacionados com a emergência dos MIs de desempenho da mudança, já que estes parecem ser subsequentes ao desenvolvimento dos MIs de reconceptualização.

2. Modelo heurístico de mudança terapêutica

O denominador comum entre estes estudos é, de facto, a saliência preponderante dos MIs de reconceptualização nos casos de sucesso terapêutico e/ou resolução de dificuldades, consolidando os dados obtidos com o modelo narrativo. A robustez destes dados conduziu à construção de um modelo heurístico de mudança apresentado por Gonçalves e colaboradores (2009a).

Figura 1: Modelo heurístico de mudança terapêutica (Adaptado de Gonçalves et al., 2009a).



Os autores defendem que para a construção de uma nova narrativa do *self* são necessárias os cinco tipos de MIs, em estreita articulação, pressupondo um processo dinâmico e desenvolvimental, impossível de atingir apenas pela emergência de um tipo específico de MIs, tal como a *Figura 1* pretende retratar. Este processo parece iniciar-se com formas mais elementares de inovação: MIs de acção, de reflexão e de protesto que corresponderão a mudanças de nível 2. Funcionam como marcadores narrativos da mudança que se inicia tanto para o próprio como para os outros significativos, por representarem novas formas de agir e pensar, externas à redundância da narrativa problemática. Neste contexto, a novidade parece caracterizar-se inicialmente por ciclos de MIs de acção, de reflexão e, por vezes, em paralelo com a emergência de MIs de protesto. O cliente começa a agir de modo diferente e, conseqüentemente, a pensar de modo distanciado à narrativa problemática e *vice-versa*. Gonçalves e colaboradores (2009a) colocam a hipótese de que estes ciclos potenciarão o desenvolvimento da categoria de protesto que, por sua vez, poderá despoletar o aparecimento de mais MIs, sugerindo a existência de uma estreita ligação entre estes três tipos de MIs.

Os autores especulam que o subtipo II dos MIs de protesto e de reflexão são de particular importância por possibilitarem ao cliente uma inovação criativa de distanciamento ao problema, assumindo uma nova posição do *self* que permitirá o desenvolvimento de narrativas alternativas, fazendo com que o cliente se reavalie face ao problema e possa a partir daí assumir novas posições. Este subtipo de MIs parece assim potenciar uma trajetória para o desenvolvimento da categoria de reconceptualização (Gonçalves et al., 2009a; Matos et al., 2009).

A partir da fase intermédia da terapia surgem os MIs de reconceptualização, que são fundamentais na sustentação da mudança. As suas características processuais possibilitam a compreensão da transformação ocorrida entre o *self* antigo e o novo *self*. Assim, a sua estrutura narrativa consegue integrar o passado e o novo, transformando os padrões iniciais, o que nos leva a conceber a reconceptualização como uma ponte semiótica entre a narrativa inicial e a emergente. A sua natureza não episódica permite assim integrar os MIs que entretanto emergiram, inculindo-lhes coerência, estrutura e complexidade narrativa que, isoladamente, seriam impossíveis de atingir. Gonçalves et al., (2009a) e Matos et al., (2009) hipotetizam que estes MIs funcionam como campo *gravitacional* que congrega as inovações, uma vez que vão permitir a atribuição de significado e de propósito aos outros MIs, bem como fomentar a emergência de novos

MIIs congruentes com a nova narrativa que está a ser construída, isto é, à medida que a pessoa se narra de modo diferente, vai elaborar novas acções, novas reflexões e novas formas de protesto. Existe então um ciclo reforçador de sustentação entre os MIIs de reconceptualização e os outros MIIs mais elementares, fundamental para novas construções de significado. A essas construções está subjacente o papel de autoria que os MIIs de reconceptualização também possibilitam ao cliente no processo de mudança, assumindo simultaneamente os papéis de actor e de autor da narrativa, já que está capaz de aceder ao próprio processo de mudança, compreendendo as transformações ocorridas. Na verdade, a posição de autoria da mudança mobiliza activamente o cliente no desenvolvimento de mais inovações que consolidem o processo, sendo necessários vários ciclos de MIIs de acção, reflexão e protesto, seguidos de reconceptualização. Por último, cabe aos MIIs de desempenho da mudança a expansão do processo de mudança para o futuro, ampliando o processo de transformação ocorrido.

Em consonância com os pressupostos de Fogel e colaboradores (2006), as mudanças de nível 1 corresponderão às que ocorrem dentro da narrativa problemática e as de nível 2 vêem-se retratadas no meio da *Figura 1*. Já as mudanças de nível 3 dizem respeito à emergência da nova narrativa do *self*, a qual remonta à emergência dos MIIs de reconceptualização e aos processos que lhe são inerentes, bem como a sua ampliação no tempo.

3. Síntese do capítulo

Neste capítulo foi explanado o enquadramento narrativo dos processos de mudança, salientando-se o poder transformador dos conteúdos narrativos, bem como do próprio processo de construção das narrativas, associado à elaboração e desenvolvimento de MIIs. Assim, em contexto terapêutico, defendeu-se que a construção de novos significados depende da identificação e expansão de MIIs, já que estes representam a ausência de funcionamento sob o domínio da narrativa problemática. Focou-se o estudo de Matos e Gonçalves (2004), com o intuito de se tornarem mais compreensíveis os cinco tipos de MIIs. Os MIIs foram alvo de análise empírica, quer em diferentes contextos psicoterapêuticos com amostras distintas, quer em contexto não

terapêutico, tal como ilustrado neste capítulo. A integração dos dados dos diferentes estudos sugeriu que a mudança narrativa opera pela agregação e consolidação dos significados dos MIs e aponta para uma transversalidade inerente ao padrão de mudança narrativa. A robustez destes dados levou Gonçalves e colaboradores (2009a) a construir o modelo heurístico de mudança que aqui foi apresentado.

Todavia, o potencial transformador dos MIs pode ser atenuado por movimentos de retorno à narrativa problemática. Esses processos serão alvo de consideração ao longo do capítulo IV. De facto, torna-se relevante compreender os processos que estão na origem da perda do potencial de mudança dos MIs, impedindo novas construções narrativas, já que estes estão sempre presentes, mesmo nos casos de insucesso, tal como referido nos estudos que apresentámos neste capítulo.

Capítulo IV: Compreensão narrativa da estabilidade terapêutica

O problema não é o problema.

O problema é a atitude em relação ao problema.

Kelly Young

1. O problema como promotor de mudança

Mahoney (1998) defende que as formas de mudança se poderão tornar mais perceptíveis quando nos defrontamos com um problema ou obstáculo específico, como os que os clientes trazem para o contexto terapêutico. No fundo, não são os episódios comuns das suas experiências que habitualmente se tornam mais difíceis de abordar, mas antes os eventos que questionam, desafiam e/ou divergem do seu actual sistema de significados do *self*, sendo, na sua essência, o problema que incute valor às narrativas, o propósito para serem narradas. Assim, as narrativas sobre eventos de conflitos e repletas de tensão são de especial importância para a construção de significado, já que esses eventos necessitam de elaborações narrativas no sentido de reduzir a sua dissonância cognitiva (McAdams, 1993, 2001; McAdams & Pals, 2006). Os problemas partilhados pelos clientes em terapia retratam frequentemente episódios que não conseguem ser integrados na actual narrativa do *self*. Estas narrativas de problemas significativos tendem a estar associadas a níveis elevados de ambiguidade, tensão e conflito relativamente aos actuais sistemas de construção de significado. Neste âmbito, também Josephs e colaboradores (1999) defendem a impossibilidade de mudança ou inovação sem a existência de tensão dentro do sistema de significados do *self*. O sistema de significados do *self* encontra-se assim em evolução, atendendo ao facto de as pessoas serem confrontadas ao longo do curso de vida com experiências de difícil assimilação, obrigando a sucessivas reorganizações do sistema de construção de significado (Crossley, 2000).

Na verdade, a terapia é potenciadora de processos de transformação, mas tal não invalida que os clientes de algum modo lhes resistam na medida em que todas as mudanças psicológicas significativas envolvem alterações nos significados pessoais. Mudar implica alterar a identidade do *self*, alterar o sentido de integridade ou coerência, não sendo por isso surpreendente que o *self* tente proteger-se e resista em modificar os seus actuais esquemas identitários. Segundo Arkowitz e Engle (2007), é inevitável falar em resistência ou em ambivalência, designação que os autores privilegiam, quando se fala em mudança, já que esta conduz à incerteza e à imprevisibilidade que abalam os alicerces da actual noção de *self*. Neste sentido, estes comportamentos poderão ser vistos como auto-protectores (Ecker & Hulley, 1996; Feixas, Sánchez & Gómez-Jarabo, 2002; Fernandes, Senra & Feixas, 2009; Kelly, 1995, cit. in Gonçalves et al., 2010e), atendendo ao facto de reflectirem formas de proteger a estrutura nuclear do *self*.

2. Bloqueio nos processos mudança: a inovação na manutenção da voz do problema

As auto-narrativas conferem estabilidade, continuidade e previsibilidade à da construção de significados, havendo por isso uma tendência para serem resistentes à mudança (Santos, Gonçalves & Matos, 2010). Do relacionamento dialógico entre a emergência de MIs e a narrativa dominante poder-se-ão desenvolver processos de atenuação ou de ampliação semiótica (Valsiner, 2008). Num contexto de ampliação da novidade, os significados que emergem poderão ser narrativamente construídos e expandidos, contribuindo para a elaboração de novas formas de significação numa nova narrativa. Isto significa que o processo de ampliação semiótica alarga novas formas de agir, sentir ou pensar, criando oportunidades para novos desenvolvimentos e processos de transformação. Neste sentido, a presença dos MIs sobrepõe-se ao domínio da voz da narrativa problemática, promovendo assim a construção da mudança. Já no que diz respeito aos processos de atenuação dos MIs, assistimos a uma desvalorização das inovações por estas não serem concordantes com os significados da narrativa inicial, promovendo a estabilidade semiótica do sistema de construção de significados e assim constringendo novas construções. A atenuação dos MIs reflecte um retorno à narrativa problemática, inibindo o desenvolvimento do seu potencial transformador. O *self*

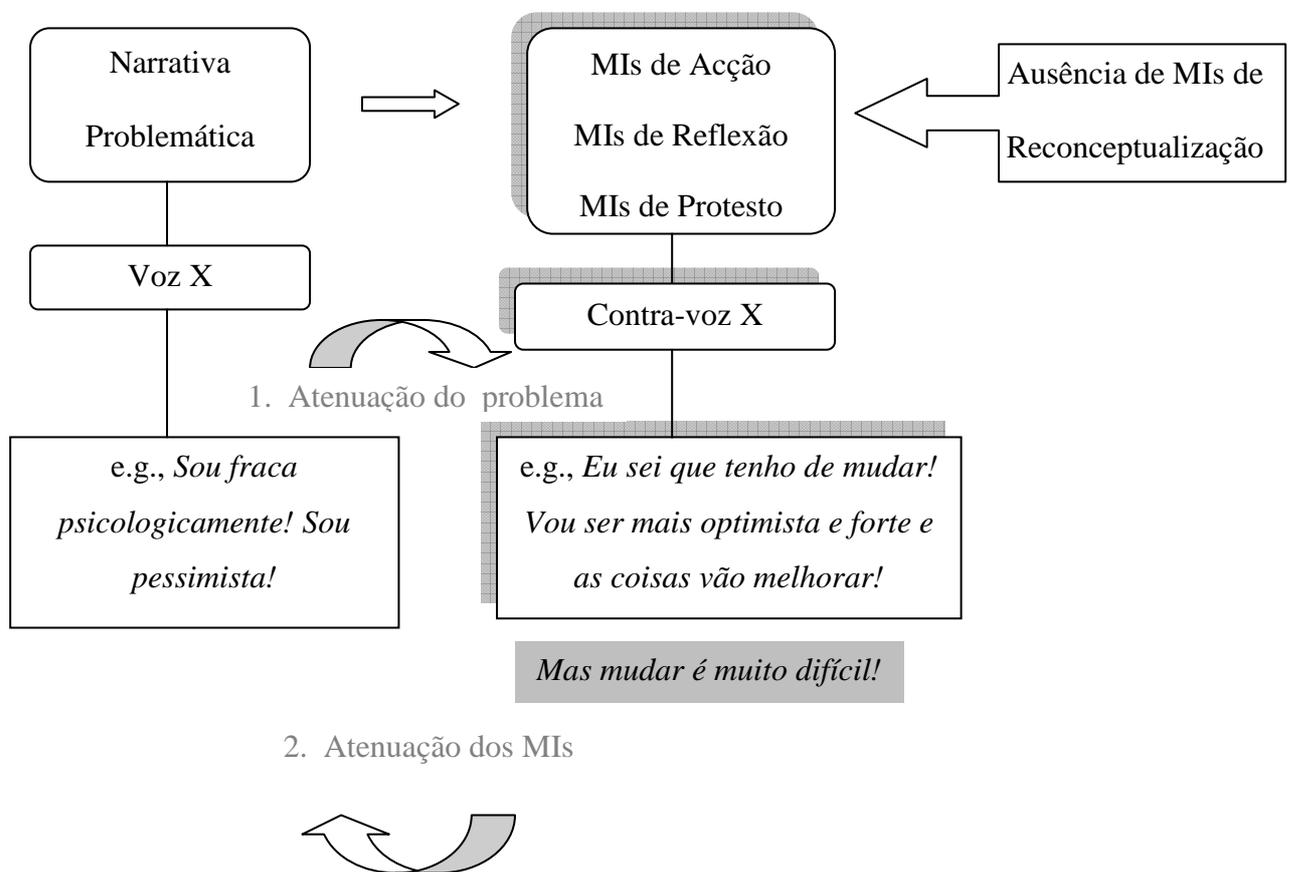
esforça-se por restaurar o seu sentido de continuidade, protegendo-se da incerteza da mudança, retornando ao registo de funcionamento da anterior narrativa identitária, abortando, assim, o poder transformador dos MIs. No fundo, trata-se de um processo de retrata um movimento defensivo face à inovação.

Os MIs possuem a capacidade de desafiar a narrativa problemática, colocando em causa a sua relativa estabilidade (Ribeiro & Gonçalves, no prelo; Cunha & Ribeiro, 2009). De acordo com a perspectiva humanista de Arkovitz e Engle (2007), todas as sensações de ameaça irão gerar ambivalência face à potencial mudança, despoletando inicialmente uma resposta protectora do *self* com o intuito de manter o cliente distanciado da ansiedade associada à construção da mudança, trivializando assim a informação que é discrepante com os iniciais padrões de auto-organização. Aplicando esta visão aos MIs, estes poderão ser perspectivados como informação discrepante que gera contradição interna ou ambivalência, por criarem descontinuidade ou ruptura que desafia a actual concepção do *self* (Ribeiro & Gonçalves, no prelo; Cunha & Ribeiro, 2009). A atenuação dos MIs reduz o seu impacto, reforçando o domínio da narrativa problemática e, conseqüentemente, promovendo a estabilidade do *self*, sentido de integridade ou coerência. Assim, o cliente evita temporariamente o sentido de discrepância associado à emergência dos MIs. Esta contínua oscilação entre a emergência dos MIs, que são sistematicamente atenuados por movimentos de retorno ao problema, retrata uma forma de estabilidade dentro do *self*, tornando a mudança difícil de atingir. De facto, o *self* vê-se a oscilar entre a emergência de inovações (MIs) e o retorno à experiência problemática (narrativa dominante), em movimentos circulares que não potenciam a abertura ao desenvolvimento de processos de mudança. De acordo com Arkovitz e Engle, as pessoas procuram ajuda terapêutica para mudar, mas quando se deparam com a imprevisibilidade e incontrolabilidade associadas à mudança, o *self* terá de optar pela forma de gerir este sentido de ameaça.

Este movimento de retorno ao problema, após a elaboração de um MI, descreve um processo de *mutual in-feeding* (Valsiner, 2002), que representa um modo dialógico de manutenção da estabilidade do *self*, fechando-o à mudança. Duas posições do *self* (narrativa problemática e MIs) produzem um ciclo oscilatório que se reforça reciprocamente. Esta circularidade mantém a estabilidade do *self*, apesar da diversidade narrativa que os MIs produzem (Ribeiro et al., 2009; Santos, 2009a). Deste modo, assiste-se a oscilações recorrentes entre uma voz (da narrativa problemática) e uma

contra-voz (dos MIs) que dominam o *self* alternadamente: duas vozes discordantes em equilíbrio dinâmico que impede o desenvolvimento do sistema de significados (Gonçalves et al., 2009a). As narrativas pessoais problemáticas poderão envolver ocorrências de *mutual in-feeding*, havendo dialogicamente uma voz e uma contra-voz que congela o sistema de significados, tal como ilustrado na *Figura 2*. As relações que estas vozes estabelecem são altamente ambivalentes, promovendo a manutenção da integridade do *self* e potenciando um dilema irresolúvel em si mesmo.

Figura 2: Movimentos de mutual in-feeding (Adaptado de Gonçalves et al., 2009a)



Assim, o poder latente dos MIs vê-se atenuado pelo retorno à narrativa problemática, promovendo estabilidade, fazendo com que estas novas formas de agir, pensar e sentir sejam trivializadas e tenham o seu papel minimizado na construção de significados. Neste registo, à semelhança do que sucede com os MIs, os quais libertam temporariamente o cliente da narrativa problemática, também o retorno ao problema permitirá ao cliente evitar temporariamente a discrepância ou ambivalência provocada

pelas inovações, através da atenuação dos seus significados (Valsiner, 2008). Esta relação cíclica impossibilita a mudança, uma vez que desta forma a ambivalência não consegue ser ultrapassada, reflectindo um processo de protecção da identidade do *self* e sentido de integridade ou coerência (Ecker & Hulley, 1996; Feixas, Sánchez & Gómez-Jarabo, 2002; Fernandes, Senra & Feixas, 2009; Kelly, 1995, cit. in Gonçalves et al., 2010e).

2.1. Os marcadores de retorno ao problema

O conceito de *mutual in-feeding* é operacionalizado pela identificação de referências à experiência problemática, em que após a emergência de um MI, este é negado, trivializado ou desvalorizado – Marcador de Retorno ao Problema (MRP), que pode ser temporalmente assinalado no passado, no presente e/ou futuro. Colocamos de seguida uma ilustração clínica deste processo.

Ilustração clínica:

Cliente: *Não aguento mais esta situação. Quero-me sentir capaz de fazer tudo o que as outras pessoas fazem com as suas vidas, quero-me levantar de manhã e sentir-me bem comigo mesma. Estou cansada de me sentir triste o tempo todo. [MI de protesto] Mas não consigo! É demasiado difícil para mim. [Retorno ao problema].*

2.2. Perspectiva empírica do retorno ao problema

O estudo atrás referido desenvolvido por Ribeiro e colegas (2009) com um caso de sucesso terapêutico do modelo construtivista centrado em dilemas implicativos também teve como foco de análise o processo de retorno ao problema. Neste caso, as sessões iniciais caracterizaram-se pela recorrência do retorno à posição do problema, imediatamente após a emergência de MIs. Este processo ocorreu com todos os tipos de MIs, apesar dos MIs de reflexão possuírem uma frequência mais elevada. Embora os

MIIs de reconceptualização possuísem menor retorno ao problema do que os MIIs de reflexão e de protesto, foram os MIIs de acção e de desempenho da mudança, os que se podem enquadrar na paisagem de acção na visão de Bruner (1986, 2004), que tiveram menos MRPs. O facto de assistirmos a um decréscimo gradual do processo de *mutual in-feeding* ao longo da terapia sugere que o mesmo parece ser ultrapassado pela escalada da narrativa emergente, a qual se torna progressivamente mais diferenciada e elaborada no decurso do processo terapêutico.

Por seu turno, o estudo de Gonçalves e colaboradores (2010e) incidiu na análise dos processos dialógicos envolvidos na manutenção das narrativas pessoais problemáticas nos 10 casos de mulheres vítimas de violência na intimidade anteriormente mencionados. Por recurso ao Sistema de Codificação de Retorno ao Problema (Gonçalves et al., 2009b), os 5 casos de sucesso e os 5 de insucesso terapêutico com o modelo de intervenção narrativo foram codificados na sua totalidade, estudando cada MI no que se refere à presença de MRPs. Gonçalves e colaboradores (2010e) aprofundaram a exploração de três hipóteses, concretamente: (1) a existência de uma percentagem superior de MIIs com MRPs nos casos de insucesso terapêutico; (2) maior frequência de retorno ao problema associada aos MIIs de reflexão e de protesto do que aos MIIs de reconceptualização e de desempenho da mudança; (3) padrão decrescente da percentagem de retorno ao problema nos casos de sucesso e não nos de insucesso ao longo da terapia. Os resultados revelam que a emergência de MRPs ocorreu tanto no grupo de sucesso como no de insucesso, embora o último se tenha caracterizado por uma percentagem significativamente superior de MRPs (cerca de 20%, enquanto no grupo de sucesso a percentagem foi de 2%). Numa análise mais específica aos tipos de MIIs, as categorias de reflexão e de protesto apresentaram as maiores percentagens de MRPs (ver também Conde, 2009). Além disso, os movimentos de retorno ao problema eram menos frequentes nos MIIs de reconceptualização e de desempenho de mudança, comparativamente com os MIIs de reflexão e de protesto. Também o trabalho de Santos (2009a) apontava os MIIs de reflexão e de protesto como os que mostravam mais sinais de recorrente retorno à posição do problema, na análise minuciosa que efectuou a um caso de insucesso da mesma amostra. Já a reduzida percentagem de MRPs encontrada nos MIIs de acção leva Gonçalves e colaboradores (2010e) a especular sobre a relevância das dimensões mais comportamentais na construção da mudança, podendo desempenhar um papel mais efectivo que o

inicialmente sugerido pelo modelo heurístico de mudança. Esta investigação revelou ainda um dado curioso, nomeadamente a ausência significativa de alterações na evolução do retorno ao problema em ambos os grupos, isto é, a percentagem de retorno ao problema manteve-se relativamente estável entre a primeira e a última sessão nos casos de sucesso e de insucesso terapêutico, embora com valores distintos, sugerindo uma relativa estabilidade associada ao processo de *mutual in-feeding*.

Para além de incidir na análise dos subtipos dos MIs de reflexão e de protesto na amostra composta pelos 5 casos de sucesso e 5 de insucesso terapêutico de abordagem narrativa, com o intuito de investigar eventuais diferenças entre os grupos, o estudo de Borges (2009) também se focou na relação entre estes subtipos de MIs e os movimentos de retorno ao problema. Ao nível da percentagem de retorno ao problema, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos terapêuticos no que diz respeito aos MIs de reflexão e de protesto subtipo I, embora o mesmo não se possa afirmar relativamente ao subtipo II de ambos os MIs: surgiram diferenças significativas entre os grupos, sendo a percentagem de retorno mais elevada no grupo de insucesso quer nos MIs de reflexão, quer nos MIs de protesto. Não é de todo estranho que não existam diferenças inter-grupais ao nível do subtipo I, na medida em que, na qualidade de inovações, retratam um distanciamento face ao problema, sendo, por isso, compreensível a sua ligação mais próxima à narrativa problemática, e por isso, haver igual retorno ao problema em ambos grupos terapêuticos, comparativamente com o subtipo II. Por seu turno, pelas suas características mais orientadas para a mudança, os MIs de subtipo II vincam a possibilidade de construir novas formas de pensar, de sentir e de ser, implicando um novo posicionamento face ao problema que parece servir de patamar para a elaboração da mudança. Neste sentido, parecem contribuir para a emergência de outros tipos de MIs e potenciar assim o desenvolvimento de processos narrativos de mudança. De acordo com Borges (2009), o potencial inovador dos subtipos II dos MIs, por retratarem novas atitudes perante as prescrições do problema, parece estar eliminado nos casos de insucesso terapêutico, equacionando-se a hipótese de que estes subtipos são geradores de maior ambivalência por acentuarem ainda mais as possibilidades de construções alternativas. De facto, os níveis de retorno ao problema são superiores nos MIs de subtipo II, o que pressupõe que o impacto dos MIs com maior poder desenvolvimental é anulado, impedindo a ocorrência de mudanças de nível 3. Com o intuito de manter a estabilidade do *self*, a pessoa tenta gerir a ambivalência

causada por recurso a movimentos de retorno ao problema, atenuando estas inovações (Gonçalves, no prelo; Gonçalves et al., 2010e; Gonçalves et al., 2009b).

2.2.1. Compreender empiricamente o retorno ao problema

A conversação terapêutica poderá ser rica na emergência e elaboração de MIs e, por isso, ser geradora de discrepância ou contradição interna (Ribeiro & Gonçalves, no prelo) e o modo como o cliente gere este sentido de ameaça resultará na elaboração de uma nova narrativa do *self*, pelo desenvolvimento dos MIs, ou na manutenção da narrativa problemática, promovendo um sentido de continuidade ou coerência por processos de atenuação dos MIs. Assim, a gestão destes processos parece assumir um papel decisivo na construção da mudança. De acordo com os dados, a prática clínica poderá assim ser melhorada se os terapeutas e clientes se debruçarem no desenvolvimento de processos de ampliação dos MIs como forma de lidar com o retorno ao problema.

Gonçalves e colaboradores (2010a) colocam a hipótese de serem os MIs de reconceptualização os promotores das resoluções de processos de *mutual in-feeding*, permitindo que o *self* se destabilize para posteriores mudanças, já que esta categoria de MIs tem o potencial de assimilar as duas posições em conflito e progressivamente integrar a anterior narrativa dominante na emergente. Na verdade, nos MIs de reconceptualização, de acordo com a sua natureza, assistimos a uma meta-reflexão relacionada com o processo de transformação, tornando difícil a ocorrência de processos de *mutual in-feeding*. Do mesmo modo, os MIs de desempenho da mudança, por implicarem a generalização do processo de mudança a vários domínios da vida e por isso representarem *per se* as consequências da mudança, não estarão frequentemente associados a movimentos de retorno ao problema (Gonçalves et al., 2010e).

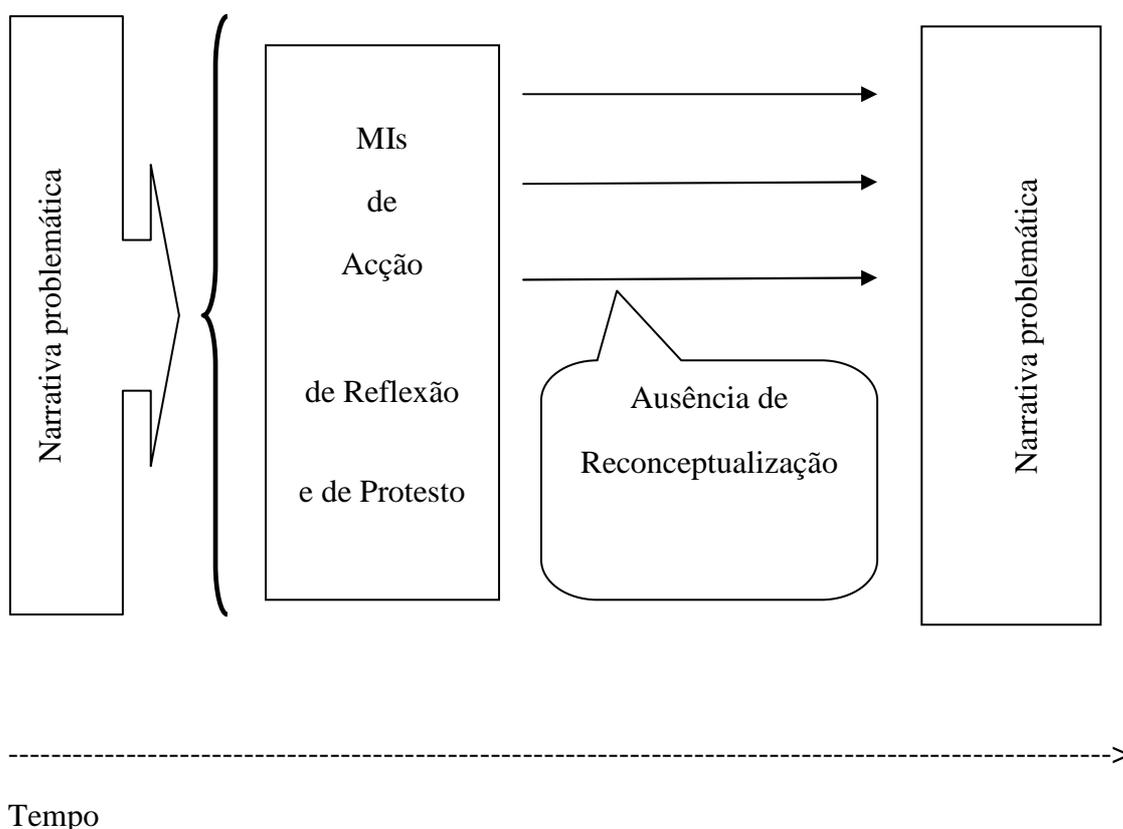
Na verdade, a elevada saliência de MIs com retorno ao problema é particularmente notória até à emergência das primeiras reconceptualizações, existindo até então um equilíbrio entre a voz do problema e a voz dos MIs. O recorrente retorno ao problema é ultrapassado pela escalada da narrativa emergente que, por sua vez, é potenciada pela síntese de novas vozes, em que os MIs de reconceptualização parecem desempenhar um papel fundamental por permitirem a assimilação da voz problemática e

de novas vozes (Ribeiro et al., 2009). De acordo com Valsiner (2002), a terapia influi neste processamento semiótico por intervir na diferenciação e elaboração de novas vozes, uma vez que o contexto interaccional com o terapeuta promove a compreensão do domínio da voz da narrativa problemática e de vozes inovadoras, que deverão ser ampliadas, potenciando a elaboração de novas vozes e, conseqüentemente, processos semióticos de mudança.

3. Modelo genérico de estabilidade

A distinção dos MIs permite-nos diferenciá-los enquanto marcadores narrativos específicos que retratam conteúdos discursivos particulares, contribuindo de maneira singular na promoção da mudança. Apesar da sua especificidade, nalguns casos, os MIs de reflexão e protesto parecem apenas possuir o potencial de transformar a narrativa problemática quando em interacção com os MIs de reconceptualização, podendo suportar o domínio da narrativa problemática na ausência dos últimos (Gonçalves et al., 2009a). De facto, os MIs de reflexão e de protesto poderão representar uma mera negação do problema, uma vez que dizem respeito a pensamentos ou formas de resistência, cujos significados, de algum modo, se encontram influenciados pela narrativa problemática, não reflectindo posteriores elaborações narrativas como as que assistimos com os MIs de reconceptualização. Estabelecendo novamente um paralelismo com o modelo de concepção desenvolvimental da mudança de Fogel e colaboradores (2006), a emergência dos MIs de acção, de reflexão e de protesto despoletam mudanças de nível 2, mas este potencial de mudança ver-se-á anulado na ausência de MIs de reconceptualização (ver *Figura 3*), tendo o cliente de se voltar a organizar segundo as regras da narrativa inicial, o que impossibilita o desenvolvimento do processo para mudanças de nível 3. Gonçalves e Salgado (2011) postulam que o insucesso terapêutico se caracteriza pela inexistência de mudanças de nível 3, apesar da emergência dos MIs. Neste sentido, o potencial de mudança dos MIs de reconceptualização parece ser uma condição chave para o sucesso terapêutico por pressupor uma meta-posição relativa a uma estrutura narrativa que integra a narrativa inicial e a emergente, bem como os restantes MIs no decurso de um processo de autoria.

Figura 3: Modelo genérico de estabilidade (Adaptado de Gonçalves & Salgado, 2011)



Fará algum sentido nos debruçarmos sobre as razões que impedem a emergência dos MIs de reconceptualização nos casos de insucesso terapêutico, visto que se constitui como condição fundamental para a ocorrência de mudanças de nível 3. Na concepção de mudança de Gonçalves e colaboradores (2010a), a emergência de MIs de reconceptualização pressupõe a anterior acumulação e consolidação de MIs de acção, de reflexão e de protesto. A repetição destes MIs traduz-se num aumento da sua duração e a coerência narrativa que caracteriza os MIs de reconceptualização deriva do desenvolvimento destes MIs mais elementares, cabendo à reconceptualização funcionar como *campo* gravitacional que os agrega. Será então o desenvolvimento de MIs mais elementares que potenciará a emergência de MIs mais complexos, ou seja, falamos da construção de uma coerência narrativa associada a uma meta-posição sobre o processo de mudança. Em suma, a complexidade dos MIs de reconceptualização incute-lhes um papel chave no processo de construção da mudança, papel esse que merece uma reflexão mais profunda.

4. A importância dos momentos de inovação de reconceptualização

De acordo com Gonçalves e Salgado (2011), o cliente torna-se autor da nova narrativa não apenas por aceder ao processo de mudança, mas principalmente por assumir uma meta-posição sobre o processo. Essa meta-posição resulta da conjunção de três elementos fundamentais que estão presentes nos MIs de reconceptualização, nomeadamente: estrutura e direcionalidade (por criar uma direcção desenvolvimental para os MIs mais moleculares); integração (da narrativa anterior com a emergente, impedindo a fragmentação do *self*); *performance* da mudança (quer entre as diferentes posições do *self*, como entre o *self* e os outros promovendo a consolidação da identificação com o novo *self*). De seguida especificaremos cada um destes elementos que caracterizam os MIs de reconceptualização.

Ao operar como campo *gravitacional* que atribui propósito e significado aos MIs de acção, de reflexão e de protesto (tidos como MIs mais moleculares em termos de estrutura narrativa), os MIs de reconceptualização agregam estas inovações na sua estrutura. É precisamente a sua complexidade narrativa que imprime uma organização coerente aos referidos MIs, relacionando-os e dirigindo-os no processo de mudança. Assim, os MIs de reconceptualização poderão assumir um papel amplificador, desenvolvendo o processo de construção numa determinada direcção.

No que se refere ao conteúdo dos MIs de reconceptualização, deparamo-nos com uma posição contrastante entre o *self* anterior e o emergente. Ao processo de transformação entre o *self* anterior e o emergente está subjacente uma meta-posição que, não só permite aceder e descrever o processo de mudança, como também estabelecer ligações temporais entre as duas posições. Esta ponte histórica entre o *self* anterior e o emergente facilita uma integração que caracteriza a nova narrativa do *self*, impedindo a sua fragmentação.

Reconceptualizar poderá assim ser sinónimo de auto-observação do processo de mudança pela inerente meta-posição que descreve o processo, mas implica também uma *performance* de um agente que simultaneamente é o seu autor e um compromisso com estes novos desempenhos, aspectos que são fulcrais para uma mudança de índole desenvolvimental. Na verdade, os MIs de reconceptualização possibilitam a emergência de um compromisso entre uma posição (a narrada) e o *self*, contemplando outras

posições. Tal como Wortham (2001) defende, conteúdo e acto de narrar são dois processos interligados que caracterizam o *self*. O desenvolvimento da *performance* do *self* é indissociável da meta-posição dos MIs de reconceptualização e são os processos de repetição dessa *performance* que irão permitir a sustentação da nova narrativa do *self*. A nova *performance* do *self* é observada e consolidada quer pela audiência interna (outras posições do *self*), quer externamente, operando o terapeuta e os outros significativos igualmente como audiência desta *performance*. Consequentemente, irão emergir outros ciclos de MIs de acção, de reflexão e de protesto que, por sua vez, potenciarão novas reconceptualizações, visto que o processo de mudança é circular. Gonçalves e Salgado (2011) sublinham assim a repetição como um processo fundamental na mudança desenvolvimental, permitindo uma identificação progressiva com uma nova narrativa do *self*, bem como um gradual afastamento em relação à narrativa inicial.

5. Síntese do capítulo

Neste capítulo a nossa atenção centrou-se nos movimentos de retorno ao problema, apresentando as concepções teóricas que explicam estes movimentos, bem como as investigações desenvolvidas sobre este tema. Começámos por associar os problemas aos processos de mudança, já que para que esta possa ocorrer é vital a existência de tensão dentro do sistema de significados do *self* (Josephs et al., 1999), o que implica esforços acrescidos de construção de significado para assimilar as experiências de valência negativa, o mesmo será dizer os problemas. No curso da sua vida, os seres humanos frequentemente deparam-se com experiências que podem ser entendidas como problemas, mas o facto de estas continuarem com uma definição problemática e não serem alvo de processos de construção de novos significados constituiu o âmago deste capítulo. Neste sentido, apresentámos os MIs como oportunidades de desafio que poderão constituir uma ameaça à relativa estabilidade do *self*, por representarem uma informação que é discrepante com a actual concepção do *self*. Os movimentos de retorno ao problema, após a elaboração de inovações, foram aqui descritos como processos de *mutual in-feeding* (Valsiner, 2002). Foram igualmente apresentados os MRPs como ferramentas de análise dos referidos processos e a sua

aplicação em amostras terapêuticas, de modo a podermos compreender empiricamente os movimentos de retorno ao problema e a sua ligação com as diferentes categorias de MIs. Com base nos resultados dos estudos desenvolvidos, apresentámos o modelo genérico de estabilidade, sublinhando o papel que a ausência dos MIs de reconceptualização desempenha neste âmbito.

Analisar empiricamente a emergência e desenvolvimento dos MIs numa amostra de terapia centrada no cliente, bem como estudar a sua atenuação, através de processos de *mutual in-feeding*, constitui a parte empírica desta dissertação. No capítulo V são exploradas estas dimensões de análise, considerando os postulados teóricos e empíricos defendidos ao longo destes capítulos.

Capítulo V: Análise empírica dos momentos de inovação em terapia centrada no cliente

Os capítulos anteriores fornecem-nos a moldura teórica e empírica dos processos de mudança narrativos e da abordagem conceptual da terapia centrada no cliente, sendo que o propósito central que nos motivou para a elaboração desta investigação diz respeito à análise dos padrões de emergência dos MIs nesta forma de intervenção terapêutica em particular.

De uma perspectiva narrativa, sugerimos que independentemente da orientação teórica e/ou modelo de intervenção todos psicoterapeutas almejam reduzir o domínio da narrativa problemática, promovendo transformações associadas ao desenvolvimento pessoal. Desta feita, esta investigação procura perceber e explorar os novos significados presentes no processo de mudança terapêutica, bem como a sua emergência e organização, de modo a conseguir compreender as suas singularidades. Procuramos então compreender como é que as pessoas mudam em terapia centrada no cliente e quais as eventuais pontes que poderemos estabelecer com o processo de mudança narrativa, utilizando para esse fim o SCMI.

Este projecto de investigação vem assim na continuidade dos estudos de validação da aplicabilidade do SCMI a diferentes modelos terapêuticos.

1. Método

Os momentos de inovação (MIs) constituem-se como ferramentas discursivas que descrevem novas possibilidades de desenvolvimento narrativo, por permitirem a elaboração e ampliação de novas construções de significado. Neste enquadramento, as narrativas que possuem maiores saliências de MIs tornam-se os alicerces dos processos de mudança. Os MIs serão o ponto de partida para o desenvolvimento de novas histórias, novos *selves* emergentes, tal como demonstrado nos estudos desenvolvidos até ao momento (e.g., Batista, 2008; Cruz & Gonçalves, no prelo; Gonçalves, no prelo; Gonçalves et al., 2009a; Matos et al., 2009; Meira et al., 2009b; Mendes et al., 2010;

Ribeiro et al., 2009). Todavia, o poder latente dos MIs poderá ser suprimido por processos de atenuação, caracterizados por movimentos de retorno à narrativa problemática, o que promove a manutenção da estabilidade do *self* (Valsiner, 2002), sendo, por isso, aspecto de análise da segunda parte deste estudo.

Assim, a parte empírica desta dissertação sustenta-se nos resultados das codificações por recurso ao Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação - SCMI (Gonçalves et al., 2010d) e ao Sistema de Codificação de Retorno ao Problema – SCRP (Gonçalves et al., 2009b), de modo a explorarmos as análises possibilitadas por estas ferramentas metodológicas em terapia centrada no cliente.

1.1. Questões do estudo e objectivos

Nas suas assumpções teóricas, a terapia centrada no cliente não considera os MIs como centrais na concepção de mudança, sendo, por isso, interessante a aplicabilidade do SCMI a este modelo terapêutico. Além disso, será uma forma de explorar a flexibilidade e/ou limites do SCMI, isto é, se este continua a assumir-se como uma ferramenta de análise válida do processo de mudança, neste caso, em terapia centrada no cliente. Outro objectivo fulcral consiste em compreender as idiosincrasias deste modelo terapêutico específico, percebendo como os MIs e os Marcadores de Retorno ao Problema (MRPs) se desenvolvem ao longo dos processos terapêuticos. Neste sentido, exploraremos eventuais diferenças entre os casos de sucesso e de insucesso terapêutico desta amostra, assim como analisaremos o modo como os diferentes tipos de MIs emergem ao longo das diferentes fases da terapia. Adicionalmente, procuramos estudar o papel dos MRPs em ambos os grupos terapêuticos e a sua ligação com as diferentes categorias de MIs.

Neste enquadramento, pretendemos compreender se a terapia centrada no cliente segue o mesmo padrão de mudança identificado noutros modelos terapêuticos, validando o modelo heurístico de mudança narrativa previamente apresentado. Além disso, o facto de já se ter efectuado um estudo com uma amostra de terapia focada nas emoções (Mendes et al., 2010), que deriva igualmente da abordagem humanista e que partilha de alguns dos princípios terapêuticos centrais da terapia centrada no cliente,

suscitava-nos elevada curiosidade a análise dos resultados deste estudo, particularmente no sentido de investigar eventuais pontos de convergência entre os resultados das duas amostras, no que diz respeito à evolução dos MIs. Esta curiosidade acentuou-se ainda mais por se tratar da mesma problemática clínica com intervenção dos mesmos terapeutas. Assim, esta investigação foi desenvolvida tendo por base as seguintes questões a que pretende dar resposta:

1. O SCMI é aplicável à abordagem centrada no cliente?
2. Qual é o padrão de MIs nos casos de sucesso e de insucesso em terapia centrada no cliente?
3. Este padrão replica os dados encontrados nos estudos anteriores e reforça o modelo de mudança apresentado no capítulo III?
4. Qual a relação dos MIs em terapia centrada no cliente com os MRPs? Como evoluem os últimos no decurso do processo terapêutico, particularmente nos casos de insucesso?

Acrescenta-se ainda que, dado o enquadramento paradigmático subjacente quer à terapia centrada no cliente, quer à terapia focada nas emoções, hipotetizamos que os resultados decorrentes da análise dos MIs neste estudo sejam consonantes com os encontrados em terapia focada nas emoções, corroborando o modelo heurístico de mudança previamente apresentado:

- 1) Maior saliência de MIs no grupo de sucesso terapêutico, especialmente no que se refere aos MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança;
- 2) Caracterização dos casos de insucesso maioritariamente pela presença de MIs de acção, de reflexão e de protesto, enquanto nos casos de sucesso se espera uma maior diversidade de MIs;
- 3) Evolução terapêutica dos casos de sucesso descrita inicialmente pela elevada saliência de MIs de acção, de reflexão e de protesto até à fase intermédia, a partir da qual existirá uma tendência crescente da emergência de MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança até ao final da terapia;
- 4) Os casos de sucesso terapêutico apresentarão uma menor frequência de MRPs, quando comparados com os casos de insucesso, existindo uma tendência decrescente destes valores com o decurso da terapia;

5) Os MRPs tenderão a associar-se mais aos MIs de acção, de reflexão e de protesto, e menos aos de reconceptualização e de desempenho da mudança.

1.2. Caracterização dos participantes e da intervenção terapêutica

Os seis participantes desta investigação integram a amostra do *York I Depression Study* (Greenberg & Watson, 1998a), um projecto elaborado para avaliar os tratamentos para a depressão maior. Os 34 casos que participaram neste projecto foram aleatoriamente divididos em dois grupos, os 17 participantes de um grupo foram submetidos a terapia centrada no cliente e os outros 17 a terapia focada nas emoções. Nesta investigação em concreto, foram integralmente analisados 6 casos que efectuaram acompanhamento terapêutico centrado no cliente com uma frequência semanal, oscilando entre 14 a 18 sessões psicoterapêuticas individuais. Estes 6 casos possuíam transcrições completas da totalidade das sessões e os dados necessários para a prossecução deste estudo. Os participantes foram submetidos a terapia centrada no cliente com uma frequência semanal, resultando num total de 93 sessões transcritas. Esta amostra era maioritariamente feminina, sendo apenas um dos elementos do género masculino, com a faixa etária a oscilar entre os 29 e os 58 anos ($M= 42,5$ anos, $DP= 10,30$). No que diz respeito ao nível educacional, dois dos participantes possuíam frequência universitária, enquanto os restantes o ensino secundário ou equivalente (e.g., cursos comerciais). Acrescenta-se igualmente que quatro dos participantes eram casados e os dois restantes divorciados.

A constituição dos grupos terapêuticos baseou-se nos seus valores pré e pós-terapêuticos obtidos no *Beck Depression Inventory* (Beck, Steer & Garbin, 1988; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961). Trata-se de um inventário de 21 itens que avalia características e sintomas de depressão. Nesta investigação em particular, os resultados superiores a 16 eram indicadores de depressão e abaixo de 10 foram considerados como não-clínicos. Assim, os clientes eram considerados casos de sucesso se no final da terapia pontuassem abaixo de 10 pontos no BDI¹.

¹ Na constituição deste grupo de 6 casos para estudos intensivos não foi considerado o Reliable Change Index para determinar as mudanças clínicas significativas.

i) Terapeutas

Os 6 casos analisados nestes estudos foram conduzidos por terapeutas distintos, 4 do género feminino e 2 do género masculino, existindo alguma variabilidade em termos de níveis educacionais: alunos de doutoramento em psicologia clínica, os quais já possuíam anterior prática clínica, e doutorados em psicologia clínica (com mais de cinco anos de experiência). Todos os terapeutas receberam 24 semanas de treino de acordo com o manual delineado para o *York I Depression Study* (Greenberg et al., 1993), das quais 8 foram integralmente dedicadas à abordagem centrada na pessoa.

ii) Intervenção terapêutica

Os 6 casos terapêuticos analisados foram alvo de uma abordagem não-directiva, centrada na pessoa. Como tal, e de acordo com os pressupostos explanados no capítulo I desta dissertação, os terapeutas proporcionaram aos clientes um ambiente de suporte onde estes pudessem livremente explorar as suas experiências, tendo como alicerces as três condições rogerianas centrais para uma terapia eficaz: compreensão empática, aceitação positiva incondicional e congruência. Na verdade, os processos terapêuticos foram conduzidos segundo o manual de Greenberg e colaboradores (1994), em adição às leituras suplementares de Rogers (1951, 1957, 1965, 1975, 1980). A dimensão central desta abordagem é a resposta empática para promover uma experiência mais profunda por parte do cliente (processos emocionais e de construção de significado), ao abrigo de um ambiente terapêutico de suporte não-avaliador. O terapeuta presta atenção às experiências significativas do cliente e compreende empaticamente o seu enquadramento interno de referência.

Considera-se que a depressão resulta parcialmente de um incompleto processamento da experiência emocional (Greenberg & Paivio, 1997), sendo o objectivo do tratamento facilitar o aprofundamento dessa experiência. Assim, aprofundar as experiências parece conduzir à mudança do conceito de *self* do cliente de uma forma

que é mais congruente com a sua tendência para o crescimento e auto-actualização (Rogers, 1975).

1.3. Instrumentos

Relativamente ao BDI, cada item é constituído por 4 ou 5 respostas possíveis, sendo que o sujeito opta por aquela com que mais se identifica. A pontuação total oscila entre 0 e 63 pontos, correspondendo o nível de depressão ao valor obtido pelo sujeito de acordo com a seguinte subdivisão: o intervalo dos 5 aos 9 pontos indica valores não-clínicos; os valores entre 10 e 18 caracterizam um grau depressivo leve; o intervalo entre os 19 e os 29 pontos aponta para depressão moderada; e pontuações superiores a 30 remetem para um grau severo de depressão. Resultados inferiores a 5 poderão sinalizar possível negação de um quadro depressivo, encobrindo a real situação.

Por seu turno, o SCMI é um método qualitativo de análise de dados desenvolvido para estudar a mudança psicoterapêutica. Trata-se de uma metodologia bastante flexível e com uma ampla aplicação precisamente pelo facto da definição da narrativa problemática ser o mais próxima possível do discurso do cliente. Não só as assumpções da narrativa problemática são discutidas no decurso da interacção terapêutica (entre cliente e terapeuta), bem como o que se constitui como MIs, não sendo estas dimensões da responsabilidade da perspectiva teórica do investigador. A versão 7.2 do SCMI (Gonçalves et al., 2010d) foi desenvolvida com base na literatura relativa à terapia narrativa e nos anteriores estudos empíricos (ver Batista, 2008; Cruz & Gonçalves, no prelo; Gonçalves, no prelo; Gonçalves et al., 2009a; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010; Ribeiro et al., 2009). Este instrumento de análise permite identificar os MIs que podem conduzir à construção de novas formas de agir, pensar e sentir de um novo *self* emergente, pelo que foi utilizada como instrumento de análise na primeira parte do estudo (ver Anexo I). Os estudos desenvolvidos até ao momento revelam boa fidelidade inerente ao SCMI quer nas diferentes amostras clínicas, como entre os distintos modelos terapêuticos. Das 543 sessões analisadas de diferentes abordagens terapêuticas foi possível constatar um forte acordo inter-juízes, sendo que

sua a percentagem de acordo oscilou entre 84 e 94% e os valores do *Kappa de Cohen* entre 0,80 e 0,97.

À semelhança do SCMI (Gonçalves et al., 2010d), o Sistema de Codificação de Retorno ao Problema - SCRP Versão 2 (Gonçalves et al., 2009b) é um procedimento de análise qualitativo. Esta metodologia de análise visa captar processos dialógicos de *mutual in-feeding* inerentes à manutenção das narrativas problemáticas, o que justifica a sua utilização na segunda parte do estudo, ajudando-nos a responder a algumas das questões desta investigação (ver Anexo II). A sua aplicabilidade restringe-se a dados qualitativos, para análise discursiva, como sessões terapêuticas, entrevistas e biografias, previamente codificados pelo SCMI (Gonçalves et al., 2010d), embora seja de enfatizar o vasto campo em que pode ser utilizado, em sintonia com o SCMI. Na verdade, esta metodologia de análise já foi utilizada na totalidade da amostra do estudo de Matos et al. (2009), revelando-se um instrumento fidedigno na identificação de MRPs com um valor de *Kappa de Cohen* de 0,93, para uma quantidade de 1596 MIs previamente codificados. É ainda de acrescentar que o SCRP foi igualmente aplicado a outra abordagem terapêutica, nomeadamente à terapia focada nas emoções, com o intuito de estudar a presença e desenvolvimento dos MRPs noutros modelos terapêuticos e com outras amostras clínicas (Ribeiro et al., 2011).

1.4. Procedimentos

1.4.1. Codificação dos MIs

A codificação dos MIs pressupõe um treino adequado inerente à formação de cada codificador que se inicia pela leitura de artigos que enquadram teoricamente o SCMI (Gonçalves et al., 2010d) e os principais resultados dos estudos decorrentes da sua aplicação. A formação implica discussões com juízes experientes depois da codificação de dois manuais de treino, de transcrições de duas sessões terapêuticas e de duas entrevistas, sendo condição fundamental um *Kappa de Cohen* superior a 0,75 para que o novo juiz possa ser integrado no material de pesquisa a codificar. Será importante mencionar que, durante o treino, os elementos codificadores não possuem conhecimento

quanto ao tipo de caso (sucesso *versus* insucesso terapêutico), nem quanto às hipóteses dos diferentes estudos.

No que se refere propriamente à codificação, esta requer uma contextualização inicial com o material em análise por parte dos dois juízes necessários a qualquer codificação, pelo intermédio de um primeiro contacto pela leitura, visualização ou audição dos dados. Este procedimento possibilita uma posterior discussão acerca das dimensões da narrativa problemática em questão, resultando numa identificação consensual dos problemas, que será tanto mais próxima do discurso dos clientes quanto possível. A partir da definição clara do problema, os juízes poderão identificar independentemente os momentos de exceção (MIs) ao mesmo, considerando a sua tipologia (de carácter mutuamente exclusivo), saliência e emergência (suscitada pelo terapeuta, pelo cliente ou co-construída). Cabe ao juiz A a codificação da totalidade do material de modo sequencial e ao juiz B pelo menos 30%, incluindo obrigatoriamente dados das fases inicial, intermédia e final. O grau de fidelidade é analisado pelo cálculo da percentagem de acordo inter-juízes e pelo *Kappa de Cohen*.

A unidade quantitativa de análise traduz-se na saliência (extensão em termos de palavras) de cada MI. Assim, a percentagem de palavras ocupada por cada MI na sessão é calculada pela extensão de elaboração de cada MI específico relativamente à extensão total da sessão (contabilizada igualmente em palavras). Por sua vez, a saliência geral resulta da soma das saliências dos cinco tipos de MIs para cada sessão. Adicionalmente, a saliência de cada caso traduz-se na média dos valores da saliência de todas as sessões terapêuticas.

A metodologia consistiu numa análise intensiva de cada caso por recurso às transcrições das 93 sessões, 46 das quais integram o grupo de sucesso e 47 o grupo de insucesso terapêutico. Inicialmente os codificadores definiram as facetas da narrativa problemática com o intuito de ser possível codificar as exceções à mesma – ou MIs. Depois procedeu-se à codificação dos MIs que emergiram durante o processo terapêutico, segundo os cinco tipos previamente apresentados, assim como à sua delimitação na conversação terapêutica, calculando a sua saliência (quantidade de palavras englobadas em cada MI na conversação em relação à totalidade de palavras da sessão).

1.4.2. Codificação dos MRPs

Relativamente aos procedimentos de codificação, os dados são analisados sequencialmente atendendo à presença de MRPs, sendo inicialmente recomendável que os codificadores leiam a totalidade dos dados para se contextualizarem e só depois procederem à codificação.

Em sintonia com a codificação dos MIs, também a análise de MRPs pressupõe um protocolo de treino. Além disso, também existe uma discussão inicial acerca da compreensão dos problemas para definição consensual dos mesmos e só a partir daí poderão ser codificados os MRPs. Assim, os MIs são analisados por cada juiz atendendo à presença ou ausência de retorno ao problema. O grau de confiança inter-juízes é calculado por intermédio do *Kappa de Cohen* no final de cada sessão codificada, tendo igualmente lugar uma discussão consensual para análise das diferenças encontradas.

Deste modo, vêm-se cumpridas algumas orientações metodológicas, quer para o estudo da emergência dos MIs, quer para a exploração da presença de MRPs, que Beutler e Hill (1992) propõem no domínio da investigação dos processos terapêuticos em geral, nomeadamente: (a) o recurso a juízes/observadores que assumem um papel avaliador sobre o fenómeno em estudo; (b) a codificação independente desses juízes, sendo esta codificação rematada por uma análise consensual; e (c) treino dos co-codificadores.

2. Resultados

Atendendo à diversidade de dados que esta investigação possibilitou, a apresentação dos seus resultados será estruturada de modo a tornar mais clara a sua análise, nomeadamente a divisão em duas partes, tal como mencionado atrás: a primeira referente ao processo de identificação dos MIs e a segunda ao processo de identificação dos MRPs. Contudo, inicialmente apresentaremos os resultados comuns a ambos os processos de codificação. Sem a definição inicial das facetas da narrativa problemática

de cada participante torna-se inviável a identificação dos MIs e dos MRPs, pelo que serão de seguida apresentadas. Adicionalmente, a definição das assumpções relativas à narrativa problemática possibilita-nos uma compreensão mais aprofundada dos diferentes casos clínicos (ver Anexo III). Além disso, apresentaremos igualmente os dados referentes à constituição da amostra.

2.1. Definição das assumpções da narrativa problemática

Apesar de os participantes possuírem um quadro nosológico comum - os 6 casos estavam diagnosticados com perturbação depressiva – existiu uma considerável variabilidade na caracterização da narrativa problemática de cada participante, o que justifica maior detalhe no que diz respeito à sua descrição, permitindo-nos perceber mais aprofundadamente as idiossincrasias de cada caso terapêutico.

Na *Tabela 2* estão identificadas as facetas das narrativas problemáticas dos 6 clientes.

Tabela 2: Facetas das narrativas problemáticas

Assumpções da narrativa problemática	
Cliente 1	Sobrecarga associada à educação dos filhos Atrito no relacionamento com o marido Desvalorização pessoal e sentimentos de inutilidade Tristeza, humor depressivo
Cliente 2	Descontentamento face ao relacionamento conjugal Sintomas de <i>burn-out</i> relacionados com o papel de cuidadora Medo, raiva e frustração Sentimento de solidão Humor depressivo

Cliente 3	Auto-crítica depreciativa associada a sentimentos de incompetência e a desvalorização profissional Sentimentos de culpa e tristeza Humor depressivo Sentimentos de rejeição e de frustração pelo facto de a família não compreender a sua escolha profissional
Cliente 4	Problema do foro relacional: situação de divórcio Dificuldades na educação dos filhos: sobrecarga e humor depressivo
Cliente 5	Ausência de assertividade Sentimentos de incompetência e de culpabilidade Reduzida auto-estima e auto-confiança Tristeza, humor depressivo
Cliente 6	Tristeza, humor depressivo, insatisfação e tentativas de suicídio Relacionamento insatisfatório com a mãe Sucessivas perdas de relações de amizade Sensação de alienação Intolerância às críticas

2.2. Homogeneidade da divisão da amostra

A distinção dos participantes em grupos terapêuticos pressupõe que analisemos a homogeneidade entre os mesmos, com o intuito de se obter evidências de que não existem diferenças inter-grupais quer quando comparamos o número de sessões, quer ao nível dos sintomas presentes no BDI no pré-teste. De facto, os resultados confirmam a ausência de diferenças significativas entre as pontuações obtidas no BDI no momento pré-teste entre o grupo de sucesso e de insucesso ($U=3,50$; $p=0,65$), tal como na comparação entre o número de sessões ($U=2,00$; $p=0,28$).

2.3. Apresentação dos resultados referentes à emergência dos MIs

2.3.1. Fidelidade dos MIs

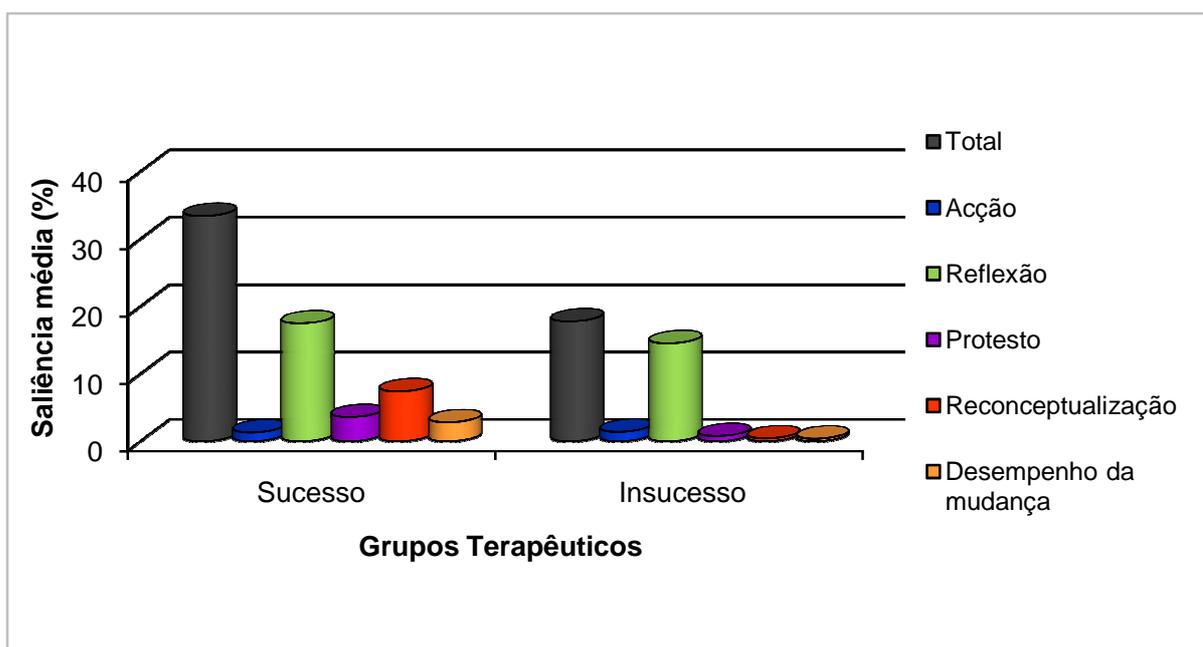
A autora desta dissertação codificou toda a amostra e um segundo juiz codificou 30% da amostra: duas sessões de cada fase de cada caso (duas da inicial, outras duas da fase intermédia e mais duas da fase final do processo terapêutico), perfazendo 34 sessões co-codificadas. Esta análise independente assumiu uma natureza *cega* já que os codificadores não tinham conhecimento da classificação de cada caso (“sucesso” ou “insucesso” terapêutico), nem quais eram os restantes casos com que formavam o grupo.

O cálculo da percentagem de acordo inter-codificadores resulta da quantidade de palavras sobrepostas identificadas por ambos os codificadores dividida pela totalidade de palavras identificadas como parte integrante de MIs por cada um dos codificadores. Assim, para a saliência geral obteve-se uma percentagem de acordo inter-juízes de 0,86 e o valor de *Kappa de Cohen* para os tipos de MIs foi de 0,97 pelo que se adoptou a codificação assumida pela autora desta dissertação.

2.3.2. Contrastação da emergência dos MIs entre os grupos terapêuticos

As percentagens médias da saliência total de MIs, bem como os valores médios relativos às cinco categorias nos diferentes grupos estão representados na *Figura 4*.

Figura 4: Valores médios da saliência total e de cada tipo de MIs em cada grupo

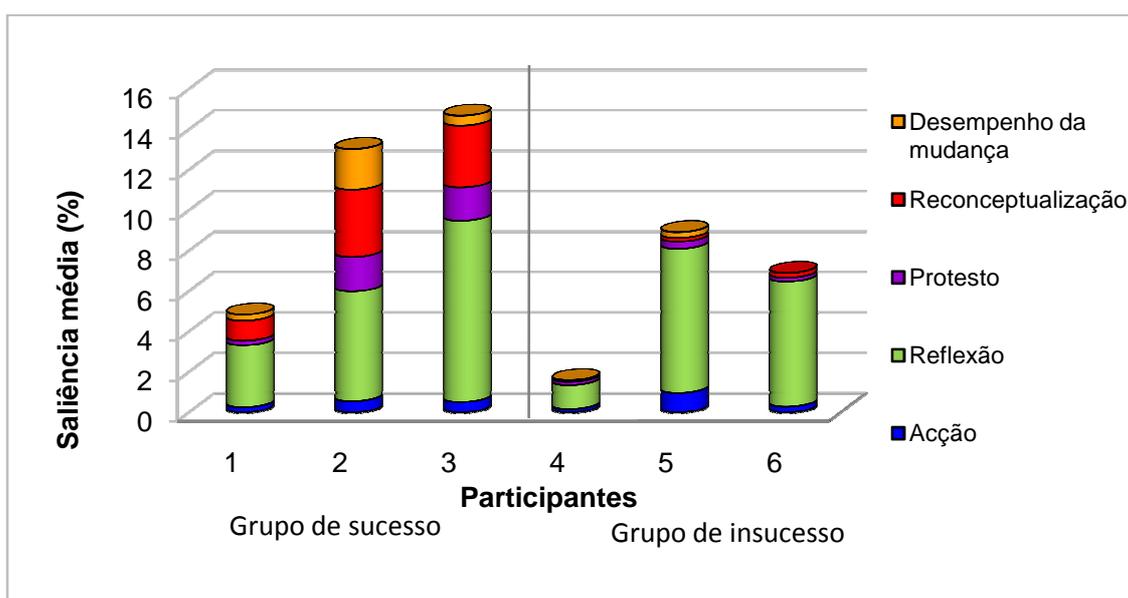


De acordo com o ilustrado, todos os valores médios da saliência dos MIs são mais elevados no grupo de sucesso terapêutico, à excepção dos MIs de acção que possuem valores médios de saliência muito próximos (1,3% no sucesso e 1,4% no insucesso terapêutico). A saliência total de MIs vê-se contrastada entre o grupo de sucesso e o de insucesso em valores médios de 33,4% e de 17,8%, respectivamente. Por seu turno, os valores médios dos MIs de reconceptualização sugerem uma clara distinção entre os grupos: uma saliência média de 7,4% no grupo de sucesso e de 0,4% no de insucesso; a par dos MIs de protesto, com uma saliência média de 3,6% no grupo de sucesso e de 0,8% no de insucesso, bem como os valores médios obtidos ao nível dos MIs de desempenho da mudança (2,8% e 0,4%, respectivamente). É ainda de realçar que a saliência média dos MIs de reflexão é a mais elevada em ambos os grupos, embora com valores relativamente próximos (17,5% no grupo de sucesso e 14,5% no grupo de insucesso), sendo por isso a categoria de MIs que mais se evidencia. Na verdade, no insucesso terapêutico, os restantes tipos de MIs possuem saliências médias inferiores a um ponto percentual, com excepção dos MIs de acção. O mesmo já não sucede no grupo de sucesso terapêutico, sendo os MIs de reconceptualização os que possuem a segunda maior expressão e não existindo nenhuma categoria com saliência média inferior a 1%. Na comparação entre os grupos terapêuticos relativamente aos

tipos de MIs, o recurso ao *Teste de Mann-Whitney* permitiu-nos identificar diferenças estatisticamente significativas ao nível da saliência média dos MIs de reconceptualização, $U=0,00$, $p=0,05$, e de desempenho de mudança, $U=0,00$, $p=0,05$, (ambas as categorias de MIs com percentagens mais elevadas no grupo de sucesso terapêutico). Contudo, não se constataram outras diferenças, quer relativamente à saliência total de MIs ($U=2,000$, $p=0,275$) quer entre os outros tipos de MIs (acção: $U=4,000$, $p=0,827$; reflexão: $U=4,000$, $p=0,827$; protesto: $U=2,000$, $p=0,275$).

A mesma contrastação pode ser feita através de uma análise individualizada por cada caso que compõe a amostra. Esta divisão da saliência média da emergência de MIs por participante, de acordo com o grupo terapêutico a que pertence, está representada na *Figura 5*.

Figura 5: Valores médios da saliência dos MIs por caso terapêutico



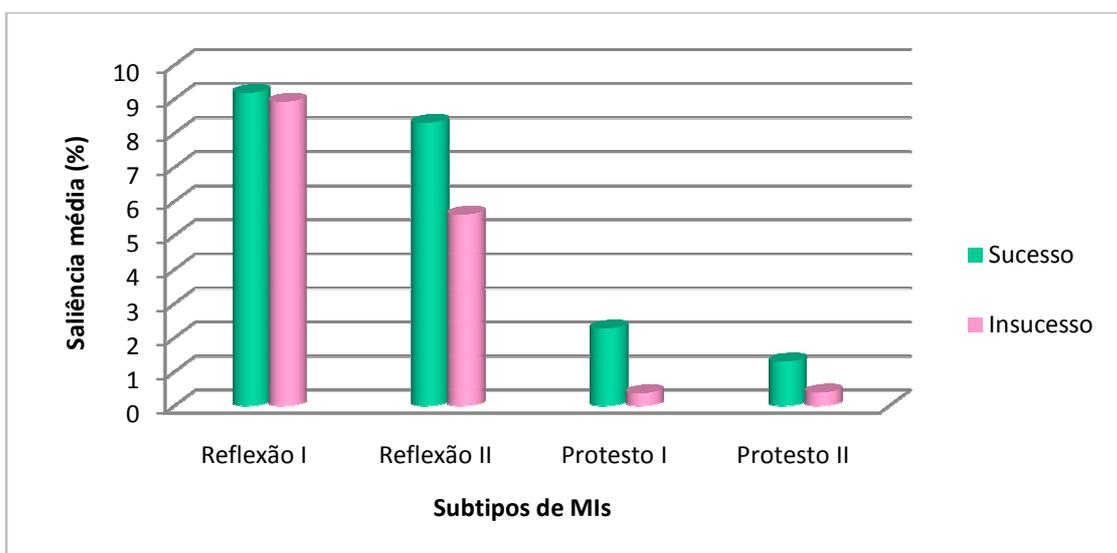
A *Figura 5* consegue destringir os dados ao ponto de se visualizar a presença de todos os tipos de MIs no grupo de sucesso terapêutico, correspondendo aos participantes 1, 2 e 3, embora o primeiro caso deste grupo possua uma saliência média de MIs inferior aos restantes. Os participantes 4, 5 e 6 compõem o grupo de insucesso. É de sublinhar que na narrativa terapêutica do participante 4 não foi codificado nenhum MI de reconceptualização e nos casos 5 e 6 a saliência média deste MI foi bastante reduzida

(0,18% e 0,24%, respectivamente). É também digno de análise o facto do participante 6 não ter elaborado nenhum MI de desempenho de mudança e os restantes participantes que compõem o mesmo grupo revelarem saliências médias referentes a esta categoria bastante reduzidas (0,08% no participante 4 e 0,29% no participante 5).

2.3.3. Comparação da saliência média dos subtipos de MIs

No SCMI também figura a subdivisão dos MIs de reflexão e de protesto, tal como explanado no capítulo III desta dissertação. Os diferentes conteúdos discursivos que os subtipos I e II dos MIs de reflexão e de protesto retratam foram igualmente alvo de investigação. Neste contexto e atendendo ao facto dos MIs de reflexão terem maior expressão em ambos os grupos, importa analisar se existirão valores distintos de saliências médias quanto aos seus subtipos, quando comparamos o sucesso com o insucesso terapêutico. Além disso, importa também a análise dos subtipos dos MIs de protesto. A *Figura 6* espelha a comparação dos subtipos de MIs entre os grupos terapêuticos.

Figura 6: Valores médios da saliência dos subtipos de MIs de reflexão e de protesto por grupo terapêutico.



Estes dados revelam valores médios de saliência muito semelhantes em ambos os grupos no que se refere ao subtipo I dos MIs de reflexão, embora pareça existir uma diferença mais pronunciada quando nos reportamos ao subtipo II (saliência média de 8,3% no grupo de sucesso e 5,6% no de insucesso). Contudo, esta diferença não é estatisticamente significativa ($U=3,000$; $p=0,513$). O mesmo parece suceder ao nível dos MIs de protesto, principalmente quando comparamos a saliência média do subtipo I (2,3% no grupo de sucesso e 0,4% no de insucesso), embora mais uma vez esta diferença não seja estatisticamente significativa ($U=3,000$; $p=0,513$).

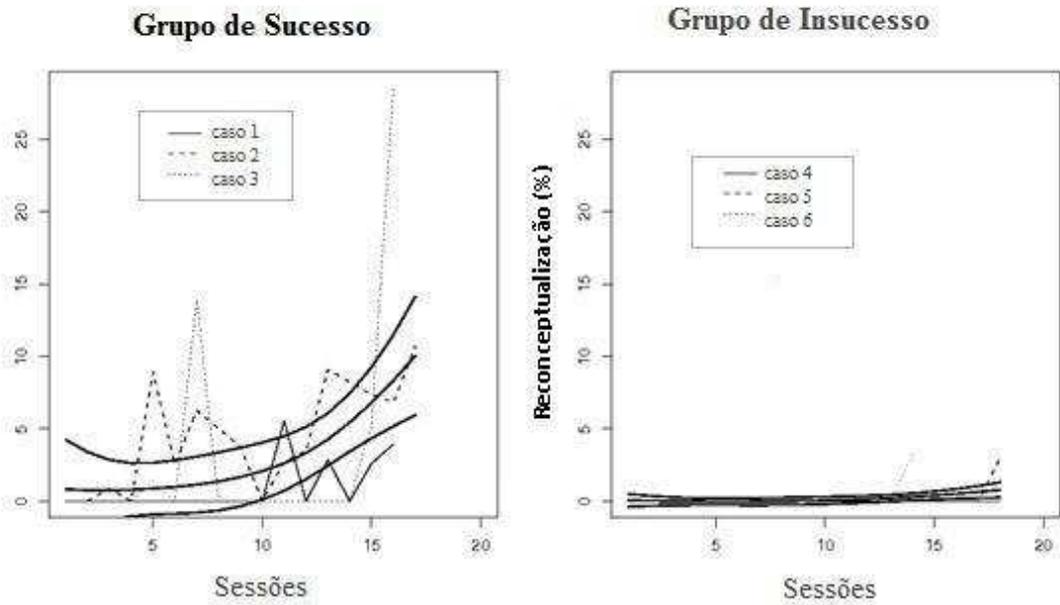
2.3.4. Progressão da emergência dos MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança

Os resultados estatísticos atrás encontrados respeitantes aos MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança justificam a análise da sua evolução ao longo da terapia. A diferença entre os grupos terapêuticos ao nível da trajectória destes MIs foi possível por recurso a um *smoother* não-paramétrico², de forma a resumir-se a sua evolução em função das sessões terapêuticas, analisando as diferentes linhas evolutivas entre os grupos terapêuticos. A linha preta sólida que vemos em ambos os gráficos da *Figura 7* representa o *smooth spline*, em intervalos de 95% de confiança (Keele, 2008). A ausência de qualquer imposição rígida para esta função constitui a principal vantagem deste procedimento. O *smooth spline* não paramétrico surge como solução do problema de optimização, minimizando simultaneamente a restante soma dos quadrados e a segunda derivada dessa função (Hastie & Tibshirani, 1990).

Assim, na *Figura 7* estão representados os perfis de evolução dos MIs de reconceptualização no grupo de sucesso e de insucesso no decurso do processo terapêutico, permitindo-nos visualizar o seu padrão de desenvolvimento.

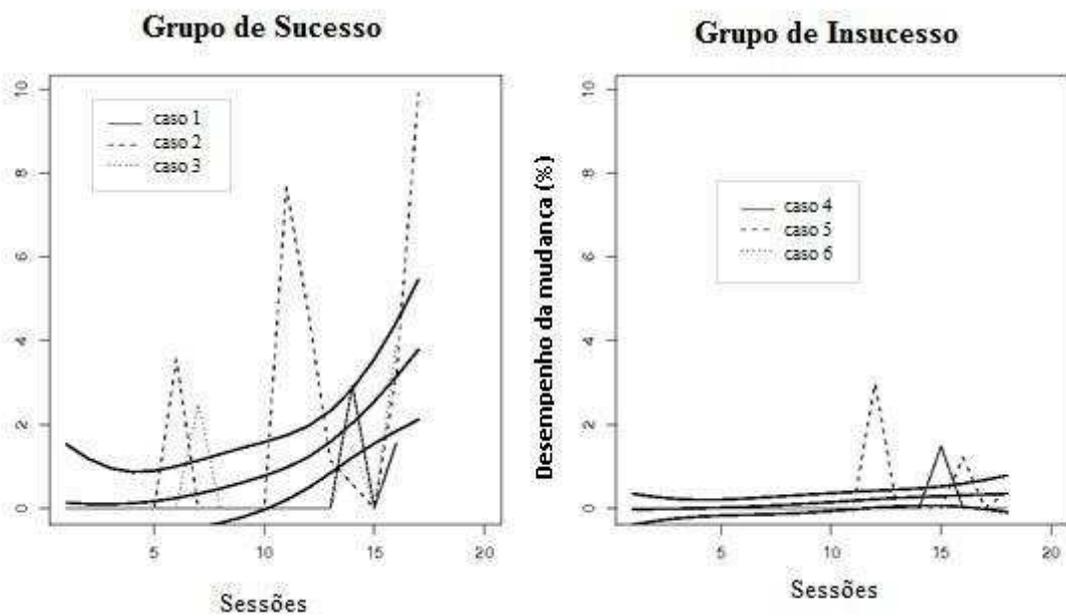
² Gostaríamos de agradecer à Doutora Inês Sousa, do Departamento de Matemática e Aplicações, pela sua colaboração neste procedimento.

Figura 7: Progressão dos MIs de reconceptualização em ambos os grupos terapêuticos



Por seu lado, a Figura 8 ilustra os respectivos padrões de evolução dos MIs de desempenho da mudança.

Figura 8: Progressão dos MIs de desempenho da mudança em ambos os grupos terapêuticos



Em ambas as figuras é clara a distinção ao nível da emergência dos MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança, denotando-se um padrão crescente que apenas caracteriza o grupo de sucesso terapêutico. Será igualmente pertinente destacar que na fase inicial da terapia dos casos de sucesso constatamos uma saliência média superior de ambos os MIs, quando comparada com a sua saliência na fase inicial dos casos de insucesso. Não obstante, a fase intermédia da terapia parece constituir um momento importante, uma vez que a partir desse momento existe um aumento substancial da saliência média dos MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança no grupo de sucesso até ao final do processo terapêutico.

2.4. Apresentação e análise da emergência e desenvolvimento dos MRPs

Analisar os processos dialógicos de *mutual in-feeding* inerentes à manutenção das narrativas problemáticas constitui o último objectivo deste projecto de investigação. Os MRPs constituem formas de operacionalizar os movimentos de retorno ao problema, ajudando-nos assim a explorar esta questão de investigação. Neste sentido, o recurso ao SCRIP permitiu a codificação dos MRPs, de forma a analisarmos quantitativamente a presença destes marcadores narrativos na totalidade da amostra. Assim, é-nos possível comparar a percentagem e os padrões de desenvolvimento dos MRPs nos grupos – sucesso *versus* insucesso terapêutico –, bem como a sua associação com os diferentes tipos de MIs.

2.4.1. Fidelidade dos MRPs

A codificação dos MRPs é independente para a totalidade dos dados, uma vez que o segundo juiz codificou igualmente 100% da amostra. Exactamente como sucedido na codificação dos MIs, os codificadores não tinham conhecimento da classificação de cada caso (“sucesso” ou “insucesso” terapêutico).

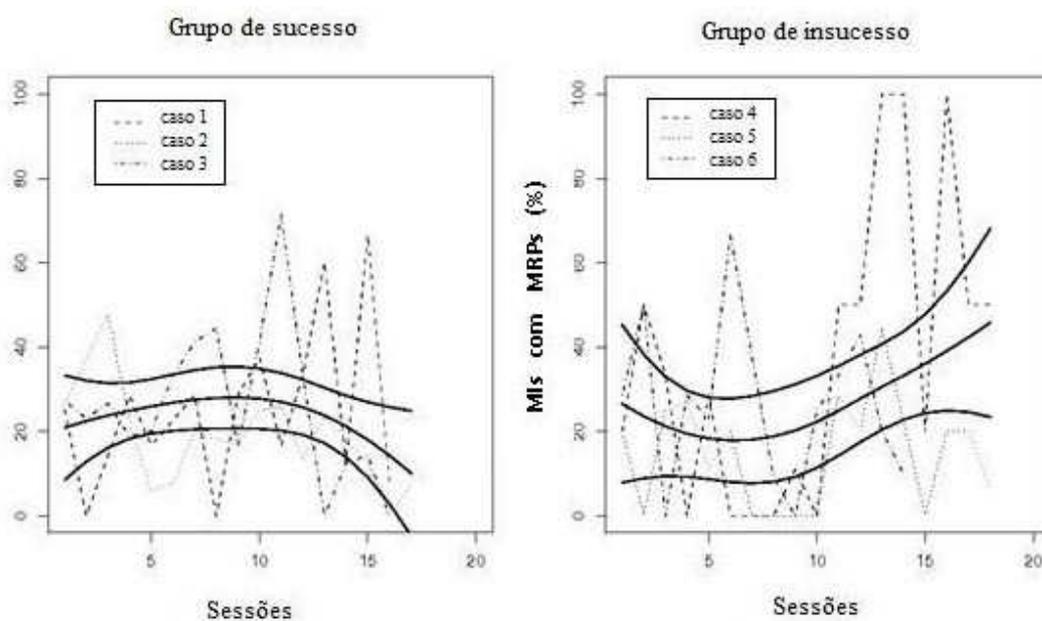
Neste enquadramento, para a totalidade da amostra relativamente à codificação de MRPs, o valor de *Kappa de Cohen* de 0,88.

2.4.2. Progressão da emergência dos MRPs

No que diz respeito ao estudo dos MRPs, considerámos prioritário analisar eventuais diferenças pela sua contrastação entre os grupos terapêuticos e, curiosamente, não constatámos diferenças estatisticamente significativas ($U=5,00$; $p=0,827$). Dada a ausência de diferenças entre grupos procuramos perceber se as trajectórias eram diferentes no sucesso e no insucesso terapêutico, explorando a evolução da emergência dos MRPs ao longo da terapia. À semelhança do procedimento adoptado para a análise do padrão desenvolvimental dos MIs de reconceptualização e de desempenho de mudança, as trajectórias dos MRPs foram igualmente exploradas por intermédio de um *smoother* não-paramétrico, de modo a resumir-se a evolução dos MRPs em função das sessões, analisando as diferentes linhas evolutivas entre os grupos terapêuticos.

Na *Figura 9* estão representadas as trajectórias da presença dos MRPs nos dois grupos.

Figura 9: Progressão dos MRPs nos grupos terapêuticos



Ao analisarmos a percentagem de MRPs no grupo de sucesso, constatamos que esta decresce com a progressão da terapia. Os seus valores iniciais em todos os casos terapêuticos bem sucedidos, embora com inúmeras oscilações, parecem ter uma tendência para aumentar até à fase intermédia da terapia, a partir da qual decrescem. Neste grupo, a percentagem final de MRPs foi inferior à inicial, havendo um caso claro de ausência de MRPs na última sessão.

Relativamente ao grupo de insucesso terapêutico, dois dos três casos possuíam uma percentagem inicial de MRPs mais elevada do que as percentagens encontradas no grupo de sucesso. A sua evolução ao longo das sessões também se pontua por algumas oscilações, mas todos os casos de insucesso revelaram uma propensão para aumentar a emergência de MRPs com o decurso do tempo. Todos os casos deste grupo terminaram a terapia com percentagens de MRPs mais elevadas comparativamente com os valores iniciais de MRPs, bem como quando comparadas com os valores de MRPs na fase final do grupo de sucesso.

2.4.3. Diferenças ao nível dos valores de MRPs entre os distintos tipos de MIs

Não obstante não terem sido encontradas diferenças inter-grupais no que concerne aos valores de MRPs, a relação dos MIs em terapia centrada no cliente com a percentagem de MRPs é foco de análise nesta secção. Interessa-nos especificar as comparações ao nível da emergência dos MRPs e a sua associação com os diferentes tipos MIs, daí que na *Tabela 3* esteja estruturada esta informação relativamente à totalidade da amostra.

Tabela 3: Valores percentuais de MRPs associados aos tipos de MIs

MIs	% de MRPs (N=6)		
	Mínimo	Máximo	Média (D.P.)
Acção	7,55	21,05	12,4 (5,13)
Reflexão	54,17	86,21	76,2 (11,76)
Protesto	0,00	27,05	9,2 (9,59)
Reconceptualização	0,00	3,85	1,0 (1,63)
Desempenho da mudança	0,00	4,17	1,3 (2,05)

É importante destacar os MIs de reflexão como os que possuem a maior percentagem média de MRPs, seguindo-se os de acção, de protesto, de desempenho de mudança e, por último, os de reconceptualização. Se atendermos aos valores médios apresentados na *Tabela 3*, é perceptível uma notória diferença entre os MIs de reconceptualização e de desempenho de mudança e os restantes MIs. Aliás, estes dados vão ao encontro dos resultados da primeira parte do estudo, que distingue claramente os MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança como centrais no processo de mudança. Neste sentido, efectuámos uma análise para contrastar dois grupos de MIs: o primeiro engloba os MIs de acção, de reflexão e de protesto; e o segundo os MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança.

Através do *Teste de Wilcoxon*, estabelecemos comparações entre pares de MIs relativamente às percentagens de MRPs. Na *Tabela 4* estão representados os valores de significância obtidos no *Teste de Wilcoxon* relativamente a cada um dos pares de MIs.

Tabela 4: Comparação entre pares de MIs com o *Teste de Wilcoxon*:
 Percentagem dos MRPs

MI	Média (DP)	W	p
Acção + Reflexão + Protesto	97,7 (2,69)	0,000	0,028*
Reconceptualização + Desempenho da mudança	2,3 (2,69)		

* $p < 0,05$

De acordo com a *Tabela 4*, o *Teste de Wilcoxon* corroborou estatisticamente as diferenças encontradas, levando-nos a constatar que existem de facto diferenças entre os dois grupos, que se reflectem numa maior associação de MRPs aos MIs de acção, de reflexão e de protesto, comparativamente com os MIs de reconceptualização e de desempenho de mudança. Na verdade, os membros dos respectivos pares de MIs que formam cada grupo parecem encontrar-se num patamar semelhante no que diz respeito à sua associação com os MRPs.

2.5. Discussão dos resultados

O objectivo central deste estudo era a análise do padrão de MIs e de MRPs numa amostra de terapia centrada no cliente, pelo que passaremos a sumariar os principais resultados. Neste enquadramento, refira-se que o grupo de sucesso revelou uma saliência mais elevada de MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança, associada ao seu desenvolvimento crescente com o decurso dos processos terapêuticos. De uma forma global, todos os tipos de MIs, bem como os respectivos subtipos dos MIs de reflexão e de protesto, emergiram nos dois grupos terapêuticos. Contudo, os resultados apenas discriminaram o grupo de sucesso do de insucesso relativamente aos MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança, mostrando que só estes MIs são significativamente mais salientes no grupo de sucesso. A evolução da emergência dos MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança nos casos de sucesso

apontou para uma tendência crescente com o decurso da terapia, sendo que foi a partir da fase intermédia que se assistiu a um aumento de modo bastante pronunciado. Por seu turno, no grupo de insucesso o padrão de emergência destes MIs não sugeriu qualquer evolução.

No que diz respeito à exploração da emergência dos MRPs e respectiva evolução nos processos terapêuticos de sucesso, constatámos que estes decrescem com a progressão da terapia. A percentagem inicial de MRPs pareceu ter uma tendência para aumentar até à fase intermédia da terapia, a partir da qual decresceu, sendo que os valores na fase final foram inferiores aos da fase inicial. Salienta-se que num dos casos de sucesso os MRPs foram inexistentes na última fase terapêutica. Além disso, o grupo de insucesso evidenciou um aumento da emergência de MRPs com o decurso do tempo, sendo que todos os casos do grupo de insucesso terminaram a terapia com percentagens de MRPs mais elevadas, quer comparativamente com as percentagens de MRPs que demonstraram no início da terapia, quer com os valores de MRPs na fase final do grupo de sucesso.

Quanto às categorias de MIs que revelaram maiores percentagens de MRPs, os dados apontaram que os MIs de reflexão se destacaram relativamente à associação com MRPs (cerca de 76,2% destes MIs foram atenuados). Os MIs de acção e de protesto tiveram valores intermédios de percentagem de MRPs (12,4 e 9,2, respectivamente). As categorias de MIs que revelaram menor percentagem de MRPs foram as de reconceptualização (1,0) e de desempenho da mudança (1,3). Atendendo a estes resultados e ao modelo teórico que associa MIs de acção, reflexão e protesto, por um lado, e reconceptualização e desempenho de mudança, por outro, analisámos a percentagem de MRPs num e noutro grupo. Os resultados mostraram a existência de diferenças significativas entre os dois grupos, que se reflectiram numa maior associação de MRPs aos MIs de acção, de reflexão e de protesto (97,7%), comparativamente com os MIs de reconceptualização e de desempenho de mudança, tendo sido apenas 2,3% destes tipos de MIs atenuados.

Os resultados desta investigação fornecem um suporte adicional ao modelo heurístico de mudança narrativa apresentado no capítulo III desta dissertação, sustentando a sua robustez e sugerindo um padrão de mudança comum às terapias breves. Além disso, reforçam-se os dados dos estudos anteriores (Cruz & Gonçalves, no

prelo; Matos et al., 2009; Meira et al., 2009b; Mendes et al., 2010; Pinheiro, 2009; Ribeiro et al., 2009), sendo que os MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança podem ser caracterizados como elementos de contraste entre os grupos terapêuticos, pelo importante papel que parecem ter ao nível do processo de mudança, independentemente da abordagem terapêutica. Além disso, tal como encontrado noutras amostras terapêuticas (Gonçalves et al., 2009a; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010; Ribeiro et al., 2009), a emergência destas categorias de MIs surge na fase intermédia da terapia, com uma tendência crescente até ao seu término, sugerindo a ocorrência de um processo de mudança significativo.

Os achados empíricos referentes à análise dos MRPs parecem reforçar o relacionamento do sucesso terapêutico com a resolução de processos de *mutual in-feeding*, pelo facto de se assistir a um decréscimo gradual dos MRPs ao longo da terapia. Este dado corrobora o argumento de Ribeiro e colaboradores (2009), na medida em que estas oscilações recorrentes entre inovações e voz problemática parecem ser ultrapassadas pela escalada da narrativa emergente, que se diferencia e complexifica com o decurso do processo terapêutico. Tal como no estudo de Ribeiro e colaboradores (2009), a tendência decrescente de MRPs no grupo de sucesso terapêutico aponta para a existência de oportunidades de abertura a novas construções, acabando as narrativas problemáticas por serem sujeitas a reformulações intrinsecamente ligadas ao desenvolvimento de MIs, o mesmo será dizer, potenciando o processo narrativo de mudança. Poder-se-á assim argumentar que, nos casos de sucesso, o relacionamento dialógico entre a emergência de MIs e a narrativa dominante favoreceu o desenvolvimento de processos de ampliação semiótica.

Por outro lado, a existência de diferentes valores de MRPs entre os grupos terapêuticos vai de encontro aos dados do estudo de Gonçalves e colaboradores (2010e), assumindo os casos de insucesso uma posição de destaque por possuírem percentagens mais elevadas. Porém, existiu uma diferença substancial referente aos dados do estudo de Gonçalves e colaboradores (2010e). Na presente investigação, os MRPs revelaram uma clara tendência para aumentar com o decurso da terapia no grupo de insucesso. Estes dados levam-nos a considerar que a capacidade de desafio dos MIs é gradualmente desvalorizada, resultando em processos de atenuação que mantêm a estabilidade do *self*. Deste modo, os clientes do grupo de insucesso parecem privilegiar

o domínio da narrativa problemática em detrimento de uma abertura à construção de significados alternativos.

A especificidade dos tipos de MIs também se fez notar quando investigámos os valores de MRPs, o que apontou para a existência de relacionamentos diferenciados entre os distintos MIs e processos de *mutual in-feeding*. Relembre-se que os MIs de reflexão e de protesto também foram das categorias mais preponderantes no que diz respeito à ligação com MRPs nos estudos de Gonçalves e colaboradores (2010e), Ribeiro e colegas (2009) e de Santos (2009a). Todavia, na análise efectuada dos MRPs na amostra de terapia narrativa (Gonçalves et al., 2010e) não se constataram diferenças significativas ao nível dos MIs de acção, tendo valores percentuais de MRPs inferiores aos MIs de reflexão e de protesto e superiores aos de reconceptualização e de desempenho de mudança, não sendo por isso claro o seu papel na abordagem terapêutica narrativa. Neste sentido, em terapia centrada no cliente, os MIs de acção, de protesto e principalmente os de reflexão poderão representar uma mera negação do problema, uma vez que poderão espelhar formas de reacção ou pensamentos, com significados ainda arraigados à narrativa problemática, operando como vozes-sombra, visto que existe um alívio temporário do problema mas, simultaneamente, facilitam um retorno ao mesmo.

Este estudo apontou um último resultado respeitante à exploração dos processos de *mutual in-feeding*: em paralelo, as categorias de MIs de reconceptualização e de desempenho de mudança revelaram menores associações com a emergência de MRPs, dado que está em consonância com o estudo de Gonçalves e colaboradores (2010e). Em sintonia com a hipótese colocada por Gonçalves e colegas (2010a), especulamos que sejam os MIs de reconceptualização os promotores da resolução de processos de *mutual in-feeding*, permitindo que o *self* se destabilize para posteriores mudanças, visto que esta categoria de MIs tem o potencial de assimilar as duas posições em conflito e progressivamente integrar a anterior narrativa dominante na emergente. Aliás, as análises de Goldsmith e colaboradores (2008) e de Mosher e colegas (2008) reiteram precisamente a assimilação das vozes problemáticas quando exploraram um caso de sucesso desta amostra, descrevendo mudanças nas relações entre as vozes, à medida que as vozes problemáticas são assimiladas e se tornam recursos da pessoa. Goldsmith e colaboradores (2008) acrescentam que as respostas de compreensão empática facilitam a mudança em terapia centrada no cliente, já que através delas o terapeuta expressa o

posicionamento das vozes, permitindo a sua comunicação, explorando e clarificando o seu posicionamento e construindo pontes úteis de significado. Será igualmente difícil a ocorrência de processos de *mutual in-feeding* ao nível dos MIs de desempenho da mudança, uma vez que estes ilustram precisamente as consequências de um processo transformador (Gonçalves et al., 2010e).

Na nossa óptica, são os MIs de reconceptualização que corroboram a mudança em curso, atribuindo significado e promovendo a expansão dos restantes MIs, inculcando estrutura e coerência à nova narrativa, já que a sua ausência se relaciona com processos terapêuticos em que não foi possível a construção de novas narrativas. Neste encadeamento, especulamos que a natureza meta-processual dos MIs de reconceptualização fornece aos clientes uma visão contrastante pelo estabelecimento de pontes semióticas, validando a mudança ocorrida e representando elaborações adicionais e maior complexidade narrativa. O cliente está capaz de descrever este processo, revelando mudanças substanciais pela distância ao domínio da narrativa problemática. Para além de permitir a assimilação da voz problemática, assim como de novas vozes, potencia um sentido de autoria da nova narrativa e dos seus novos guiões, reflectindo mudanças de nível 3, na linguagem de Fogel e colaboradores (2006). Deste modo, este tipo de MIs faculta uma meta-perspectiva em que o cliente observa o processo de mudança e se revê como actor e autor da nova narrativa que já conta uma nova versão de si.

Não deixa de ser curioso que Honos-Webb e Stiles (1998) e Osatuke e colaboradores (2004) definam as pontes de significado (cuja construção é imprescindível ao processo de assimilação de novas vozes) num sentido convergente com o de narrativa, já que funcionam como uma *cola semiótica* que possibilita a articulação coerente entre as distintas posições, estabelecendo pontes temporais que acabam por retratar o *self* de modo mais integrador, ampliando-o e flexibilizando-o. Estas definições têm vários pontos em comum com os MIs de reconceptualização. De facto, estes permitem que o *self* passado e o *self* actual sejam articulados de modo coerente, de forma a potenciar novas construções narrativas e acabando por se constituírem igualmente como recursos de um *self* mais amplo, ao abrigo de um processo comunicacional. Na verdade, quando Stiles e Brinegar (2007) postulam que a assimilação das experiências problemáticas parece ser um marcador do sucesso terapêutico, já que fomentam a integração dessas experiências pelo *self*, estão

implicitamente a defender a capacidade do cliente de articular as experiências passadas (motivo de sofrimento psicológico e razão que o traz à terapia) no novo *self*, reconstruído através de novas elaborações narrativas. O mesmo será dizer que, aplicado ao modelo de inovação proposto por Gonçalves e colaboradores (2010d), as pontes de significado poderiam convergir em larga medida com a definição de reconceptualização. Se atendermos aos resultados dos estudos em que a APES foi aplicada (e.g., Brinegar et al., 2008; Field et al., 1994; Honos-Webb et al., 1998, 1999b, 2003; Stiles, 2006; Stiles et al., 1991, 1992, 2004) os resultados são consistentes na demonstração da estreita ligação entre sucesso terapêutico e a progressão para estádios mais elevados na APES. Há igualmente convergência entre os dados das investigações de Gonçalves e colaboradores (e.g., Gonçalves et al., 2009a; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010; Ribeiro et al., 2009) associando a elaboração dos MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança ao sucesso terapêutico.

Na sua essência, os MIs de reconceptualização retratam competências de reflexão por parte do *self* inerentes à construção da mudança, o que vai de encontro aos pressupostos de Angus e colegas (1999), quando defendem que o *self* é uma organização multinível que emerge da interacção dialéctica entre processos experienciais e reflexivos de níveis superiores, sendo fundamentais na perspectiva do modelo de processamento narrativo se visamos mudanças ao nível da identidade ou da macronarrativa.

Dimaggio e Semerari (2004) também defendem a importância de competências metacognitivas adequadas para dominar qualquer estado problemático, ao abrigo de uma organização narrativa coerente e estruturada, daí que a terapia deverá fomentar a construção de um ponto de vista metacognitivo, o mesmo será dizer, uma posição em que o *self* se possa observar. Trata-se da construção de uma narrativa auto-reflexiva, que integra aspectos contrastantes do *self* (Semerari, 1999; Semerari et al., 2003a), o que à luz do modelo de inovação podia ser entendido como a capacidade de reconceptualizar porque implica muito mais do que reflectir, implica reflectir sobre a reflexão e, principalmente, que o cliente se veja como autor e actor desse processo. Na verdade, Semerari e colaboradores (2003a) afirmam que a terapia só será bem sucedida se fomentar a melhoria das subfunções metacognitivas, tal como demonstrado na análise do caso Lisa (Carcione et al., 2008), o que vai mais uma vez ao encontro do modelo

heurístico de mudança: a existência da capacidade de reconceptualizar para o sucesso terapêutico.

Numa perspectiva rogeriana, hipotetizamos que os MIs de reconceptualização possam ser vistos como expressões da tendência inata que o ser humano possui para se auto-actualizar. Segundo Rogers (1980), o processo de actualização do *self* permite ao cliente fazer mudanças na sua vida, promovendo o crescimento de modo a atingir o seu pleno potencial. Trata-se, na sua essência, de um verdadeiro processo de mudança com base num potencial inato para o crescimento e, conseqüentemente, para a mudança. Assim, este potencial para a mudança pode ver-se concretizado na nova versão do *self*, em contraste com a versão anterior, no decurso do processo de mudança e poderá permitir novos desempenhos face à mudança ocorrida.

No que concerne ao papel específico dos MIs de acção, de reflexão e de protesto, os resultados devem ser compreendidos à luz das assumpções teóricas e técnicas do modelo terapêutico centrado no cliente. Relativamente à elevada saliência dos MIs de reflexão, independentemente de não haver diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, e de este dado ser comum a todos os estudos desenvolvidos até ao momento, colocamos a hipótese que os aspectos técnicos deste modelo terapêutico – reflexões de sentimentos por parte do terapeuta sustentadas numa contínua atitude não-directiva e a escuta activa num enquadramento compreensivo empático, acompanhado de atitudes de aceitação positiva incondicional e de congruência – promovem a sensação de bem-estar, bem como novas compreensões da narrativa problemática e do curso da mudança, isto é, MIs de reflexão.

Além disso, o contínuo posicionamento não-directivo por parte do terapeuta poderá em alguma medida explicar os valores reduzidos dos MIs de acção e de protesto, característica que retrata precisamente que a progressão da terapia é essencialmente da responsabilidade do cliente. Este controla e dirige o processo terapêutico, explorando as questões que considera serem as de maior relevo para si, envolvendo-se, para isso, em processos de auto-revelação e de auto-exploração. É o cliente que perspectiva as suas próprias necessidades, valores e objectivos, cabendo ao terapeuta o papel de facilitador por proporcionar um ambiente confortável de suporte e de não julgamento (Barrett-Lennard, 1998; Rogers, 1980). O cunho dinâmico que caracteriza a postura de desafio dos MIs de protesto não é directamente encorajado pelo terapeuta centrado no cliente,

ao contrário do que acontece em terapia focada nas emoções (Mendes, et al., 2010). Aliás, a análise intensiva de um estudo de caso de terapia focada nas emoções leva Gonçalves e colaboradores (2010b) a sugerir que este tipo de MIs emerge maioritariamente nas tarefas de cadeira vazia e de duas cadeiras. Relativamente a esta questão, Watson e Greenberg (1996) argumentam que os diálogos decorrentes destas tarefas terapêuticas se relacionam com a activação e aprofundamento de processamentos emocionais. Assim, este facto poderá estar relacionado com uma postura mais directiva do terapeuta (Elliott et al., 2004; Greenberg et al., 1993), hipótese consonante com os dados da investigação de Greenberg e Watson (1998a) e de Goldman e colaboradores (2006).

Em síntese, este estudo corrobora a aplicabilidade do SCMI ao modelo terapêutico centrado no cliente, atendendo à emergência dos MIs nesta amostra e ao elevado acordo inter-codificadores. Este aspecto parece indicar o SCMI como uma ferramenta de codificação apropriada para análise da terapia centrada no cliente, tal como sucede com a terapia focada nas emoções (Mentes, et al., 2010), com o modelo de intervenção narrativo (Matos et al., 2009), nos vários estudos de caso em que foi aplicado (Ribeiro et al., 2009; Pinheiro, 2009), e em contexto não terapêutico (Cruz & Gonçalves, no prelo; Meira et al., 2009b). Adicionalmente, é sublinhada a importância vital dos MIs de reconceptualização para a construção de novas narrativas.

3. Limitações da investigação

A presente investigação comporta algumas limitações que comprometem a interpretação e generalização dos dados. A principal limitação dos estudos diz respeito ao tamanho reduzido da amostra, o que impossibilitou o uso de testes paramétricos na análise estatística das diferenças entre os grupos terapêuticos. Neste sentido, torna-se pertinente desenvolver outras investigações com amostras mais alargadas de terapia centrada no cliente para constatar a possibilidade de replicação destes dados noutros casos com intervenção rogeriana e noutros modelos de terapia não-directiva. Não

obstante, a replicação dos resultados dos estudos anteriores fornece-nos alguma confiança nestes resultados.

Por outro lado, as especificidades da amostra, nomeadamente a exclusividade da perturbação depressiva maior em detrimento de alguma diversidade em termos de quadros nosológicos e o facto de a amostra ter sido constituída por apenas um participante do género masculino, condicionam a generalização das conclusões a outras populações clínicas, sendo importante no futuro desenvolverem-se novas investigações com amostras e problemáticas diferenciadas que permitam assim uma compreensão mais alargada da aplicabilidade do SCMI à terapia centrada no cliente.

Além disso, o facto de se ter co-codificado 30% da amostra é outro aspecto a ter em consideração na interpretação dos resultados. Não obstante a co-codificação dos MIs em apenas 30% do material, os resultados dos cálculos do grau de fidelidade permitem-nos ter um grau de confiança considerável no processo de codificação dos MIs.

O material usado constituiu outra limitação pelo facto de todas as sessões se encontrarem transcritas, o que poderá conduzir a perda de informações sobre a interacção terapêutica, por exemplo a prosódia da linguagem. Além disso, implicou a contagem de palavras para o cálculo da saliência dos MIs. Nos outros estudos desenvolvidos até ao momento com amostras terapêuticas, em que o SCMI foi aplicado (e.g., Matos et al., 2009), com excepção do estudo em terapia focada nas emoções, a saliência foi calculada em termos de duração temporal.

Conclusão

Ao concluirmos este trabalho, parece-nos interessante relembrar a atractiva perspectiva do ser humano como inacabado que Levinas (1969, cit. in Fogel et al., 2006) nos apresenta, por oposição à visão de Descartes. Remontando à filosofia grega, Descartes defendia que cada pessoa podia ser completamente conhecida se despendêssemos tempo e esforços suficientes para esgotar a sua lista de características. Levinas chamou a esta visão de *totalizing*, uma vez que potencialmente se podia conhecer a totalidade da pessoa/objecto. A alternativa que ele propôs é chamada de *infiniteizing*, já que não existe possibilidade de sabermos todas as características do outro, mesmo que se despenda um longo período de tempo. Isto porque o outro é concebido como incompleto, à espera de ser definido pela e na comunicação, comunicação que nunca esgota integralmente todas as possibilidades. Neste sentido, as pessoas são definidas por estarem sempre nalgum tipo de relação: consigo próprias, com outras e com o meio envolvente. Dizer que as pessoas são inerentemente relacionais significa que são inerentemente incompletas e indeterminadas (Fogel, Lyra & Valsiner, 1997, cit. in Fogel et al., 2006). Tal leva Fogel e colaboradores a indicar que “*ser*” é em todos os momentos “*ser-em-relação*”. Todas as nossas formas de comunicação e cognição evoluem nas relações interpessoais. Tal como sugerido pelo conceito de *infiniteizing* de Levinas, “*ser-em-relação*” de modo algum limita quem nos poderemos tornar. Em vez disso, os relacionamentos abrem-nos para uma multiplicidade de possibilidades e ao mesmo tempo facilitam um sentido de ligação.

Dada esta multiplicidade experiencial, o *self* é então visto como um processo de organização narrativo inacabado, o que lhe atribui protagonismo nesta construção de um sentido pessoal. O carácter contínuo deste processo construtivo, que contempla a constante interacção relacional, permite que a identidade se reflecta numa narrativa de natureza provisória (Gonçalves, 1995, 2003, 2008). Na verdade, é precisamente a sua precariedade e o carácter provisório da identidade narrativa que nos possibilitam organizar e estabelecer a realidade num contínuo fluxo narrativo evolutivo. Trata-se de uma característica específica dos sistemas humanos, enquanto sistemas de significação em diálogo.

No contexto psicoterapêutico, nas infindáveis co-construções narrativas que visam a elaboração de novos significados poderão emergir MIs, sendo o seu papel fundamental na construção da mudança. Assim, estudámos a terapia centrada no cliente à luz do modelo de mudança narrativo apresentado por Gonçalves e colaboradores (2010d), por recurso ao SCMI, tendo já esta metodologia sido aplicada a outras abordagens terapêuticas, que não o modelo de intervenção rogeriano. É neste sentido que o presente trabalho ganha voz. Procurámos compreender empiricamente o processo de mudança centrado no cliente pelo estabelecimento de relações com o processo de mudança narrativo apresentado por Gonçalves e colaboradores (2009a), visando uma leitura mais ampla do próprio processo de mudança. Explorámos igualmente os processos de atenuação semiótica (Valsiner, 2008) associados à emergência dos MIs, que anulam o seu potencial transformador.

A primeira conclusão a ser retirada deste projecto de investigação diz respeito ao SCMI. Este estudo demonstra a aplicabilidade desta ferramenta a uma nova amostra, replicando a maioria dos dados anteriores. Na verdade, deparamo-nos com padrões consistentes entre os diferentes tipos de estudos, um dos aspectos que Kazdin (2009) recomenda como base da compreensão da mudança terapêutica. É provável que esta consistência de dados entre as diferentes amostras possa ser interpretada à luz da existência de factores (e.g., Norcross & Goldfried, 2005; Wampold, 2001) ou de princípios comuns (Castonguay & Beutler, 2006). Assim, os MIs podem ser formas de operacionalizar a emergência da inovação narrativa e da mudança terapêutica. Na verdade, o padrão comum até agora obtido com três amostras diferentes (terapia narrativa, terapia focada nas emoções e terapia centrada no cliente) indicam que o SCMI pode estar a captar um processo comum de mudança terapêutica, sublinhando a ideia de que apesar das diferenças que caracterizam os diferentes modelos terapêuticos há processos de mudança comuns a todos.

Em sintonia com os restantes estudos em que o SCMI foi utilizado (e.g., Gonçalves et al., 2009a; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010; Ribeiro et al., 2009), este projecto de investigação sugere que o denominador comum é a presença e elaboração crescente de MIs de reconceptualização e de desempenho da mudança no decurso do processo terapêutico. De acordo com Gonçalves e Ribeiro (2010c), é a complexidade dos MIs de reconceptualização que constitui o seu papel determinante no processo de mudança, papel esse que se alicerça em três características: estrutura e

direccionalidade (por agregarem os restantes MIs na sua estrutura, atribuindo-lhes uma organização coerente, relacionando-os, amplificando e desenvolvendo o processo de construção numa determinada direcção); integração (da narrativa anterior com a emergente, impedindo a fragmentação do *self*); e *performance* da mudança (quer entre as diferentes posições do *self*, como entre o *self* e os outros, o que promove a consolidação da identificação com o novo *self*).

No que concerne ao poder integrador dos MIs de reconceptualização, é bastante interessante que Fogel e colaboradores (2006) considerem que a maioria das inovações tem a característica de estabelecer ligações (*bridging*), por combinarem algo antigo com algo novo sem mudar o *frame* quando aparecem pela primeira vez. Isto talvez aconteça quando os participantes reconhecem a inovação como algo inerentemente familiar: digna de atenção, mas “*segura*”, suficientemente diferente para ser percebida, mas não tão diferente para provocar disrupção. Segundo Fogel e colaboradores, para que a inovação possa ser bem sucedida deve estabelecer uma ligação entre o passado e o futuro para que os participantes a percepcionem como uma diferença segura ou útil. Ao analisarmos a concepção teórica destes autores, facilmente conseguimos construir um paralelismo ao reconhecer os MIs de reconceptualização como capazes de promover este tipo de mudança desenvolvimental (nível 3), pelo estabelecimento de ligações temporais com um substrato “*seguro*”.

Gonçalves e Ribeiro (2010c) reforçam ainda a função desenvolvimental destes MIs e acrescentam uma quarta característica que se encontra interligada com as anteriores, especificamente a capacidade dos MIs de reconceptualização em facilitar a resolução da ambivalência durante o processo de mudança. A este propósito os autores argumentam que, num determinado sentido, os processos de *mutual in-feeding* poderão ser vistos como antónimos da reconceptualização. Em ambos os processos existem duas posições, embora no *mutual in-feeding* exista uma contínua alternância entre ambas, sem que o cliente possua controlo sobre estes movimentos circulares. Por seu turno, na reconceptualização existe uma visão contrastante entre as posições pelo facto de uma delas pertencer ao passado, estando o cliente envolvido no processo de expansão da narrativa emergente. A este nível, realce-se novamente a visão de Fogel e colaboradores (2006) ao defenderem que pode existir um tipo de emoção diferente envolvido na relativa (in)certeza do próprio processo de mudança. Durante a mudança, as pessoas tendem a sentir emoções como segurança *versus* insegurança ou protecção *versus*

ameaça. Antes de decidirem pelo percurso em direcção à mudança, as pessoas avaliam antecipadamente os benefícios e/ou riscos inerentes ao processo de mudança, por contraponto com a segurança da estabilidade. A inovação conduz à expectativa de algo melhor no futuro. Os participantes “*concordam*” em avançar e o sistema reorganiza-se em torno da inovação. Gonçalves e Ribeiro (2010c) sugerem precisamente que a resolução de processos de *mutual in-feeding* está relacionada com o papel central dos MIs de reconceptualização, dado que está em consonância com este estudo, sendo por isso menos provável assistirmos a movimentos de retorno ao problema após a emergência de um MI de reconceptualização ou de desempenho da mudança. Aliás, ao fazermos uma leitura integrada desta dissertação, não deixa de ser surpreendente, mas teoricamente congruente, que os MIs que não revelaram um papel de destaque na contrastação entre os grupos (i.e., MIs de acção, de reflexão e de protesto), são precisamente os que se destacaram no que diz respeito à sua associação com movimentos de retorno à narrativa problemática. Assim, apesar destes MIs serem relevantes para o processo de mudança, não parecem, por si só, encerrar as funções chave do crescimento e desenvolvimento pessoal.

Na realidade, a conversação terapêutica poderá ser rica na emergência e elaboração de MIs e, por isso, ser geradora de discrepância ou contradição interna (Ribeiro & Gonçalves, no prelo) e o modo como o cliente gere este sentido de ameaça resultará na elaboração de uma nova narrativa do *self* ou na manutenção da narrativa problemática. Assim, a gestão destes processos parece assumir um papel decisivo na construção da mudança. De acordo com os dados, a prática clínica poderá assim ser melhorada se os terapeutas e clientes se debruçarem no desenvolvimento de processos de ampliação dos MIs como forma de lidar com o retorno ao problema, designadamente se maior atenção for prestada aos discursos narrativos ricos em reconceptualizações que potenciam a mudança terapêutica, elaborados ao longo da interacção terapêutica.

Assim, de uma perspectiva narrativa, é no contexto psicoterapêutico que os clientes constroem novas narrativas sobre os motivos que os trouxeram à terapia. Ao abrigo de um ambiente facilitador, é através do contar e recontar ao terapeuta as histórias sobre os seus problemas que se co-constrói a mudança. Dada a abrangência dos processos envolvidos na mudança narrativa, a qual necessariamente implica a transformação dos sistemas de significado, a psicoterapia não poderá apenas ser vista como um percurso em direcção à redução de sintomas (Gonçalves & Stiles, 2011).

Referências bibliográficas

- Anderson, W. A. (1989). Family therapy in the client-centered tradition. *Person-Centered Review*, 4, 295-307.
- Angus, L., & Hardtke, K. (1994). Narrative processes in psychotherapy. *Canadian Psychology*, 35, 190-203.
- Angus, L., & Hardtke, K. (2007). Margaret's story: An intensive case analysis of insight and narrative process change in client-centered psychotherapy. In L. G. Castonguay, & C. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 187-205). Washington, DC: American Psychological Association.
- Angus, L., Hardtke, K., & Levitt, H. (1996). *Narrative processes coding system training manual*. Unpublished manuscript, York University, North York, Ontario, Canada.
- Angus, L., Levitt, H., & Hardtke, K. (1999). The narrative processing coding system: Research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1255-1270.
- Angus, L., Lewin, J., Bouffard, B., & Rotondi-Trevisan, D. (2004). What's the story? Working with narrative in experiential psychotherapy. In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *Handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp.87-102). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Angus, L., & McLeod, J. (Eds.) (2004), *Handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Arkovitz, H., & Engle, D. (2007). Understanding and working with resistant ambivalence in psychotherapy. In S. G. Hofmann, & J. Weinberg (Eds.), *The art and science of psychotherapy* (pp. 171-190). New York: Routledge.
- Barrett-Lennard, G. T. (1998). *Carl Rogers' helping system: Journey and substance*. London: Sage Publication.
- Batista, J. (2008). *As novidades da mudança em diferentes contextos terapêuticos*. Universidade do Minho: Tese de mestrado não publicada.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry, 4*, 561-571.
- Beutler, L. E., & Hill, C. E. (1992). Process and outcome research in the treatment of adult victims of childhood sexual abuse: Methodological issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 204-212.
- Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Hawley, L. L., & Auerbach, J. S. (2010). Predictors of sustained therapeutic change. *Psychotherapy Research, 20*(1), 37-54.
- Bohart, A. C. (1988). Empathy: Client centered and psychoanalytic. *American Psychologist, 43*(8), 667-668.
- Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists' relational contributions to effective psychotherapy* (pp. 89–108). New York: Oxford.
- Bohart, A. C., & Greenberg, L. S. (1997). Empathy: Where are we and where do we go from here? In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 419-450). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bohart, A. C., & Tallman, K. (1996). The active client: Therapy as self-help. *Journal of Humanistic Psychology, 36*(3), 7-30.
- Borges, R. (2009). *Os momentos de inovação na terapia narrativa: Análise das inovações centradas no problema e centradas na mudança*. Universidade do Minho: Tese de mestrado não publicada.
- Boritz, T. Z., Angus, L., Monette, G., & Hollis-Walker, L. (2008). An empirical analysis of autobiographical memory specificity in brief emotion-focused and client-centered treatments of depression. *Psychotherapy Research, 18*(5), 584-593.

- Botella, L., Herrero, O., Pacheco, M., & Corbella, S. (2004). Working with narrative in psychotherapy: A relational constructivist approach. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and practice* (pp. 119-136). California: Sage.
- Boy, A. V., & Pine, G. J. (1999). *A person-centered foundation for counseling and psychotherapy* (2nd ed.), Springfield, IL: Thomas Books.
- Bozarth, J. D. (1997). Empathy from the framework of client-centered theory and the Rogerian hypothesis. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 81-102). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bozarth, J. D., & Wilkins, P. (2001). *Unconditional positive regard*. Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Braaten, L. J. (1961). The movement from non-self to self in client-centered psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 8(1), 20-24.
- Brinegar, M. G., Salvi, L. M., & Stiles, W. B. (2008). The case of Lisa and the assimilation model: The interrelatedness of problematic voices. *Psychotherapy Research*, 18(6), 657-666.
- Brinegar, M. G., Salvi, L. M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2006). Building a meaning bridge: Therapeutic process from problem formulation to understanding. *Journal of Counselling Psychology*, 53(2), 165-180.
- Brodley, B. T. (1996). Empathic understanding and feelings in client-centered therapy. *The Person-Centered Journal*, 3, 22-30.
- Brodley, B. T. (2006). Client-initiated homework in client-centered therapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 140-161.
- Bruner, J. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bruner, J. (1990). *Acts of Meaning*. Cambridge MA: Harvard University Press.

- Bruner, J. (2004). The narrative creation of self. In L. E. Angus & J. McLeod, *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 3-14). Thousand Oaks: Sage.
- Canavarro, M. C. S. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B. S. I. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, Vol. II (pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Carcione, A., Dimaggio, G., Fiore, D., Nicolò, G., Procacci, M., Semerari, A., & Pedone, R. (2008). An intensive case analysis of client metacognition in a good-outcome psychotherapy: Lisa's case. *Psychotherapy Research*, 18(6), 667-676.
- Carcione, A., Semerari, A., Dimaggio, G., & Nicolò, G. (2005). States of mind and metacognitive disfunctions are different in the various personality disorders: A reply to Ryle. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 367-373.
- Caro, I. (1992). La terapia cognitiva de evaluación: Datos sobre su eficacia. *Boletín de Psicología*, 36, 43-69.
- Caro, I. (1996). The linguistic therapy of evaluation: A perspective on language in psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 10, 83-104.
- Caro, I. (2006). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 16(4), 436-452.
- Caro, I. (2009). Convergence of voices: Assimilation in linguistic therapy of evaluation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 182-198.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Eds.) (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Cavadas, C. (2009). *Multiplicidade de vozes do self e momentos de inovação em psicoterapia narrativa: Um estudo exploratório*. Universidade do Minho: Tese de mestrado não publicada.
- Cepeda, L. S., & Davenport, D. S. (2006). Person-centered and solution-focused brief therapy: An integration of present and future awareness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(1), 1-12.

- Combs, G. & Freedman, J. (2004). A Poststructuralist Approach to Narrative Work. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.). *The Handbook of Narrative and Psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 137-155). California: Sage Publications.
- Conde, T. (2009). *O papel do mutual in-feeding no insucesso terapêutico: Uma abordagem dialógica da manutenção das narrativas pessoais problemáticas*. Universidade do Minho: Tese de mestrado não publicada.
- Cooper, M. (2003). “I-I” and “I-Me”: Transposing Buber’s interpersonal attitudes to the intrapersonal plane. *Journal of Constructivist Psychology, 16*(2), 131-153.
- Crossley, M. L. (2000). Narrative psychology, trauma and the study of self/identity. *Theory & Psychology, 10*(4), 527-546.
- Cruz, G., & Gonçalves, M. M. (no prelo). Momentos de inovação e mudança espontânea: Um estudo exploratório. *Psychologica*.
- Cunha, C., & Ribeiro, A. (2009). Rehearsing renewal of identity: Re-conceptualization on the move. In M. M. Gonçalves & J. Salgado (Eds.), *Processes of innovation: Studying change in psychotherapy and everyday life*. Manuscrito em preparação.
- Damasio, A. (1999). *The feeling of what happens*. New York: Harcourt Brace.
- DeCarvalho, R. J. (1999). Otto Rank, the rankian circle in philadelphia, and the origins of Carl Rogers’ person-centered psychotherapy. *History of Psychology, 2*(2), 132-148.
- Detert, N., Llewelyn, S. P., Hardy, G. E., Barkham, M., & Stiles, W. B. (2006). Assimilation in good and poor-outcome cases of very brief psychotherapy for mild depression: An initial comparison. *Psychotherapy Research, 6*(4), 393-407.
- Dimaggio, G. (2006). Disorganized narratives in clinical practice. *Journal of Constructivist Psychology, 19*, 103-108.
- Dimaggio, G., Carcione, A., Nicolò, G., Conti, L., Fiore, D., Pedone, R., Popolo, R., Procacci, M., & Semerari, A. (2009). Impaired decentration in personality disorder: A series of single cases analysed with the metacognition assessment scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 16*, 450-462.

- Dimaggio, G., Nicolò, G., Fiore, D., Centero, E., Semerari, A., Carcione, A., & Pedone, R. (2008). States of minds in narcissistic personality disorder: Three psychotherapies analyzed using the grid problematic states. *Psychotherapy Research, 18*(4), 466-480.
- Dimaggio, G., Procacci, M., Nicolò, G., Popolo, R., Semerari, A., Carcione, A., & Lysaker, P. H. (2007). Poor metacognition in narcissistic and avoidant personality disorders: Four psychotherapy patients analysed using the metacognition assessment scale. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 14*, 386-401.
- Dimaggio, G., Saltavore, G., Azzara, C., & Catania, D. (2003a). Rewriting self-narratives: The therapeutic process. *Journal of Constructivist Psychology, 16*(2), 155-181.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Azzara, C., Catania, D., Semerari, A., & Hermans, H. J. M. (2003b). Dialogical relationships in impoverished narratives: From theory to clinical practice. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 76*, 385-409.
- Dimaggio, G. & Semerari, A. (2001). Psychopathological narrative forms. *Journal of Constructivist Psychology, 14*, 1-23.
- Dimaggio, G. & Semerari, A. (2004). Disorganized narratives: The psychological condition and its treatment. In L. E. Angus & J. McLeod, *The Handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 263-282). Thousand Oaks: Sage.
- Dimaggio, G. & Siles, W. B. (2007). Psychotherapy in light of internal multiplicity. *Journal of Clinical Psychology: In Session, 63*, 119-127.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (ED.), *Bergin and Garfield handbook of psychotherapy and behavior change* (5th edition, pp. 493-539). New York: Wiley.

- Ellison, J. A., Greenberg L. S., Goldman, R. N., & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(1), 103-112.
- Farber, B. A. (2007). On the enduring and substantial influence of Carl Rogers' not-quite necessary nor sufficient conditions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44*(3), 289-294.
- Farber, B. A., Brink, C. D., & Raskin, P. M. (1996). *The psychotherapy of Carl Rogers: Cases and commentary*. New York: The Guilford Press.
- Farber, B. A., & Lane, J. S. (2001). Positive regard. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 390-395.
- Field, S. D., Barkham, M., Shapiro, D., & Stiles, W. B. (1994). Assessment of assimilation in psychotherapy: A quantitative case study of problematic experiences with a significant other. *Journal of Counseling Psychology, 41*(3), 397-406.
- Fiore, D., Dimaggio, G., Nicolò, G., Semerari, A. & Carcione, A. (2008). Metacognitive interpersonal therapy in a case of obsessive-compulsive and avoidant personality disorders. *Journal of Clinical Psychology, 64*(2), 168-180.
- Flavell, J. H., Miller, P. H., & Miller, S. A. (1993). *Cognitive development*. Hemel Hempstead, UK: Prentice Hall.
- Fogel, A., Garvey, A., Hsu, H. C. & West-Stroming, D. (2006). *Change processes in relationships: A relational-historical approach*. New York: Cambridge University Press.
- Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology, 9*, 679-700.
- Freedman, J. & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: The social construction of preferred realities*. New York: Norton.
- Garfield, S. L. (1995). *Psychotherapy: an eclectic-integrative approach* (2nd edition). New York: John Wiley & Sons, Inc.

- Gazzola, N., & Stalikas, A. (2004). Therapist interpretations and client processes in three therapeutic modalities: Implications for psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration, 14*(4), 397-418.
- Gendlin, E. T. (1964). A theory of personality change. In P. Worchel & D. Byrne (Eds.), *Personality change* (pp. 102-148). New York: Wiley.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy*. New York: Guilford.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructivist movement in modern psychology. *American Psychologist, 40*, 266-275.
- Goldfried, M. R., Pachankis, J. E., & Bell, A. C. (2005). A history of psychotherapy integration. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp.24-60). London: Oxford University Press.
- Goldman, R., & Greenberg, L. S. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research, 15*, 248-260.
- Goldman, R., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the therapeutic relationship in the treatment of depression. *Psychotherapy Research, 16*, 536–546.
- Goldsmith, J. Z., Mosher, J. K., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2008). Speaking with the client's voices: How a person-centered therapist used reflections to facilitate assimilation. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies, 7*(3), 155-172.
- Gonçalves, M. M. (1995). *Auto-conhecimento e acesso introspectivo: Do self reificado ao self narrativo*. Braga: CEEP.
- Gonçalves, M. M. (2003). *Psicoterapia, uma arte retórica: Contributos das terapias narrativas*. Coimbra: Quarteto.
- Gonçalves, M. M. (2008). *Terapia narrativa de re-autoria: O encontro de Bateson, Bruner e Foucault*. Braga: Psiquilíbrios.
- Gonçalves, M. M. (no prelo). Momentos de inovação em psicoterapia: O que podemos aprender com a psicologia do desenvolvimento? In A. P. Garvey, M. Silva & M. C. D. P. Lyra (Eds.). *Microanálise: Estudo do processo de mudança*. Brasil.

- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009a). Narrative therapy and the nature of “innovative moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology, 22*, 1-23.
- Gonçalves, M. M., Matos, M., Salgado, J., Santos, A., Mendes, I., Ribeiro, A., Cunha, C., & Gonçalves, J. (2010a). Innovations in psychotherapy: Tracking the narrative construction of change. In J. D. Raskin, S. K. Bridges, & R. Neimeyer (Eds.), *Studies in meaning 4: Constructivist perspectives on theory, practice, and social justice*. New York: Pace University Press.
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, A., & Greenberg, L. (2010b). Innovative moments and change in emotional focused therapy: The case of Lisa. Manuscrito submetido para publicação.
- Gonçalves, M. M., & Ribeiro, A. P. (2010c). Therapeutic change, innovative moments and the reconceptualization of the self: A dialogical account. Manuscrito em preparação.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A., Matos, M., Santos, A. & Mendes, I. (2010d) The Innovative Moments Coding System: A methodological procedure for tracking changes in psychotherapy. In S. Salvatore, J. Valsiner, S. Strout, & J. Clegg (Eds.), *YIS: Yearbook of Idiographic Science 2009 – Volume 2*. Rome: Firera Publishing Group.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A., Conde, T., Matos, M., Martins, C., & Stiles, W. (2010e). How bypassing innovative moments in psychotherapy contributes to therapeutic failure: The role of mutual in-feeding. Manuscrito em preparação.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A., Santos, A., Cruz, G., Mendes, I., Gonçalves, J., Conde, T., & Pinheiro, P. (2009b). Sistema de Codificação de Retorno ao Problema. Manuscrito não publicado. Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Gonçalves, M. M., & Salgado, J. (2011). Adult life’s narratives: stability and innovation: Insights from psychotherapy research. Manuscrito em preparação.
- Gonçalves, M. M., & Stiles, W. B. (2011). Narrative and psychotherapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research, 21*(1), 1-3.

- Goodridge, D., & Hardy, G. E. (2009). Patterns of change in psychotherapy: An investigation of sudden gains in cognitive therapy using the assimilation model. *Psychotherapy Research, 19*(1), 114-12.
- Goolishian, H., & Anderson, H. (1987). Language systems and therapy: An evolving area. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 24*, 529-538.
- Greenberg, L. S., & Angus, L. (1995). How does therapy work? *Social Sciences and Humanities Research Council Standard Research Grant (1995-1998)*.
- Greenberg, L. S., & Angus, L. (2004). The contribution of emotion processes to narrative change: A dialectical-constructivist approach. In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *Handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 331-350). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Greenberg, L. S., Elliott, R., Watson, J. C., & Bohart, A. C. (2001). Empathy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 38*(4), 380-384.
- Greenberg, L. S., & Paivio, S. (1997). *Working with emotion*. New York: Guilford Press.
- Greenberg, L., & Pascual-Leone, J. (1995). A dialectical constructivist approach to experiential change. In R. Neimeyer & M. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 169-194). Washington, DC: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. New York: The Guilford Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Watson, J. C. (1994). *Manual for client-centered therapy*. Manuscrito não publicado. York University, Toronto.
- Greenberg, L., & Safran, J. (1989). Integrating affect and cognition. *Cognitive Therapy and Research, 8*(6), 559-578.
- Greenberg, L. S., & Toukmanian, S. (1999). Emotional change processes. *Social Sciences and Humanities Research Council Standard Research Grant (1995-1998)*.

- Greenberg, L. S., & Watson, J. (1998a). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210-224.
- Greenberg, L. S., Watson, J. C., & Goldman, R. (1998b). Process-experiential therapy of depression. In L. S. Greenberg & J. C. Watson (Eds.). *Handbook of experiential psychotherapy* (pp. 227-248). New York: Guilford.
- Hardtke, K. (1996). *Characterizing therapy focus and exploring client process: Investigating therapeutic modalities from a narrative approach*. Unpublished master's thesis, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Hardtke, K., & Angus, L. (1998). *The Narrative Assessment Interview*. Unpublished manuscript, Department of Psychology, York University, Toronto, Canada.
- Hardtke, K., & Angus, L. (2004). The narrative assessment interview: Assessing self-change in psychotherapy. In L. Angus & J. McLeod (Eds.), *Handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 247-262). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Harré, R., & Gillet, G. (1994). *The discursive mind*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Hastie, T. & Tibshirani, R. (1990). *Generalized additive models, Volume 43 of Monographs on statistics and applied probability*. London: Chapman & Hall.
- Helweg, G. C., & Gaines, L. S. (1977). Subject characteristics and preferences for different approaches to psychotherapy: A multivariate study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45(5), 963-964.
- Hermans, H. J. M. (1996). Voicing the self: From information processing to dialogical interchange. *Psychological Bulletin*, 119, 31-50.
- Hermans, H. J. M. (1997). Dissociation and disorganized self-narrative: Tension between splitting and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7(3), 213-223.
- Hermans, H. J. M. (2001a). The construction of a personal position repertoire: Method and practice. *Culture & Psychology*, 7(3), 324-366.

- Hermans, H. J. M. (2001b). The dialogical self: Toward a theory of personal and cultural positioning. *Culture & Psychology, 7*(3), 243-381.
- Hermans, H. J. M. (2003). The construction and reconstruction of a dialogical self. *Journal of Constructivist Psychology, 16*(2), 89-130.
- Hermans, H. J. M., & Kempen, H. J. K. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement*. San Diego: Academic Press.
- Hill, C. E. (2000). Client-centered therapy. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology, Vol. 2* (pp. 105-108). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, C. E., Thompson, B. J., & Williams, N. E. (1997). A guide to conducting consensual qualitative research. *Counselling Psychologist, 25*, 517-572.
- Honos-Webb, L., Harrick, E. A., Stiles, W., & Park, C. L. (2000). Assimilation of traumatic experiences and physical-health outcomes: Cautions for the pennebaker paradigm. *Psychotherapy, 37*(4), 307-314.
- Honos-Webb, L., Lani, J. A., & Stiles, W. B. (1999a). Discovering markers of assimilation stages: The fear-of-losing-control marker. *Journal of Clinical Psychology, 55*(12), 1441-1452.
- Honos-Webb, L. & Stiles, W. B. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy, 35*(1), 23-33.
- Honos-Webb, L., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2003). A method of rating assimilation in psychotherapy based on markers of change. *Journal of Counseling Psychotherapy, 50*(2), 189-198.
- Honos-Webb, L., Stiles, W. B., Greenberg, L. S., & Goldman, R. (1998). Assimilation Analysis of process-experiential psychotherapy: A comparison of two cases. *Psychotherapy Research, 8*(3), 264-286.
- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (1999b). Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology, 46*, 448-460.
- Horowitz, M. J. (1987). *States of mind: Configurational analysis of individual psychology* (2nd ed.). New York: Plenum.

- Horvath, A. O. (2005). The therapeutic relationship: Research and theory. *Psychotherapy Research, 15*(1), 3-7.
- Horvath, A. O., & Bedi, R. (2002). The Alliance. In J. Norcross (Ed). *Psychotherapy Relationships that Work: Therapist Contributions and Responsiveness to Patients* (pp. 37-69). Oxford: Oxford University Press.
- Horvath, A. O., & Symonds, B.D. (1991). Relation between working alliance and the outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology, 38*, 139-149.
- Jaison, B. (2002). Integrating experiential and brief therapy models: A guide for clinicians. In J. C. Watson, R. N. Goldmann, N. Rhonda, & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential psychotherapy in the 21st century: Advances in theory, research, and practice* (pp. 356-368). Ross-on-Wye, UK: PCCS Books.
- Josephs, I., & Valsiner, J., (1998). How does autodiologue work? Miracles of meaning maintenance and circumvention strategies. *Social Psychology Quarterly, 61*, 68-83.
- Josephs, I., Valsiner, J., & Surgan, S. E. (1999). The process of meaning construction – dissecting the flow of semiotic activity. In J. Brandstadter & R. M. Lerner (Eds.), *Action and Development. Theory and research through the life span*. London: Sage Publications.
- Kahn, E. (1996). The intersubjective perspective and the client-centered approach: Are they one at their core? *Psychotherapy, 33*(1), 30-42.
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research, 19*, 418-428.
- Keele, L. (2008). *Semiparametric regression for the social sciences*. New York: John Wiley and Sons.
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York: Routledge.
- Kirschenbaum, H., & Jourdan, A. (2005). The current status of Carl Rogers and the person-centered approach. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(1), 37-51.
- Klein, M. H., Kolden, G. G., Michels, J. L., & Chisholm-Stockard, S. (2001). Congruence or genuineness. *Psychotherapy, 38*(4), 396-400.

- Knobloch, L. M., Endres, L. M., Stiles, W. B., & Silberschatz, G. (2001). Convergence and divergence of themes in successful psychotherapy: An assimilation analysis. *Psychotherapy, 38*(1), 31-39.
- Lambert, M. J. (Ed.) (2004). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5th Ed.). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
- Leiman, M., & Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research, 11*, 311-330.
- Levitt, H., & Angus, L. (2000). Psychotherapy process measure research and the evaluation of psychotherapy orientation: A narrative analysis. *Psychotherapy Integration, 9*(3), 279-300.
- Levitt, H., Korman, Y., & Angus, L. (2000). A metaphor analysis in treatments of depression: Metaphor as a marker of change. *Counselling Psychology Quarterly, 13*(1), 23-35.
- Lewin, J. K. (2001). *Both sides of the coin: Comparative analyses of narrative process patterns in poor and good outcome dyads engaged in brief experiential psychotherapy for depression*. Unpublished master's thesis, York University, Toronto, Ontario, Canada.
- Lysaker, P. H., & Lysaker, J. T. (2001). Schizophrenia and the collapse of the dialogical self: Recovery, narrative and psychotherapy. *Psychotherapy, 38*, 252-261.
- Machado, C., Matos, M. & Gonçalves, M. (2000). I.V.C. – *Inventário de violência conjugal*. Braga: Universidade do Minho, I.E.P.
- Machado, P. P. & Horvath, A. (1999). Inventário da aliança terapêutica – W. A. I.. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal, Vol. II* (pp. 87-94). Braga: APPORT/SHO.
- Mahoney, M. (1998). *Processos humanos de mudança: As bases científicas da psicoterapia*. Porto Alegre: ArtMed (publicado originalmente em 1991).

- Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, *41*, 954-969.
- Martin, D. J., Graske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 438-450.
- Matos, M. (2006). *Violência das relações de intimidade: Estudo sobre a mudança psicoterapêutica na mulher*. Universidade do Minho: Tese de doutoramento não publicada.
- Matos, M., & Gonçalves, M. M. (2004). Narratives on marital violence: The construction of change through re-authoring. In R. Abrunhosa, R. Roesch, C. Machado, C. Soeiro & F. Winkel (Eds.), *Assessment, intervention and legal issues with offenders and victims*. Bruxelas: Politea.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research*, *19*, 68-80.
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: Morrow.
- McAdams, D. (1995). What do we know when we know a person? *Journal of Personality*, *63*, 365-395.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, *5*, 100-122.
- McAdams, D. P., & Pals, J. L. (2006). A new big five: Fundamental principles for an integrative science of personality. *American Psychologist*, *61*, 204-217.
- McLeod, J. (1997). *Narrative and psychotherapy*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- McLeod, J. (2004). Social construction, narrative and psychotherapy. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.). *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 351-366). Thousand Oaks: Sage.
- Mearns, D., & Thorne, B. (2000). *Person-centered therapy today: New frontiers in theory and practice*. London: Sage.

- Meira, L. (2009a). *Mudança narrativa: Estudo sobre processos de inovação pessoal na resolução de problemas de vida*. Universidade do Minho: Tese de doutoramento não publicada.
- Meira, L., Gonçalves, M. M., Salgado, J., & Cunha, C. (2009b). Everyday life change: Contribution to the understanding of daily human change. In M. Todman (Ed.), *Self-regulation and social competence: Psychological studies in identity, achievement and work-family dynamics* (pp. 145-154). Athens: Atiner.
- Mendes, M., Gonçalves, M., I., Ribeiro, A., Angus, L., & Greenberg, L. (2010). *Narrative change in emotion-focused therapy*. Manuscrito em preparação.
- Mosher, J. K., Goldsmith, J. Z., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (2008). Assimilation of two critic voices in a person-centered therapy for depression. *Person-centered and Experiential Psychotherapy*, 7, 1-19.
- Neimeyer, R. A. (2000). Narrative disruptions in the construction of the self. In R. A. Neimeyer & J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A., & Mahoney, M. J. (Eds.) (1995). *Constructivism in psychotherapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nicolò, G., Dimaggio, G., Procacci, M., Semerari, A., Carcione, A., & Pedone, R. (2008). How states of mind change in psychotherapy: An intensive case analysis of Lisa's case using the Grid of Problematic States. *Psychotherapy Research*, 18(4), 645-656.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapists' relational contributions to effective psychotherapy*. New York: Oxford.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change* (pp.113-142). Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C., & Goldfried (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.) New York: Oxford University Press.

- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 270-376). Oxford, UK: Wiley.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 331-381). New York: Wiley.
- Osatuke, K., Glick, M. J., Gray, M. A., Reynolds, D. J., Humphreys, C. L., Salvi, L. M. & Stiles, W. B. (2004). Assimilation and narrative: Stories as meaning bridges. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 193-210). Thousand Oaks: Sage.
- Osatuke, K., Glick, M. J., Stiles, W. B., Greenberg, L. S., Shapiro, D. A., & Barkham, M. (2005a). Temporal patterns of improvement in client centred therapy and cognitive-behaviour therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, *18*, 95-108.
- Osatuke, K., Humphreys, C. L., Glick, M. J., Graff-Reed, R. L., Mack, L. T., & Stiles, W. B. (2005b). Vocal manifestations of internal multiplicity: Mary's voices. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, *78*, 21-44.
- Osatuke, K., Mosher, J. K., Goldsmith, Stiles, W. B., Shapiro, D. A., Hardy, G. E. & Barkham, M. (2007). Submissive voices dominate in depression: Assimilation analysis of a helpful session. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(2), 153-164.
- Osatuke, K., & Stiles, W. B. (2006). Problematic internal voices in clients with borderline features: An elaboration of the assimilation model. *Journal of Constructivist Psychology*, *19*, 287-319.
- Parry, A. & Doan, R. D. (1994). *Story re-visions*. New York: Guilford Press.
- Pearls, F. S. (1973). *The gestalt approach and eye witness to therapy*. New York: Dell.
- Pennebaker, J. W. (Ed.). (1995). *Emotion, disclosure & health*. Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Piaget, J. (1970). Piaget's theory (G. Gellerier & J. Ianger, Trans.). In P. H. Mussen (Ed.), *Curmichael's manual of child psychology* (3rd ed.) (pp. 703-732). New York: Wiley.

- Pinheiro, P. (2009). *Processos de inovação narrativa e de assimilação de experiências problemáticas na mudança psicoterapêutica: Um estudo de caso*. Universidade do Minho: Tese de mestrado não publicada.
- Polkinghorne, D. E. (1986). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany, New York: Suny Press.
- Polkinghorne, D. E. (2004). Narrative therapy and postmodernism. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 53-68). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., & Ribeiro, E. (2009). Processos narrativos de mudança em psicoterapia: O estudo de um caso de sucesso de terapia construtivista. *Psychologica*, 50, 181-203.
- Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (no prelo). Innovation and stability within the dialogical self: The centrality of ambivalence. *Culture & Psychology*.
- Ribeiro, A. P., Mendes, I., Gonçalves, M. M., Angus, L., & Greenberg, L. (2011). The role of mutual in-feeding in emotion-focused therapy. Manuscrito em preparação.
- 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.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of psychotherapeutic personality changes. *Journal of Counselling Psychology*, 21(2), 95-103.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Kock (Ed.). *Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1965). *Client-centered therapy: Its current practice, implications and theory*. Boston: Houghton Mifflin.

- Rogers, C. R. (1967). Therapeutic procedures in dealing with schizophrenics. In C. R. Rogers, E. T. Gendlin, D. J. Kiesler & C. B. Truax (Eds.). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics* (pp. 369-400). Madison, WI: University of Wisconsin Press.
- Rogers, C. R. (1975). Empathic: An unappreciated way of being. *The counselling Psychologist*, 5(2), 2-11.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R., & Sanford, R. C. (1984). Client-centered psychotherapy. In H. I. Kaplan and B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (vol. 4, pp. 1374-1388). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Ryle, A. (1997). *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder: The model and the method*. Chichester, UK: Wiley.
- Salgado, J. (2003). *Psicologia narrativa e identidade: Um estudo sobre auto-engano e organização pessoal*. Maia: ISMAI.
- Salvatore, G., Conti, L., Fiore, D., Carcione, A., Dimaggio, G., & Semerari, A. (2006). Disorganized narratives: Problems in treatment and therapist intervention hierarchy. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 191-207.
- Salvatore, G., Dimaggio, G., & Semerari, A. (2004). A model of narrative development: Implications for understanding psychopathology and guiding therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 77, 231-254.
- Santos, A. (2009a). *A mudança narrativa no processo terapêutico de re-autoria*. Universidade do Minho: Tese de doutoramento não publicada.
- Santos, A., Gonçalves, M. M., & Matos, M. (2010). Innovative moments and poor outcome in narrative therapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, *iFirst article*, 1-11.
- Santos, A., Gonçalves, M. M., & Matos, M., & Salvatore, S. (2009b). Innovative moments and change pathways: A good outcome case of narrative therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 449-466.

- 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.
- Semerari, A. (Ed.). (1999). *Psicoterapia cognitive del paziente grave: Metacognizione e la relazione terapeutica*. Milan, Italy: Raffaello Cortina Editore.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., & Alleva, G. (2003a). How to assess metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *10*, 238-261.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G., Procacci, M., Alleva, G., & Mergenthaler, E. (2003b). Assessing problematic states in patients' narrative: The grid of problematic states. *Psychotherapy Research*, *13*(3), 337-353.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Nicolò, G., Pedone, R., & Procacci, M. (2005). Metarepresentative functions in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *19*(6), 690-710.
- Sollod, R. N. (1978). Carl Rogers and the origins of client-centered therapy. *Professional Psychology*, *9*, 93-104.
- Sperber, D. (2000). *Metarepresentations*. Oxford: Oxford University Press.
- Stiles, W. B. (1992). *Describing talk: A taxonomy of verbal response modes*. Newbury Park, CA: Sage.
- Stiles, W. B. (1999a). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *9*(1), 1-21.
- Stiles, W. B. (1999b). Suppression of continuity-benevolence assumptions (CBA) voices: A theoretical note on the psychology and psychotherapy of depression. *Psychotherapy*, *36*(3), 268-273.
- Stiles, W. B. (2002). Assimilation of problematic experiences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationship that works: Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 357-365). New York: Oxford University Press.

- Stiles, W. B. (2005). Extending the assimilation of problematic experiences scale: Commentary on the special issue. *Counselling Psychology Quarterly*, 18(2), 85-93.
- Stiles, W. B. (2006). Assimilation and the process of outcome: Introduction to a special section. *Psychotherapy Research*, 16(3), 89-92.
- Stiles, W. B., Barkham, M., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1992). Treatment order and thematic continuity between contrasting psychotherapies: Exploring an emplication of the assimilation model. *Psychotherapy Research*, 2, 112-124.
- Stiles, W. B., & Brinegar, M. G. (2007). Insight as a stage of assimilation: A theoretical perspective. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *Insight in psychotherapy* (pp. 101-117). Washington, DC: American Psychological Association.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, 22, 411-420.
- Stiles, W. B., & Glick, M. J. (2002). Client-centered therapy with multi-voiced clients: Empathy with whom? In J. C. Watson, R. Goldman, & M. S. Warner (Eds.), *Client-centered and experiential therapy in the 21st century: Advances in theory, research, and practice* (pp. 406-414). Ross-on-Wye: PCCS Books.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L., & Lani, J. A. (1999). Some functions of narrative in the assimilation of problematic experiences. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1213-1226.
- Stiles, W. B., Leiman, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., Barkham, M., Detert, N. B., et al. (2006). What does the first exchange tell? Dialogical sequence analysis and assimilation in very brief therapy. *Psychotherapy Research*, 16, 408-421.
- Stiles, W. B., Meshot, C., Anderson, T., & Sloan, W. (1992). Assimilation of problematic experiences: The case of John Jones. *Psychotherapy Research*, 2(2), 81-101.
- Stiles, W. B., Morrison, L. A., Haw, S. K., Harper, H., Shapiro, D. A., & Firth-Cozens, J. (1991). Longitudinal study of assimilation in exploratory psychotherapy. *Psychotherapy*, 28, 195-206.

- Stiles, W. B., Osatuke, K., Glick, M. J., & Mackay, H. C. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. In H. H. Hermans, & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91–107). New York: Brunner-Routledge.
- Stiles, W. B., Shankland, M. C., Wright, J., & Field, S. D. (1997). Dimensions of clients' initial presentation of problems in psychotherapy: The Early Assimilation Research Scale. *Psychotherapy Research, 7*, 155-171.
- Strupp, H. H. (1958). The performance of psychoanalytic and client-centered therapists in an initial interview. *Journal of Consulting Psychology, 22*(4), 265-274.
- Truax, C. B. (1966). Reinforcement and nonreinforcement in rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology, 71*(1), 1-9.
- Valsiner, J. (2002). Forms of dialogical relations and semiotic autoregulation within the self. *Theory and Psychology, 12*, 251-265.
- Valsiner, J. (2008). Constraining one's self within the fluid social worlds. Paper presented at the 20th Biennial ISSBD meeting, Würzburg.
- Varvin, S., & Stiles, W. B. (1999). Emergence of severe traumatic experiences: An assimilation analysis of psychoanalytic therapy with a political refugee. *Psychotherapy Research, 9*, 381-404.
- Vygotsky, L. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Warner, M. G. (1997). Does empathy cure? A theoretical consideration of empathy, processing, and personal narrative. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 125-140). Washington, DC: American Psychological Association.
- Watson, J. C. (2006). A reflection on the blending of person-centered therapy and solution-focused therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 43*(1), 13-15.

- Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (1996). Pathways to change in the psychotherapy of depression: Relating process to session change and outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(2), 262-274.
- Watson, J. C., Greenberg, L. S., & Lietaer, G. (1998). The experiential paradigm unfolding: Relationship & experience in therapy. In L. S. Greenberg, J. C. Watson, & G. Lietaer (Eds.). *Handbook of experiential psychotherapy* (pp.3-27). New York: Guilford Press.
- Weinrach, S. G. (1990). Rogers and Gloria: The controversial film and the enduring relationship. *Psychotherapy*, 27 (2), 282-290.
- Wells, A., & Purdon, C. (1999). Metacognition and cognitive-behavior therapy: A special issue. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 1-2.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: Norton.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Williams, J. M. G., Stiles, W. B., & Shapiro, D. A. (1999). Cognitive mechanisms in the avoidance of painful and dangerous thoughts: Elaborating the assimilation model. *Cognitive Therapy and Research*, 23(3), 285-306.
- Wortham, S. (2001). *Narratives in action: A strategy for research and analysis*. New York: Teachers College Press.
- Yalom, I. (2002). *The gift of therapy: An open letter to a new generation of therapists and their patients*. New York: HarperCollins.

ANEXO I

INNOVATIVE MOMENTS CODING SYSTEM

Miguel M. Gonçalves, Marlene Matos, & Anita Santos

University of Minho, January 2009

Version 7.2

Innovative Moments Coding System (IMCS) is a procedure of qualitative analysis. Data must be of qualitative type and the analysis procedure obeys the inferential principle of categories inclusion. Therefore, content analysis of data is performed by Innovative Moments (IMs) categories. The System is open ended, allowing new conceptualizations derived from data analysis.

1. Innovative Moments definition

An Innovative Moment (IM) refers to the emergence of something outside the problem saturated story, different from what is usually narrated by the client (White & Epston, 1990). This can be a feeling, a thought, an episode or even a project not predicted by the problem saturated story. Consequently, an IM is, necessarily, a narrative novelty.

1.1 Principles

Innovative Moments notion emerges from the re-authoring model proposed by White and Epston (1990), and refers to what these authors assigned as “unique outcome”. According to narrative therapy (White & Epston, 1990), the constructions of new and alternative narratives are the result of the elaboration of unique outcomes; these are considered openings to new narratives, or opportunities so that therapeutic change can happen. They emerge during therapeutic conversation, although being trivialized or unacknowledged when problem saturated stories are dominant.

The denomination of “unique” does not refer to a judgemental frequency (e.g., in the sense that appears only once), but to the contrast with the problem (“unique” from the point of view of the problem). The term outcome also does not refer to a therapeutic outcome, but an emphasis is placed on process dimensions of change. Innovative Moments entail a dynamic, process and a multiple nature. They enable small but significant changes that constitute markers of narrative development of novelty (Gonçalves, Matos & Santos, in press). Thus, in our coding system, we choose to refer to unique outcomes as innovative moments.

2. Applicability

IMCS aims to allow the understanding of change processes beneath different life situations that are under study (therapeutic change, non therapeutic change, life transitions, new health situation adaptation...). IMCS applies to qualitative data, namely discourse or conversation, as therapeutic sessions, qualitative/in depth interviews, biographies, predominantly in video systems or transcripts.

3. Dimensions of analysis:

3.1 Types of IM: Action, Reflection, Protest, Reconceptualization and New Experiences (see table 1).

3.1.1 Table 1 - Innovative Moments Grid

Types of IM	Subtypes	Contents
<p>Action IM (A)</p> <p>Actions or specific behaviours against the problem(s).</p>		<p>New coping behaviours facing anticipated or existent obstacles</p> <p>Effective resolution of unsolved problem(s)</p> <p>Active exploration of solutions</p> <p>Restoring autonomy and self-control</p> <p>Searching for information about the problem(s)</p>
<p>Reflection IM (R)</p> <p>Thinking processes that indicate the understanding of something new that makes the problem(s) illegitimate (e.g., thoughts, intentions, interrogations, doubts).</p>	<p>(i) Creating distance from the problem</p> <p>(s)</p>	<p>Comprehension – Reconsidering problem(s)' causes and/or awareness of its effects</p> <p>New problem(s) formulations</p> <p>Adaptive self instructions and thoughts,</p> <p>Intention to fight problem(s)' demands, references of self-worth and/or feelings of well-being</p>

	(ii) Centered on the change	<p>Therapeutic Process – Reflecting about the therapeutic process</p> <p>Change Process – Considering the process and strategies implemented to overcome the problem(s); references of self-worth and/or feelings of well-being (as consequences of change).</p> <p>New positions – references to new/emergent identity versions in face of the problem(s).</p>
<p>Protest IM (P)</p> <p>Moments of critique, that involve some kind of confrontation (directed at others or versions of oneself); it could be planned or actual behaviours, thoughts, or/and feelings.</p>	(i) Criticizing the problem(s)	<p>Position of critique in relation to the problem(s) or/and the others who support it. The other could be an internalized other or facet of oneself.</p>
	(ii) Emergence of new positions	<p>Positions of assertiveness and empowerment</p> <p>Repositioning oneself towards the problem(s)</p>
<p>Reconceptualization IM (RC)</p> <p>Process description, at a meta-cognitive level (the client not only manifests thoughts and behaviours out of the problem(s) dominated story, but also understands the processes that are involved in it). In case the RC includes NE we should code RC with NE (RCNE)³.</p>		<p>RC always involve two dimensions:</p> <p>A. Description of the shift between two positions (past and present) and</p> <p>B. the process underlying this transformation.</p>
<p>Performing Change IM (PC)</p> <p>References to new aims, experiences, activities or projects, anticipated or in action, as consequence of change.</p>		<p>Generalization into the future and other life dimensions of good outcomes</p> <p>Problematic experience as a resource to new situations</p> <p>Investment in new projects as a result of the</p>

³ For the sake of the analysis of the saliency we should consider RC

		process of change Investment in new relationships as a result of the process of change Performance of change: new skills Re-emergence of neglected or forgotten self-versions
--	--	--

3.1.2 Differentiating IMs

Action IMs – Actions or specific behaviours against the problematic story. They should not be the result or a direct consequence of the problem, but they should lead to the potential creation of new meanings. Thus, for instance, to protect myself instinctively from an aggression is not an IM. But, to protect myself in a more intentional way, is considered an IM (e.g., leaving home or asking for help).

Clinical vignette⁴

T (therapist): Was it difficult for you to take this step (not accepting the rules of “fear” and going out)?

C (client): Yes, it was a huge step. For the last several months I barely got out. Even coming to therapy was a major challenge. I felt really powerless going out. I have to prepare myself really well to be able to do this.

Reflection IM – Emergence of new understandings or thoughts that do not legitimate the problem or are not congruent with the dominant plot. According to Bruner (1986), a good story implies the landscape of action and consciousness. IM Reflection relates to the landscape of consciousness, to the way a person feels, knows and thinks. On the other hand, the landscape of action includes the setting, the actors and the actions (usually present in action and protest IM). Reflection IMs does not

⁴The clinical vignettes were published in Gonçalves, Matos & Santos (in press)

imply defiance by the individual towards someone or to the community/society, which represents/entails a position that supports the problem, like it happens in the protest IM.

Note: Whenever possible, Action and Reflection IMs should be coded separately (e.g. “I left home for the first time [Action IM] and I felt good. [Reflection IM]”). When the client/interviewee is reflecting about specific actions, we should code Reflection (e.g. “Leaving home for the first time made me feel great!”)

Clinical vignette

C: I’m starting to wonder about what my life will be like if I keep feeding my depression.

T: It’s becoming clear that depression had a hidden agenda for your life?

C: Yes, sure.

T: What is it that depression wants from you?

C: It wants to rule my whole life and in the end it wants to steal my life from me.

Protest IM – moments of protest, defiance or attitudinal divergence, which can involve actions, thoughts and feelings, projected or accomplished.

Assumes the presence of two positions: one that legitimates or supports the problem (entailed by a person or by a given society or culture), and another one that defies or confronts the first one. It involves proactivity and personal agency by the client.

IMs of reflection and protest differentiate themselves by the internal positioning of the first ones, of considering alternatives (e.g., “*I believe I found a solution*”), of questioning (e.g., “*I’m wondering if something can justify that ...?*”). However, protest IM can also involve thoughts or feelings, but it is a way of repositioning the self through a proactive, categorical, affirmative or assertive process (e.g., “*I think that nothing can justify this; I decided that I won’t allow fear to interfere in my life any more*”). They involve a repositioning towards the problem and its effects, as well as to the others that

eventually legitimate the problem (e.g., “*I told my mother that I won’t accept her ideas about my marriage!*”).

Clinical vignette

C: I talked about it just to demonstrate what I’ve been doing until now, fighting for it...

T: Fighting against the idea that you should do what your parents thought was good for you?

C: I was trying to change myself all the time, to please them. But now I’m getting tired, I am realising that it doesn’t make any sense to make this effort.

T: That effort keeps you in a position of changing yourself all the time, the way you feel and think...

C: Yes, sure. And I’m really tired of that, I can’t stand it anymore. After all, parents are supposed to love their children and not judge them all the time.

Reconceptualization IM – implies a kind of meta-reflection level, from where the person not only understands what is different in her/him, but is also able to describe the processes involved in the transformation.

This meta-position enables to access the self in the past (problematic narrative), the emerging self, as well as the description of the processes that allowed the transformation from the past to the present. While reflection IMs are related to novelty in terms of a thinking *episode* or *moment* (related to the past, present or future) that is outside the prescription of the dominant story, reconceptualization IMs are associated with the narration of a meta-reflection *process* involved in change. The perception of some transformation is narrated, making clear (1) the process involved in its emergence and (2) the distinction between that moment and the former condition. These two elements must be distinct. Thus, as an example, when the client says “now I’m more responsible”, this is not by itself a reconceptualization IM. To do so, another element has to be present, like “now I’m more responsible and that allows me X or Z” (X or Z

not being a mere description of responsibility). Therefore, the element associated to the process of change cannot be exactly the same as the transformation (e.g., “more patient” and I’ve learned to be more patient). Nevertheless, this contrast between past self and emerging/changing self can appear implicitly [e.g. “I am more mature now (than in the past)”], as long as this is clearly distinct from the transformation process.

Note: In case of doubt between a Re-conceptualization IM and a Reflection II IM, we should be more conservative and code Reflection II.

Clinical vignette (victim of partner abuse)

C: I think I started enjoying myself again. I had a time... I think I’ve stopped in time. I’ve always been a person that liked me. There was a time... maybe because of my attitude, because of all that was happening, I think there was a time that I was not respecting myself... despite the effort to show that I wasn’t feeling... so well with myself... I couldn’t feel that joy of living, that I recovered now... and now I keep thinking “you have to move on and get your life back”.

T: This position of “you have to move on” has been decisive?

C: That was important. I felt so weak at the beginning! I hated feeling like that.... Today I think “I’m not weak”. In fact, maybe I am very strong, because of all that has happened to me, I can still see the good side of people and I don’t think I’m being naïve... Now, when I look at myself, I think “no, you can really make a difference, and you have value as a person”. For a while I couldn’t have this dialogue with myself, I couldn’t say “you can do it” nor even think “I am good at this or that”...

Performing Change IMs – these i-moments refer to the anticipation or planning of new experiences, projects or activities at personal, professional and relational levels. They also can reflect the performance of change or new skills that are akin to the emergent narrative (e.g., new projects that derive from a new self version). They describe the consequences of the change process, for instance acquire new understandings that are useful for the future or assuming him/herself as an experiential expert, referring which new skills are acquired after overcoming the problematic experience.

The codification of new experiences implies the presence of an implicit or explicit marker of change, i.e., the client narrates the perception of some transformation.

Clinical vignette

T: You seem to have so many projects for the future now!

C: Yes, you're right. I want to do all the things that were impossible for me to do **while I was dominated by fear** [marker of change]. I want to work again and to have the time to enjoy my life with my children. I want to have friends again. The loss of all the friendships of the past is something that still hurts me really deeply. I want to have friends again, to have people to talk to, to share experiences and to feel the complicity in my life again.

Nevertheless, the contrast between past self and emerging/changing self can be also stated by the therapist and accepted by the client.

Clinical vignette

T: I believe Maria is much closer to what you would like than in the beginning...

C: Yes, no doubt about it! [marker of change]

T: What is it that it's still missing? New targets?

C: I want to get solid... in this last times, I've really made up my mind to achieve targets: the relationship with my boyfriend, the relationship with my father...

Differentiating New Experiences from Reflection:

- If the client narrates a vague desire to change (e.g., "there is so much thing that I still I want to change in my life!") one should code it as a reflection, even if we are able to recognize that this goal is a clear consequence of the change process.
- We have stated elsewhere that new experiences can be a performance of change or new skills that are akin to the emergent narrative. These kind of new-experiences implies not only a reflection about the change (e.g., "now I'm more

assertive than I was in the past”), but also the narration of a specific episode (performance) that mirrors it.

Clinical vignette

C: I was able to actually bring up the subject and talk to my husband about it, **as before in the past** [marker of change], like I was afraid to say something because he'd take it the wrong way, and he'd take it as though I'm sort of attacking him, that he's lazy or not working hard enough, or whatever...

T: so you're feeling kind of more freed up, it sounds...

C: yes...

T: like to be able to bring up things with him...

C: mm-hm...

T: and talk about things a lot more, kind of less afraid, it sounds like - less cautious about approaching him...

C: mm-hm, right...

T: - it's kind of like you are freed up yourself...

C: mm-hm...

3.2 Subtype (see table 1): regarding IMs of action, reflection and protest. These subcategories are based on the research conducted with the IMCS. After qualitative analysis, the researchers identified these subtypes in a consensual way.

3.3 Saliency: percentage of time consumed by each IM in the session, related to total amount of time of the session (with transcripts the saliency could be measured by the quantity of text occupied by each IM, in reference to the full text).

3.4 Emergence: indicates if the IM is brought to the conversation by therapist/interviewer or the client/interviewed. Basically, there are three possibilities: (1) the IM is produced by the therapist and accepted by the client; (2) the IM results from a therapist's question which clearly facilitates its emergence (e.g., T: What can you learn from this experience?; C: I learned that...[a specific IM]); (3) The IM is spontaneously produced by the client, not being triggered by any question made by the therapist. This topic should be coded after the codification of the IMs.

4. Coding procedures

Coding is done, preferentially, through video visualization of data, using the scoring sheet (attached) or the coding can be done using a software that allows video to be coded. Each session can be analyzed and reviewed; however when having several sessions they must be coded sequentially (only code the next one when the previous is completed).

5. Coding rules

1. It is recommended that coders read throughout the entire data (e.g., one entire session) to get acquainted with the material. In following readings coders should start coding the material, spending as much time as they think necessary. The initially coded IM could be revised in subsequent readings.

2. IMS can be coded whether in past, present and/or future time.

3. After an initial analysis of the sessions/interviews, raters must discuss about their comprehension of client's/ interviewee's problems. Thus, the innovative moments are identified based on this consensual definition of the problems. Subsequently, each rater identifies, throughout the sessions/interviews, all the problems mentioned by the client/participant. The definition of the problems must be linked with the verbal material, i.e., close to client's/ interviewee's narrative, allowing the identification of the

IMs in relation to it. Hence, the IM are coded with reference to a previous problem. For instance, the act of “*running away from the problem*” can be codified as an action IM if the problem is intimate abuse, even though an equivalent act can be part of the problem if we are talking about an anxiety disorder.

4. IMs emerge within a sequence that can be interrupted by the therapist. It is coded as the same IM, if within the same theme.

Example: multiple actions of personal protection (changing locks, coping documents) are Action IM in cases of partner abuse.

T: You've done well. What about our arrangement about your safety?

C: I've changed the locks, I've the phone numbers of...

T: Emergency institutions

C: Emergency institutions. I have it all. Documents... that doesn't worry me because I've my parents with me now, fortunately.

T: As you can see, you've had the system on your side, what doesn't always happen, but you had. You couldn't even return home today...

C: I know

T: As it happens in most cases. So documents would have been [...] it wasn't important because [...]

C: I have them in the car. In that same day I have done copies at school because... school always has copies of all personal documents

T: Besides changing locks, having your original documents, have you applied any other strategies? Another strategy was not returning home alone...

C: That's right!

T: You've done well.

C: Even because I couldn't do it. I've called a neighbour to ask if she had seen anything and she told me that she hadn't seen anything.

5. IMs are defined as the emergence of something that is somehow new, even if the person states this novelty as a personal stable trait.

Example: "I'm not the kind of person that is influenced by fear"– the client has been influenced by fear many times before.

6. Protest can involve action or reflection, being coded protest whenever this situation applies.

7. After coding an excerpt where several IMs appear sequentially, the coder should re-read them to see if it is possible and adequate to aggregate them, evaluating if they are all part of a more complex IM.

Example:

C: You know... when I was there at the museum, I thought to myself: you really are different... A year ago you wouldn't be able to go to the supermarket! Ever since I started going out, I started feeling less depressed... it is also related to our conversations and changing jobs... [At first sight – Re-conceptualization IM]

T: How did you have this idea of going to the museum?

C: I called my dad and told him: we're going out today! [at first sight – Action IM]

T: This is new, isn't it?

C: Yes, it's like I tell you... I sense that I'm different... [at first sight – Reflection IM]

The coding should go like this:

C: You know... when I was there at the museum, I thought to myself: you really are different... A year ago you wouldn't be able to go to the supermarket! Ever since I started going out, I started feeling less depressed... it is also related to our conversations and changing jobs...

T: How did you have this idea of going to the museum?

C: I called my dad and told him: we're going out today!

T: This is new, isn't it?

C: Yes, it's like I tell you... I sense that I'm different...

[Re-conceptualization IM]

8. When an overlapping of IMs occurs in the process of codification (in the same sentence or paragraph), we accept the following hierarchy (from the more basic to the more complex): 1. [action – reflection] – 2. [protest] – 3. [reconceptualization – new experiences], and consequently we code the most inclusive IM, that is the one considered hierarchically superior. So, when action and reflection are both present they are coded separately. When reconceptualization (RC) and new experiences (NE) occur overlapped we code the overlap coding RCNE. For purposes of salience we can consider this mixture of RC and NE as RC (unless of course we have good reason to keep the code separated from “pure” RC)

Special considerations for salience measures

9. Beginning of an IM: IMs should be coded from the beginning of the grammatical sentence where the innovation content is appearing explicitly. (e.g. “Yesterday I went to the beach with my boyfriend and, / **for the first time in a long time I didn't feel depressed.** [Reflection IM]” – the slash signals a different thought.)

10. When an IM is questioned by the therapist, this question is not included when measuring salience; however, the therapist interventions are taken into account during the elaboration of an IM.

Example:

T: How did you feel this week?

C: I looked like someone else... everybody noticed that I was happier...

T: And your happiness was reflected in what?

C: Well... in everything... at work, at home...

T: What, in your opinion, helped you feel that way?

C: I think the most important thing was the conversation I had with my husband.[Reflection IM]

11. Likewise, when an IM is elaborated by the client, the first utterance of the therapist should be excluded, while the in-between turn-takings are included.

Example:

T: Susan, you look very different! It's shown in your posture... you look much more relaxed.

C: Yeah, absolutely.

T: You're also much more at ease.

C: Yes, I feel that also.[Reflection IM]

12. Length/Duration of an IM: If the client, while elaborating an IM, drifts away and changes the theme (e.g. making some commentaries about other things), this part of his speech is not included in the IM.

Example:

C: This week went very well... I went to the gym, also the theatre...since it has been restored, they have been having different shows every week... I already knew that the director is not the same anymore. He's an old friend of my mother. My mother was born in X [place] and went to Y school, they were colleagues at school... I mean, then they drift away because of some quarrel – you know how that is like... friends are friends, but business apart.Anyway, I had a great time, I could keep my mind away from the usual problems...[Do not code the underlined part]

Special cases for coding procedures in therapy

13. Regarding the empty chair task in psychotherapeutic processes:

- i) IMs are only coded when client is talking in his/her own position, and not in someone else's position (father, mother ...);
- ii) IMs are coded when they refer to the critical self and experiential positions.

14. Usually, changes in relationships are coded as new experiences IMs (e.g., “we are getting closer”; “I'm giving more value to friendship”, etc.).

15. The reframing of difficult live events is, most of the time, coded as reconceptualization.

16. Negative changes are not identified as IMs.

6. Validity

Criteria of validity: exhaustively and mutual exclusion in IMs coding procedures.

7. Reliability

The coding requires a skilled rater, appropriately trained (who is expected to code the entire sample). Besides this, a second independent rater should be also called upon to code at least 30% of the sample, on the basis of which the percentage of agreement and the kappa of Cohen. Throughout this process, the pair of judges will meet regularly to conduct the reliability procedures specified before and to note differences in their perspectives of the problem and in their IMs coding (e.g. every 2 or 3 sessions coded). If these are detected, they are resolved through consensual discussion/coding.

If Cohen's Kappa is lower than 0.75, the sample needs to be reviewed by an external and more experienced auditor. This auditor will look at disagreements that appeared in the material rated by the first pair of judges and review their differences, arriving at a final coding.

References

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

Gonçalves, M. M. & Matos, M. & Santos, A. (in press, 2009). Narrative therapies and the nature of “unique outcomes” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*.

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

ANEXO II

Manual for the Return to the Problem Coding System

**Miguel Gonçalves, António Ribeiro, Anita Santos, Graciete Cruz, Inês Mendes,
Juliana Gonçalves, Tatiana Conde, & Patrícia Pinheiro**

University of Minho, April, 2009

Version 2

The *Return to the Problem Coding System* (RPCS) is a procedure of qualitative analysis. This system is open ended, allowing new conceptualizations derived from data analysis.

1. Return to the Problem Markers theoretical roots

The *Innovative Moment Coding System* (IMCS; Gonçalves, Matos, & Santos, 2008; Gonçalves, Ribeiro, Matos, Santos, & Mendes, in press) allows the tracking of novelties along the therapeutic process. It assumes that change in psychotherapy is constructed through the elaboration of exceptions (innovative moments or i-moments) toward the former rules that organized a client's behavior (acting, thinking, feeling). This system was inspired by the narrative therapy conceptualization of change as the elaboration of novelties outside the influence of problematic self-narratives (see White & Epston, 1990). The IMCS allows the identification of five different types of i-moments: action, reflection, protest, re-conceptualization and performing change.

According to IMCS, problematic self-narratives can involve a situation of *mutual in-feeding* (see Valsiner, 2002) in which two opposite voices keep feeding each-other, dominating the self alternatively. Dialogically, there is a voice (expressed by the problematic self-narrative) and a counter-voice (expressed by the i-moments) that freeze the system of meanings. Along these lines, although i-moments have the potential to transform narratives, they could have the effect of supporting the problematic narrative.

The way we operationally defined the theoretical concept of mutual in-feeding was by identifying all the times an i-moment emerged and was immediately followed by a reference to the problematic experience (i.e., an expression of the problematic voice) – a *Return to the Problem Marker* (RPM), as in the following example:

“I want to be optimistic (reflection i-moment),

but I can't” (RPM).

In the aforesaid example, the client describes an i-moment –*I want to be optimistic* – and then returns to the problematic voice by saying *but I can't*. This elocution introduced by the word *but*, represents opposition or negation towards what's being said and, hence, constitutes the return to the problem marker.

The return to the problematic voice or RPM may result in the attenuation of the i-moment's latent power to promote change, as the innovative experience may become completely forgot and, thus, eliminated from one's sphere of meaning making.

It is important to note that not all references to the problematic experience that follow the narration of a given innovative way of feeling, thinking or behaving, are considered RPM. References to the problematic experience may be employed to amplify the i-moments meaning, namely:

- a) When clients state the contrast between the present self (after the change process) and the past self (before the change process), in order to amplify their change, as in the following i-moment example: “Since I started with these psychotherapy sessions I have been feeling happier, *whereas a month ago I was feeling invariably sad!* **[contrast]**”.
- b) When clients state their awareness of their present difficulties or problems, but emphasise their will or capacity to surpass them, as in the following i-moment example: “I tried to keep negative thoughts away (...), *but of course there are always negative feelings that come to mind***[reference to the awareness of the present difficulties or problems]** and I tried to fight them, *plainly put them away***[reference to the capacity to surpass them]**.”

When references to the problematic experience are employed to amplify the i-moments meaning (as in the above examples), they should be code as part of the i-moment and not as RPM.

2. Special considerations about RPMs emergence

2.1 RPMs emerge immediately after the i-moment narration, that is, within the same speaking turn (example 2.1.1.) or within the client's first speaking turn that follows therapist's first intervention after i-moment's description (example 2.1.2.). It is important to note that we only consider client's first speaking turn that follows therapist's first intervention after i-moment's description, when this intervention is centred on the i-moment's content. Hence, we do not consider a RPM when the aforesaid therapist intervention clearly invites the client to speak about the problematic experience (example 2.1.3.).

Example 2.1.1.

Client: Maybe I'll get what I want after all, I don't know [i-moment]... *but I feel weak, psychologically speaking ... like me or someone inside me was incessantly saying you cannot, you will not be able to do it. That's how I feel - weak, invariably sad, not thinking much of myself...*[RPM]

Example 2.1.2.

Client: Lately I've really made up my mind to achieve targets: the relationship with my boyfriend, the relationship with my father... [i-moment]

Therapist: I believe you are much closer to what you would like than in the beginning... [**Therapist's first intervention after i-moment's description**]

Client: *Not really...because the problems do not seem to be set apart!*[RPM – **client's first speaking that follows therapist's first intervention after i-moment's description**].

Example 2.1.3.

Client: Although I still find it hard to get going in the mornings, *I kind of don't try to sweep away things that much anymore, that's I guess one major change* [i-moment].

Therapist: You said it's hard to get going. Is the sadness more intense in the mornings?[**Therapist question clearly invites the client to speak about the problematic experience**].

Client: Yes, indeed...[**client's first speaking that follows therapist's first intervention after i-moment's description – This should not be code as a RPM**].

2.2. For this purpose, we do not consider minimal encouragers, such as minimal verbal utterances (e.g., Ummm and Uh-huh) or repetition of key words and direct restatement (Ivey & Ivey, 2007)⁵ as the therapist's first interventions (example 2.2.1.) By the same token, we do not consider client's minimal verbal utterances (e.g., Ummm and Uh-huh) as the first speaking turn after the therapist first intervention (example 2.2.2.).

Example 2.2.1.

Client: Lately, perhaps since I moved...about two weeks ago, I've been feeling better...

Therapist: Uh-huh[**minimal encourager –This should not be considered as the therapist first intervention**].

Client: I moved because my apartment was too expensive...this new one is cheaper and it's closer to my job...

⁵According to Ivey and Ivey (2007) definition, "key word encouragers contain one, two or three words while direct restatements are longer. Both focus on staying very close to the client's language, most typically changing only "I" to "you" (p.158).

Therapist: So you've been feeling better, is that right? [**This should be considered as the therapist's first intervention after i-moment's description**]

Client: *Not really, I keep crying all the time!*[**Client's first speaking turn after therapist's first intervention – RPM**]

Example 2.2.2.

Client: Lately, perhaps since I moved...about two weeks ago, I've been feeling better...

Therapist: I have been noticing that you are different [**Therapist's first intervention**]

Client: Uh-huh [**minimal encourager – This should not be considered as the client's first speaking turn after Therapist's first intervention**]

Therapist: You seem more active, happier...

Client: *Although I seem happier, I don't I feel happier! Although I don't cry as much as I used to, the problems don't seem to set apart!*[**This should be considered as the client's first speaking turn after therapist's first intervention – RPM**]

2.3. Although RPMs are frequently preceded by linguistic connectors that represent opposition or negation towards what's being said such as *but, however, but still, it's just that ...*, we may code a RPM even if such specific linguistic connectors are absent, as in the following example: "*there is a part of me that wants to change [i-moment] and there is another part that is somehow afraid to do it [RPM]*".

3. Special considerations about RPMs content

3. RPMs can be coded whether at past (example 3.1.), present (example 3.2.) and/or future tense (example 3.3.).

Example 3.1.:

Client: "I've been feeling more cheerful these last few days [i-moment], *but yesterday I cried a lot, I felt really sad!* [RPM]"

Example 3.2:

"I want to improve! [i-moment] *But I just can't!*[RPM]"

Example 3.3:

"I'd very much like to get rid of this depression[i-moment] ... *but I know I won't be able to do it!* [RPM]"

4. Applicability

RPCS aims to allow the tracking of the dialogical process of mutual in-feeding underlying the maintenance of problematic self-narratives change processes. RPCS applies to qualitative data previously coded using the IMCS, namely discourse or conversation, as therapeutic sessions, qualitative/in depth interviews, biographies, predominantly in video systems or transcripts.

5. Coding procedures

1. Coding is done, preferentially, through video visualization of data, using the scoring sheet (attached). Each i-moment (previously identified using IMCS) can be analyzed regarding the presence of RPMs and reviewed; however when having several sessions they must be coded sequentially (only code the next one when the previous is completed).

2. It is recommended that coders read throughout the entire data (e.g., one entire session) to get acquainted with the material. In following readings coders should start coding the material, spending as much time as they think necessary. The initially coded RPM could be revised in subsequent readings.

6. Reliability

The coding requires two skilled raters, appropriately trained⁶ who independently code the entire sample.

After an initial analysis of the sessions/interviews, raters must discuss about their comprehension of client's/ interviewee's problems. Thus, the RPMs are identified based on this consensual definition of the problems. Subsequently, each rater analyse each i-moment (previously identified using IMCS) regarding the presence of RPMs. Throughout this process, the pair of judges will meet every session coded to conduct the reliability procedure – Cohen's Kappa – and to note differences in their perspectives of the problem and in their RPMs coding. If these are detected, they are resolved through consensual discussion/coding.

⁶In order to expand our program research, we have developed a *Return to the Problem Coding Training Protocol*, with different phases. First, readings of former manuscripts with theoretical assumptions, and major empirical findings are provided to judges, as well as the *Manual for the RPCS*. Then judges have to code one workbook that include transcripts of all i-moments of a given psychotherapy case. This step is followed by a discussion with the group of judges in training and/or with a skilled judge present. Afterward, they code a second workbook (that include transcripts of all i-moments of a given psychotherapy case) and ratings are then compared with the ones of expert judges. After this training, new judges are considered to be reliable and can engage in coding research material if they achieve a Cohen' Kappa higher than 0.75. It is important to note that the judges are previously contextualized within the data collection and participants, but are not aware of the outcome of the case.

References

- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2008). Innovative Moments Coding System – Version 7.2. Unpublished manuscript, University of Minho at Braga.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A., Matos, M., Santos, A., & Mendes, I. (in press). 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 - Volume 2*. Rome: Firera Publishing Group.
- Ivey, E., A. & Ivey, B. M. (2007). *Intentional Interviewing and counselling: Facilitating client development in a multicultural society*. Belmont: Thomson.
- Valsiner, J. (2002). Forms of dialogical relations and semiotic autoregulation within the self. *Theory and Psychology, 12*, 251-265.
- White, M. & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

ANEXO III

Assumpções da narrativa problemática de cada cliente

Cliente 1**Assumpções da narrativa problemática**

Sobrecarga associada à educação dos filhos	<p>Therapist: <i>So it sounds like you're trying to make an effort mainly to not go down?</i></p> <p>Client: <i>Yes, when I do that I find I get really irritable, very unreasonable. I don't know who I'm fooling.</i></p> <p>Therapist: <i>So you're more irritable that you're trying to keep a lid on it.</i></p> <p>Client: <i>I'm sure my kids are well aware of that (sniffle). I just exploded at my kids in the car! I really exploded... So I just reached the point of, I let them have it with both barrels and</i></p> <p>Therapist: <i>mm-hum, so you couldn't take it anymore.</i></p> <p>Client: <i>No, it just like "get off" yeah and then I was shouting. I was practically hoarse I was shouting so loud... When I get mad it's, it's loud, very loud! (sniffle) So I was yelling and screaming, and you lose control, you garble things... And they all went in the house, and I went in the house and we were all upstairs crying.</i></p> <p>Therapist: <i>It sounds like it was like a tough time.</i></p> <p>Client: <i>Oh yeah, my oldest is going "I hate my life, I wish I was dead" and I'm going "oh God, I'm starting her to do what I was doing" and my middle one is going "you don't want us anymore" very quietly, "you just don't love us, you don't want us anymore".</i></p>
Atritos no relacionamento com o marido	<p>Therapist: <i>It's like your husband wants everything to stop when he comes home, and nothing, nothing else matters in terms of what you've done or what you've been planning.</i></p> <p>Client: <i>Yeah, right. I can see where he wants to see his kids and his family but I didn't feel that... but I found, I don't know why, it's just wasn't... How could I put it, I just didn't, (sniffle)... I like to see him, I really like to see him, but it's very hard for me to sort of get onto gear of having him there? I don't know if that's very clear.</i></p> <p>Therapist: <i>Something about having him there is kind of mixed, is it sort of mixed?</i></p> <p>Client: <i>Yeah, it can be disrupt, very disruptive [...] I don't seem to be very concerned with his feelings, which is not a good thing to have, between husband and wife.</i></p>
Desvalorização pessoal e sentimentos de inutilidade	<p>Client: <i>It's just seems like I can't handle, I don't know why but I can't handle things anymore (sniffle).</i></p> <p>Client: <i>[...] I don't know, I don't know why I have this urge to have another child, I mean, what for? I can't handle myself, I can't handle my own kids, why would I want another one?</i></p>

Tristeza, humor depressivo	Client: <i>I can get help from somebody or find out a way to stop being depressed the way I am.</i> Therapist: <i>So you've been feeling depressed most of the time?</i> Client: <i>Oh yes, I get to the point now where just anything gets me in tears.</i>
----------------------------------	--

Exemplos de MIs:

Procurei um psiquiatra, mas não gostei muito. Também fui a um terapeuta familiar, mas o horário das consultas não me convinha e por isso cá estou: na terceira... - MI de Acção, presente na décima sessão

Sinto que não vou deixar voltar ao ponto em que estava porque agora reconheço mais rapidamente e começo a agir antecipadamente. É desta vez se eu não estiver agradada... Quero dizer, há sempre pessoas com as quais não nos sentimos à vontade ou com quem não nos damos e aí não vou ficar parada sem fazer nada. Vou procurar outras pessoas com quem possa conversar. Não vou simplesmente deixar para lá, se não estiver satisfeita. Vou procurar alguém que tenha algo a ver comigo e com quem me sinta confortável para falar porque desta vez não vou deixar para lá. – MI de Desempenho da Mudança, presente na décima quarta sessão

Cliente 2**Assumpções da narrativa problemática**

Descontentamento face ao relacionamento conjugal	<p>Client: [...] my husband and I were having difficulties and I went to a marriage counsellor.</p> <p>[...] I think it caused a rift between my husband and I to the degree that... we're sort of at the point where... like when things were really bad and like he was so absorbed in his job... where he really couldn't even take an interest you know in what was happening to me.</p>
Sintomas de burn-out relacionados com o papel de cuidadora	<p>Client: I come from a fairly big family but I was the only one who didn't go to business and I ended up looking after my parents.</p> <p>Therapist: So you had the responsibility. They all fell on you?</p> <p>Client: mm-hum. The responsibilities and it was total frustration because my family it sort of got to the point where - I would be going over and taking meals in and they were confused and they wouldn't cook them. And I'd clean the apartment and give them a bath and this type of thing. And then my sisters would go in on the weekend and say "Oh mom and dad are just fine" you know? But they were fine because I had taken care of all of that.</p> <p>Therapist: Right. So you'd be doing all the work and kind of not getting much recognition.</p> <p>Client: Right uh-huh and not even recognition. I think it was more support than anything else. [...] At the time I was very resentful because I felt all the responsibility was falling on me and me, plus the fact that when this first started both of my children were still at home.</p> <p>Therapist: Right, so you had a double load.</p> <p>Client: So I had like my own family and I was trying to... I think I was trying to because I was spending so much time with my parents I had that guilt feeling and I was trying to not to let anything go in my own house. And the result was that it was just...</p> <p>Therapist: A lot. Too much.</p> <p>Client: It was getting to be too much you.</p>
Medo, raiva e frustração	<p>Client: I think I became very frustrated and very angry and I'm just having a hard time getting over all of this anger.</p> <p>Therapist: So you're kind of stuck with this anger and you sort of understand it from an objective framework but inside you're just feeling really angry about this.</p> <p>Client: I think I'm just afraid you know? And um the result is that my way of expressing fear is that I get angry and I yell and I know I'm not being a nice person. I mean I don't have a nice attitude and it bothers me somehow, you know? I think "why can't I be nice?"</p> <p>Therapist: And it's coming out in anger?</p> <p>Client: mm-hum.</p> <p>Therapist: Sort of maybe having less patience for everyone.</p>

	<p>Client: <i>Exactly.</i></p> <p>Therapist: <i>And yet inside you said it's really something the fear is there.</i></p> <p>Client: <i>mm-hum.</i></p>
Sentimento de solidão	<p>Client: <i>My husband got a job with a lot more responsibility and the result was that it came to a point that, when our children left home, he started in on this job and he didn't have time to support me.</i></p> <p>Therapist: <i>So all the pressure on him - put sort of you sort of all alone.</i></p> <p>Client: <i>That's right and I felt very neglected and just sort of left on my own.</i></p> <p>Therapist: <i>So you really tried to sort of cover all the bases but really what you were feeling was very lonely and unsupported.</i></p> <p>Client: <i>mm-hum, that's right.</i></p>
Humor depressivo	<p>Client: <i>[...] one day and I heard Dr. Gr. on the radio and he was talking about depression and this type of thing and this study and you know just sort of off the cuff and I thought to myself "hum - he could be talking about me" because he was talking about all the different symptoms that I'd had, you see.</i></p>

Exemplos de MIs:

Depois de termos falado a semana passada, pensei sobre o assunto e fiquei muito contente porque esta é a direcção que eu estou a tomar. Senti-me bem com isso [...]. O principal problema parece ser entre mim e o meu marido e eu pensei que talvez seja melhor eu concentrar-me apenas em mim e viver um dia de cada vez e tentar gerir da melhor maneira os problemas. – MI de Reflexão tipo II, presente na nona sessão

Cliente: *Eu nunca tinha feito isto antes e pensei que é precisamente a proporção de como mudei.*

Terapeuta: *De alguma maneira, pode fazer o que realmente quer.*

Cliente: *Sim, mas continuo a ter em consideração os sentimentos dos outros.*

Terapeuta: *Como se fizesse de uma maneira a não magoar o seu marido e, no fim das contas, ele até parece gostar desta nova ideia.*

Cliente: *Sim, isso foi o que ele disse [...] Como disse, estou muito contente.*

Terapeuta: *O facto de não se preocupar se seria agradável, se ele iria ficar ou não desapontado...*

Cliente: *Ele aceitou o facto e tudo... Então penso que de forma subtil eu tenho mudado e isso é muito bom! – MI de Reconceptualização, presente na última sessão*

Cliente 3**Assumpções da narrativa problemática**

Auto-crítica depreciativa associada a sentimentos de incompetência e a desvalorização profissional	<p>Therapist: <i>But you feel guilty when you don't do it; it sort of hangs over you. So, guilty like you should be doing more?</i></p> <p>Client: <i>Yeah like I should be producing more, I should be... just feel like I should have already finished, you know? It's like I'm justflagellating myself for...</i></p> <p>Therapist: <i>So you're being pretty harsh on yourself, too.</i></p> <p>Client: <i>Yeah, I guess. In some senses I don't feel that I'm unreasonably harsh, I feel like I should have finished this, so...</i></p> <p>Therapist: <i>mm-hum. It's like I deserve this.</i></p> <p>Client: <i>Yeah.</i></p> <p>Client: <i>I've never felt that I've been... that I've achieved that situation in life.</i></p> <p>Therapist: <i>Meaning there hasn't been a time in your life where you have felt like: okay I'm working in the wayI want to be working.</i></p> <p>Client: <i>yeah, I always just, you know, try to keep up and...</i></p> <p>Client: <i>[...] I guess I'm not really good at doing the work...</i></p> <p>Client: <i>I feel like it robs me of my confidence because I'm always thinking, you know, "boy, you're such a jerk".</i></p> <p>Therapist: <i>Yeah, it's sort of like you're always kind of tearing yourself down.</i></p> <p>Client: <i>Right, yeah, somewhat, that's what I think.</i></p>
Sentimentos de culpa e de tristeza	<p>Client: <i>I would rather not feel guilty, you know, supposedly not doing the work.</i></p> <p>Therapist: <i>So you're saying the whole act of considering this is a way of almost beating up on yourself.</i></p> <p>Client: <i>Yeah, I think so.</i></p> <p>Therapist: <i>And you'd rather just not engage in it.</i></p> <p>Client: <i>yeah, yeah, because I think it's, you know, just wasting timethinking about stuff that makes me unhappy and...</i></p> <p>Therapist: <i>mm-hum, mm-hum. So it's something that makes you feel bad too. Is that what you're saying?</i></p> <p>Client: <i>Yeah. I guess so; it makes me feel like, like a jerk. It makes me feel like a jerk for feeling like a jerk.</i></p>
Humor depressivo	<p>Client: <i>Over the weekend I get really depressed. I mean kind of like uh, I get really upset and I'm trying to remember why now... and it lasted for like about a day and I just felt upset with how my life is.</i></p> <p>Therapist: <i>You felt sort of a sense of hopelessness?</i></p> <p>Client: <i>Yeah, I guess. I felt like I was dissatisfied with the way my life had turned out, I guess. Like, you know, where I wasn't happy living in Toronto. I felt like, it was hard on... my relationship and that my career wasn't going anywhere...</i></p>

	<p>Therapist: <i>mm-hum, mm-hm. So it was feeling like “I haven't gotten to where I want to be”.</i></p> <p>Client: <i>Yeah, yeah.</i></p> <p>Therapist: <i>There was a sense that something wasn't right, or...</i></p> <p>Client: <i>Yeah, I mean, one still, I still like get pangs of, you know, I feel unemployed from time to time, which really upsets me, because I feel like I'm not unemployed.</i></p> <p>Therapist: <i>mm-hum.</i></p> <p>Client: <i>and I'm doing what I choose...</i></p>
<p>Sentimentos de rejeição e frustração pelo facto de a família não compreender a sua escolha profissional</p>	<p>Client: <i>I've always felt like, at least always since I got into studying at the time, that it really wasn't the proper thing to do and that my parents really didn't understand why I do it. [...] It makes me feel all defensive and like I have to justify why I'm doing it. My family didn't really understand and didn't never really developed or changed the kind of position they had about artists.</i></p> <p>Therapist: <i>So that they really didn't have an appreciation of you or what your... is that what you're saying?</i></p> <p>Client: <i>Yeah, yeah, right, that they didn't really have a... they didn't really appreciate what I was doing and they all have said “why are you doing?”, something like, “well how are you going to support yourself?”, “what are you going to do with your life?”</i></p> <p>Therapist: <i>So, those kind of questions, how you're going to support yourself and what you're going to do with your life, somehow kind of really hit you.</i></p> <p>Client: <i>Yeah, they always upset me because I felt that they were always asking them from even a doubting sort of way. They challenging me to tell them how I was going to support myself! My father said that to me many times go to law school now and you can keep the art thing as a hobby and it'll be great, you know?</i></p> <p>Therapist: <i>And that whole sort of rationale makes you want to, I don't know...</i></p> <p>Client: <i>I feel dismissed, I feel like I'm having my professional, you know, my professional career reduced to a hobby.</i></p> <p>Therapist: <i>You feel rejected.</i></p> <p>Client: <i>Yeah. I feel like they've indulged me. They don't think it's serious and they find it, I guess I feel like they're finding it difficult to believe that I can take it that seriously.</i></p>

Exemplos de MIs:

Muitas vezes penso que o trabalho que estou a fazer é interessante e que a minha ideia é atractiva e inteligente e tudo isso... e estar a desenvolver um determinado programa é fantástico! Eu gosto mesmo de fazer isto. - MI de Reflexão tipo I, presente na primeira sessão

Eu não acho que deveria andar à procura de um trabalho. Isso seria um desperdício de tempo neste momento porque estou a fazer montes de coisas, quero dizer, é um momento produtivo, o que é bom. E não quero fazer outra coisa... Quero que as pessoas me aceitem como artista! Eu quero ser um artista, ou melhor, eu sou um artista! Isto é o que eu faço. - MI de Protesto tipo II, presente na segunda sessão

Cliente 4**Assumpções da narrativa problemática**

Problema do foro relacional: situação de divórcio	<p>Client: <i>I've been married for twenty-five years and I've divorced him three years ago and I feel there was some damage prior to his leaving so I think it's a drastic change... twenty five years... I was sixteen when we got married. He'd obviously been unhappy for sometime so he was unhappy several years prior to leaving. Leaving is not what I've planned for my life. So I think I was more upset on. I had two children and they didn't want that, so I waited years until they left. I had chronic migraines these years. The day I didn't have them that's when I've noticed, they stopped when he left.</i></p> <p>Client: <i>[...] everything became untruthful, everything he did... and on his face I could still see, you could read him like a book, but I could see it was getting easier for him, I knew he was lying, so many things of course. I knew why he was lying, but sometimes there wasn't even a reason to lie, he would make things as he wanted them to be.</i></p>
Dificuldades na educação dos filhos: sobrecarga e humor depressivo	<p>Client: <i>My son went absolutely crazy on me, these three years have been one trauma after another.</i></p> <p>Therapist: <i>Absolutely crazy?</i></p> <p>Client: <i>His total personality had changed.</i></p> <p>Client: <i>I didn't have a lot of time because he kind of absurd everything. My daughter was fine at that point. It's either a light rare thing, or it's a turned thirteen. And this is what thirteen, because he was thirteen at the time, and I just lost control over him, and she's starting it now, and I can't do it, I need some sleep, so it's a hard situation. I don't have things settled, which is a problem, that's probably where it all began, it's due to circumstances [...]</i></p> <p>Therapist: <i>So you're saying it's been hard with the kids, and maybe now they're taking turns sort of, he's calming down and your daughter's stepping into that rough place.</i></p> <p>Client: <i>Parents always have problems with kids, whether it's a combination or you're handling it alone, my husband's influence on them has... they see him on weekends and holidays, they get in a different mood if you fly them away for a holiday.</i></p> <p>Therapist: <i>Mom does all the everyday things...</i></p> <p>Client: <i>They don't go unless you offer them something.</i></p> <p>Therapist: <i>So he gets to have the fun with them and you have to do the real parenting.</i></p> <p>Client: <i>Yeah, I think that's a...</i></p> <p>Therapist: <i>Tough burden by yourself.</i></p> <p>Client: <i>Yeah, it's also... there are special things: he's promised to fly them to Italy, so my son tells me, in December. I haven't been with the kids anywhere for years! [...]</i> I'm</p>

having a hard time with it, with the recession as well, there's a problem.

Therapist: Dad can offer the goodies.

Client: Yeah, which I guess I wouldn't deny it to them, but I planned to see the world with my children as well, you know?

Exemplos de MIs:

Apesar de ter sido difícil quando os meus filhos saíram, eu gostei de ter esse tempo para mim. Eu sei que preciso de algum tempo sozinha, principalmente por mim. – MI de Reflexão tipo I, presente na terceira sessão

Eu penso que estou mais calma. – MI de Reflexão tipo II, presente na última sessão.

Cliente 5**Assumpções da narrativa problemática**

Ausência de assertividade	<p>Client: <i>I guess what I have to resort to is a type of person that my sister is and I don't deal with her very well. In fact I just try to ignore her. So, I guess I'm coming from this point of view that how to be assertive? And maybe that will help me.</i></p> <p>Therapist: <i>So this man, like your sister, is somebody who kind of shows signs of coming in and having a very aggressive agenda.</i></p> <p>Client: <i>Yes.</i></p> <p>Therapist: <i>Yeah, I guess for what you're saying about the way you interact with your sister the policy or the way you are most comfortable dealing with it is to just kind of let it go by and sort of not respond? You said you ignore her.</i></p> <p>Client: <i>When I have tried to let my feelings be known she really has not listened...</i></p> <p>Therapist: <i>I see. So it's kind of like for you it feels like it's safer, better, or wiser to just not say anything about what you're thinking and feeling because it tends to backfire anyway.</i></p> <p>Client: <i>It tends to backfire or she re- misreads my feelings or she has presented things that she has already decided and acted upon and just given me the information that's it has been done.</i></p> <p>Therapist: <i>hum. It's a done deed already.</i></p> <p>Client: <i>She's done it on several occasions and it's really... I mean it's done so what can you do about it? It has been rather irritating to me. I would have liked to... yes, I would like to have been included and at least, be part of a decision.</i></p>
Sentimentos de incompetência	<p>Therapist: <i>A situation or with another person and it sort of delivers a blow to your self esteem and then you sort of...</i></p> <p>Client: <i>Yes, yes.</i></p> <p>Therapist: <i>And you get depressed.</i></p> <p>Client: <i>Yes.</i></p> <p>Therapist: <i>What kinds of things are likely to do that?</i></p> <p>Client: <i>I'm not sure, probably a lot of stress in a job, I'm not sure.</i></p> <p>Therapist: <i>mm-hum.</i></p> <p>Client: <i>Lately it's been job related and the feeling that "ok, you're incompetent" and, you know, wanting to quit.</i></p> <p>Therapist: <i>You said earlier self-doubts, things you find...</i></p> <p>Client: <i>Well, I guess my abilities, just self-doubting my abilities, that I can do things.</i></p> <p>Therapist: <i>Can you give me a, sort of instances?</i></p> <p>Client: <i>Just being able, just being given an opportunity to do something, and then saying "oh, I can't do that!" which I probably could do.</i></p> <p>Client: <i>[...] I think I've sort of failed myself. I haven't lived up to my expectations.</i></p> <p>Therapist: <i>Sense of utter failure...</i></p>

	Client: <i>Yes. I sort of go overboard...</i>
Culpabilidade	<p>Client: <i>I still bear a lot of that responsibility that, you know, I'm the cause of those things that do go wrong.</i></p> <p>Therapist: <i>mm, so if something - I don't know, like something goes wrong at work or if somebody says "how come this isn't done?" you immediately feel somehow responsible that...</i></p> <p>Client: <i>That's right.</i></p> <p>Therapist: <i>That you ought to have done something different...</i></p> <p>Client: <i>Yes.</i></p>
Reduzida auto-estima e auto-confiança	<p>Client: <i>I think in a nutshell my problem is self esteem and something will trigger it, and I go into a depression, and any reasoning on my part doesn't seem to do any good.</i></p> <p>Therapist: <i>[...] and that the self-confidence, the difficulties that you experience around work, especially with self-confidence are the things that brought you here - for therapy.</i></p> <p>Client: <i>I, I think so, it's just that when I hit bottom...</i></p> <p>Therapist: <i>mm-hum</i></p> <p>Client: <i>I, I just can't seem to uh control myself.</i></p> <p>Therapist: <i>Yeah, so you become very critical of yourself?</i></p> <p>Client: <i>Yes.</i></p> <p>Therapist: <i>And sort of down on yourself, and saying things to yourself about "you're no good", or "you're never going to"...</i></p> <p>Client: <i>Oh yes, yes.</i></p>
Tristeza, humor depressivo	<p>Client: <i>I guess because I've always held in my emotions that it's hard to express what I want.</i></p> <p>Therapist: <i>mm-hum.</i></p> <p>Client: <i>And other than, getting rid of those heaviness</i></p> <p>Therapist: <i>mm-hum</i></p> <p>Client: <i>And sadness and everything that uh I would like to change so that I'm not like this.</i></p>

Exemplos de MIs:

Estou surpreendida por estar aqui. Pensava que não era capaz... Quando começámos, eu estava mesmo em baixo... e tenho que pensar que isso pode acontecer novamente e que talvez eu posso mudar as coisas antes de acontecer e é por isso que aqui estou. – MI de Reflexão tipo I, presente na segunda sessão

Eu acho que estou a melhorar. – MI de Reflexão tipo II, presente na décima oitava sessão.

Cliente 6**Assumpções da narrativa problemática**

Tristeza, humor depressivo, insatisfação e tentativas de suicídio	<p>Client: [...] I've been chronically depressed most of my life.</p> <p>Therapist: When you say "most of my life" you mean as far back as you can remember or starting at a particular time?</p> <p>Client: I wouldn't call it depression but I think when I was a child it was just intense sadness for a day or two.</p> <p>Therapist: Yeah, so periods of sadness...</p> <p>Client: So I'd have periods of that and when I was a teenager it would increase in time, about two or three weeks at a time. And about sixteen it was more a year... hum, I'm very sensitive to, I'm emotionally sensitive, so things hit me very hard and it takes me a long time to get over them.</p> <p>Client: I'm incredibly bored with life, I don't know what I'm doing here, I know intellectually but I don't have the feeling for it.</p> <p>Client: I've tried to kill myself many times, two or three times but that was in my teenage years.</p> <p>Client: I considered every possible alternative, any reason for me to stay alive here and I couldn't come up with any, I just couldn't think of anybody who cared enough about me, I didn't feel useful here. I just had nothing to live for.</p> <p>Therapist: There was no purpose and the sense of dying was that that would just be like going home right.</p> <p>Client: Yeah.</p>
Relacionamento insatisfatório com a mãe	<p>Client: [...] I've got a terrible relationship with my mother and I have ever since I was young. But from my past therapy focusing on that keeps me in it because I'm always, I'm throwing the blame elsewhere and it allows me to not take responsibility for myself so I'm still in that, that's one of the reasons I don't like this going back to the childhood because you blame something else. I'm not wanting to blame myself but I won't take responsibility and be free and as long as my mother or whoever is, as long as somebody else is in the picture with this big dark looming childhood back there in the past, the blame is again, the responsibility is put some place else and I'm still playing that game.</p> <p>Therapist: So it feels like an irresponsible thing to do at this point, it kind of distracts you from what's current, what's important to you.</p> <p>Client: Yeah, I would like to be free like not to think of my mother as this ogre, somebody that screwed up my childhood but she did I can see that and other people saw that too. But I'd be going along in circles of self-pity or "poor me, she did this to me", "oh I had an awful childhood" or "poor me and my terrible mother" and I can't get out of that circle.</p>

<p>Sucessivas perdas de relações de amizade</p>	<p>Therapist: <i>You certainly don't seem scary to me or frightening.</i> Client: <i>Well thank-you. Some other people think I am, I'm imposing and overbearing, and a friend, a girlfriend I had for a year uh dropped me like a hot potato, called me names for fifteen minutes and asked me not to ever phone her again because I misbehaved at her dinner party.</i> Client: <i>I didn't have a chance really to respond, she had already decided my fate for me and I actually reached out I thought "okay can we discuss this". And she "no, case closed, you're a bad person I don't want to have anything to do with you".</i> Therapist: <i>mm-hum.</i> Client: <i>So that sort of, I get that sort of reaction from some people.</i></p> <p>Client: <i>[...] what I've noticed happening in the last few years is that people like me right off the bat, they like one to one relationships, a classmate or somebody that I start talking to, their first reaction to me is a very strong like.</i> Therapist: <i>mm-hum.</i> Client: <i>And then when they get to know me better most of them drop out of sight.</i></p> <p>Client: <i>So I've had to kind of build my own environment where I feel safe and not depend so much on other people.</i></p> <p>Client: <i>I feel isolated when I'm reaching out to people but that's where I feel the rejection and uh the walls, they're just blank faces when I speak.</i></p>
<p>Sensação de alienação</p>	<p>Client: <i>Some other things that I've been able to piece together is that I feel home sick.</i> Therapist: <i>Yeah.</i> Client: <i>I have a very spiritual...I think that's how I pieced together what life is about, my life is about and wherever I came from before I was born here, that's what I want to get back to, I don't like living. I don't like being a human being, at different times.</i></p> <p>Client: <i>[...] part of me feels lost here, but the suicide attempts were miraculous somehow that... but that's actually when I stopped being suicidal. I thought some miracle was going to happen the first time, the second time I tried to jump out of the second story window, I went down onto the two stories because it was, the house was on a hill and I went down head first, I should have cracked my skull, I was hoping to, all I got was a bruised head. [...] But it's just that, thinking back on it for so many years I tried to figure out what motivated me, I'm just trying to get back to where I came from.</i></p>

	<p>Client: <i>I can't tell that to other people they think I'm strange, they'll say "what?". You know, you're supposed to reach out to people for communication, I'm backwards. I'm backwards in a lot of other ways too - I don't fit into the medical, the medical paradigm well, in fact I'm sort of inflectional, even when I took the anti-depressants I get side effects that aren't handled, things have a reverse effect on me, tranquilizers make me dizzy so I got physical reactions to them. It's me I guess but I mean who am I?</i></p> <p>Therapist: <i>It would be sort of...</i></p> <p>Client: <i>Yeah it does sort of make me feel out of this world.</i></p> <p>Therapist: <i>Yeah again I guess kind of alienated or something...</i></p> <p>Client: <i>Yes, at times I feel like I am I don't know an alien.</i></p>
<p>Intolerância às críticas</p>	<p>Client: <i>I'm sensitive to negative criticism, I go out of my way, I go out of my way to avoid it if possible, or if it, if I have to be in a situation where it's possible I'll be negatively criticized, I need weeks to prepare for it, to build up my strength, that takes all my energy.</i></p> <p>Therapist: <i>Hum, if someone is harsh or critical it's really hard for you to take.</i></p> <p>Client: <i>Yeah, plus there aren't too many people around who understand that.</i></p>

Exemplos de MIs:

Estudei terapia cognitiva e também já fiz diferentes tipos de terapia. – MI de Acção, presente na primeira sessão

Cliente: A terapia cognitiva é um sistema que me ajudou a ver ou que apontou a minha visão numa direcção que eu não sabia como olhar antes.

Terapeuta: Então foi uma nova forma de lidar com estes assuntos.

Cliente: Sim e também me deu ferramentas que ainda hoje uso. Tenho-me debruçado sobre elas e penso que é simplesmente maravilhoso. – MI de Reflexão tipo II, presente na oitava sessão