

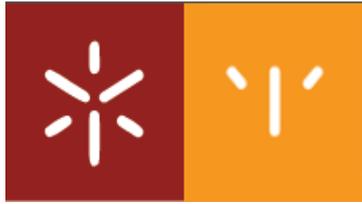


**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Inês de Sousa Silva

**O processo de evolução terapêutica no  
âmbito das tarefas de cadeiras**

janeiro de 2018



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Inês de Sousa Silva

## **O processo de evolução terapêutica no âmbito das tarefas de cadeiras**

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação de

**Professora Doutora Inês Mendes**

**Professor Doutor Miguel Gonçalves**

## **DECLARAÇÃO**

**Nome**

Inês de Sousa Silva

**Endereço Eletrónico**

a79470@alunos.uminho.pt

**Título Dissertação**

O processo de evolução terapêutica no âmbito das tarefas de cadeiras

**Orientador**

Professora Doutora Inês Mendes

Professor Doutor Miguel Gonçalves

**Ano de Conclusão**

2018

**Designação do Mestrado**

Mestrado Integrado em Psicologia

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

Universidade do Minho, 31 de janeiro de 2018

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

## Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Introdução.....	6
Metodologia.....	10
Participante .....	10
Terapeuta .....	12
Instrumentos e medidas .....	12
Codificadores.....	14
Procedimento .....	15
Resultados .....	16
Fidelidade da codificação .....	16
Evolução clínica .....	16
Tarefas de cadeiras: Caracterização global e evolução ao longo da psicoterapia.....	16
Cadeira vazia: Evolução clínica.....	19
Tarefa de duas cadeiras para autocrítica: Evolução clínica .....	23
Discussão.....	24
Limitações e sugestões para estudos futuros .....	27
Referências .....	28

## Índice de tabelas e figura

Tabela 1.....	13
Tabela 2.....	16
Tabela 3.....	17
Tabela 4.....	19
Figura 1.....	18

## **Agradecimentos**

Ao longo do tempo de escrita desta dissertação, surgiram-me muitos obstáculos, que, muitas vezes, me fizeram querer desistir. E se não desisti foi porque tive um apoio incrível e não podia deixar de agradecer e de partilhar este meu trabalho tão importante para mim convosco.

À minha mãe, por toda a sabedoria que comigo partilhou neste longo caminho e por me ensinar a não desistir.

Ao Luís, por todo o amor incondicional, por não me deixar desistir e por acreditar sempre em mim, mesmo quando eu própria já não acreditava.

Aos meus avós e à minha irmã por toda a força e o apoio que me deram e por se orgulharem de mim, mesmo nos meus dias menos bons.

Às minhas queridas Beatriz e Carolina, amigas de todas as horas, que, apesar de não estarem sempre presentes, me fizeram sempre sentir melhor e por acreditarem tanto em mim.

Aos meus orientadores, Professor Doutor Miguel Gonçalves, Doutora Inês Mendes e Dr. Pedro Lourenço, por toda a compreensão, ajuda e partilha de sabedoria.

E claro, por este “amor à camisola” que, em conjunto com todo este apoio, me fez chegar onde cheguei.

**Um sincero obrigado de coração a todos!**

## O Processo de Evolução Terapêutica no Âmbito das Tarefas de Cadeiras

### Resumo

O principal objetivo deste estudo de caso de terapia centrada nas emoções consiste na análise exploratória da evolução do cliente nas tarefas de cadeira, sessão a sessão. Para este efeito, foi utilizado um caso, com o diagnóstico de depressão maior, acompanhado em Terapia Focada nas Emoções, ao longo de 16 sessões. A codificação do caso envolveu o uso do *Chair Work Coding System* e a sintomatologia foi medida através do *Outcome Questionnaire 45.2* e do *Beck Depression Inventory II*. Os dados obtidos foram analisados qualitativamente e as hipóteses de discussão dos resultados corroboram alguns dos dados obtidos noutros estudos, embora recorrendo a metodologias distintas: (1) há uma tendência para a estagnação da evolução nas tarefas de cadeira e permanecer no estágio 3 (aprofundamento da experiência emocional) em clientes que fracassam na resolução das suas dificuldades; (2) o distanciamento da experiência emocional promove uma maior dificuldade em atingir a resolução completa; (3) e salientam a importância de recorrer às tarefas de cadeiras para o tratamento da depressão.

**Palavras-chave:** Evolução terapêutica, Terapia Focada nas Emoções, Tarefas de Cadeiras.

## **The Therapeutic Process of Evolution in Chair-Work**

### **Abstract**

The main goal of this case study of Emotion-Focused Therapy is an exploratory analysis of the client evolution during chair work, session to session. A single case study was used, with the diagnosis of major depression, followed in Emotion-Focused Therapy, over 16 sessions. The case was coded using the Chair Work Coding System. Symptomatology was measured through the Outcome Questionnaire 45.2 and the Beck Depression Inventory II. The data were qualitatively analysed and the hypothesis of discussion of the results confirm some of the results obtained in other studies, although using different methodologies: (1) tendency to remain in the stage 3 (deepening of the emotional experience) preventing clients to solve their difficulties; (2) distancing from emotional experience promotes a greater difficulty in achieving the complete resolution; and (3) highlighting the relevance of chair-work dialogues in the treatment of depression.

**Keywords:** Therapeutic process of evolution, Emotion-Focused Therapy, Chair work.

## Introdução

A Terapia Focada nas Emoções (TFE) foi desenvolvida por Greenberg e colaboradores nos anos 80, sendo uma das abordagens psicoterapêuticas com suporte empírico para o tratamento da depressão (Greenberg & Watson, 2006; 12 Division of the American Psychological Association, 2017). A TFE consiste numa abordagem psicoterapêutica que se encontra enraizada noutras tradições terapêuticas, como a Terapia Centrada no Cliente, Terapia Experiencial e Terapia *Gestalt* (Elliott & Greenberg, 2007; Elliott, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004; Elliott, 2012).

Um dos primeiros estudos a contribuir para o suporte empírico da TFE foi realizado por Greenberg e Watson (1998), com o objetivo de comparar a eficácia da TFE e da Terapia Centrada no Cliente. Através deste estudo, os autores verificaram que ambas as terapias se revelaram equivalentes relativamente à redução da sintomatologia depressiva. Mas, para além disto, a TFE demonstrou obter resultados mais rápidos, uma vez que a meio do tratamento os clientes apresentavam uma maior redução da sintomatologia depressiva. Em 2003, Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos e Steckley realizaram um estudo com o intuito de comparar a eficácia da TFE e da Terapia Cognitivo Comportamental no que diz respeito ao tratamento da depressão maior. Os resultados demonstraram que ambas as abordagens eram eficazes, embora os clientes pertencentes ao grupo de TFE tenham reportado melhorias mais significativas relacionadas com os problemas interpessoais no final do processo terapêutico. Com base na amostra do estudo de 1998, Goldman, Greenberg e Angus (2006) realizaram outras análises para explorar as diferenças entre a TFE e a Terapia Centrada no Cliente quanto à existência de melhorias sintomatológicas. Os autores verificaram que a utilização de intervenções da TFE e da relação empática da Terapia Centrada no Cliente promovem melhorias na eficácia do tratamento da depressão. Mais tarde, Ellison, Greenberg, Goldman e Angus (2009), utilizando a amostra do estudo de Greenberg e Watson (1998), analisaram os resultados terapêuticos obtidos após o término da terapia, sugerindo que a TFE promove menores níveis de recaída na depressão.

As emoções assumem-se como um conceito fundamental na TFE, sendo consideradas essenciais na construção do *selfe* no processo de auto-organização. A pertinência das emoções relaciona-se com a sua função de permitir o acesso aos desejos e necessidades do indivíduo, direcionando-o para a ação (Elliott & Greenberg, 2007; Elliott, *et al.*, 2004). Embora sejam produzidas de forma automática pelo organismo, para serem integradas na experiência do indivíduo, as emoções

necessitam ser simbolizadas pelo próprio (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993). Deste modo, o acesso e a simbolização das emoções na consciência permitem adquirir uma maior compreensão daquilo que o indivíduo necessita fazer para responder às suas necessidades (Elliott, *et al.*, 2004).

Numa perspectiva construtivista-dialética, as emoções organizam a experiência do indivíduo em unidades, designadas de esquemas emocionais, as quais orientam o processamento emocional (Elliott, *et al.*, 2004; Greenberg, *et al.*, 1993). Os esquemas emocionais desenvolvem-se num conjunto de processos que se afiguram essenciais para a sua manutenção: a ativação das experiências emocionais, a exploração, expressão e a reflexão sobre estas experiências (Greenberg, 2002; Elliott, *et al.*, 2004). Os esquemas emocionais são igualmente a base da disfunção quando existem obstáculos ao funcionamento ajustado. Estes obstáculos são frequentemente o resultado das dificuldades do indivíduo na simbolização da sua experiência (Greenberg, *et al.*, 1993). A disfunção traduz-se por vezes em dificuldades na regulação emocional (Greenberg, *et al.*, 1993). A regulação emocional consiste na capacidade de a pessoa tolerar, estar consciente, expressar e utilizar as suas emoções de forma adaptativa, com o intuito de lidar com dificuldades e dar resposta às suas necessidades. As dificuldades na regulação emocional envolvem dois subtipos de problemas: subregulação e sobrerregulação. Assim, um indivíduo que está subregulado será pouco eficiente e lento nas suas tarefas, para além de ser incapaz de dar o seu melhor desempenho. Já um indivíduo sobrerregulado tornar-se-á desorganizado ou ficará paralisado no desempenho de tarefas e será incapaz de completá-las (Elliott, *et al.*, 2004). Os indivíduos que apresentam problemas na regulação emocional podem sentir-se assoberbados por emoções dolorosas, o que poderá conduzi-los a estados de distanciamento da sua experiência emocional e embotamento emocional (Elliott, *et al.*, 2004). Elliott (2012) refere uma associação entre situações de distanciamento/embotamento emocional e dificuldades em atingir a resolução dos problemas.

Cada indivíduo possui diversos esquemas emocionais, os quais podem ser ativados de forma separada ou simultânea. A partir destes, as auto-organizações emocionais operam como “vozes” do indivíduo, estabelecendo diálogos com outras vozes, de forma contraditória ou congruente (Elliott, *et al.*, 2004; Elliott & Greenberg, 1997; Stiles, 1999).

Em psicoterapia, surgem frequentemente duas vozes principais: uma mais orientada para o crescimento e outra, a dominante, mais negativa. A este nível, o objetivo em psicoterapia é conduzir ao reconhecimento das vozes e à integração das mesmas (Elliott, *et al.*, 2004), para além de procurar instigar metodologias através das quais o cliente pode aceder a esquemas disfuncionais relevantes,

simbolizar de forma adequada a sua experiência e proceder ao reprocessamento das experiências consideradas relevantes para os esquemas disfuncionais (Greenberg, *et al.*, 1993).

Na TFE uma das estratégias centrais para atingir esta integração das vozes envolve a utilização de tarefas de diálogo de cadeiras (Elliott, 2012; Elliott, *et al.*, 2004). As tarefas de cadeiras são uma parte integrante do Modelo da TFE da depressão, que se foca na vulnerabilidade de um *self* que não se sente empoderado (Greenberg, 2010) e que apresenta dificuldades em processar as suas experiências dolorosas. Na origem destas dificuldades podem estar experiências prévias de abuso, negligência, abandono ou incompreensão.

As tarefas de cadeiras constituem intervenções terapêuticas que visam proceder à conciliação das vozes do cliente, orientando-o ao longo de diversos estádios até atingir a resolução das dificuldades apresentadas. Importa enfatizar que o processo de evolução nos estádios de cada tarefa não é linear, ocorrendo avanços e recuos (Elliott, 2012; Elliott, *et al.*, 2004).

Existem três tarefas que são mais utilizadas no tratamento da depressão, sendo que os problemas de processamento emocional a que se dirigem são os mais típicos nesta perturbação. São elas: diálogo de duas cadeiras para autocrítica, diálogo de duas cadeiras para autointerrupção e, por fim, o trabalho de cadeira vazia para assuntos inacabados (Greenberg, *et al.*, 1993; Elliott, *et al.*, 2004).

No que concerne ao diálogo de duas cadeiras para autocrítica, este consiste na intervenção indicada quando o cliente apresenta um conflito entre dois aspetos do *self*: um que assume a forma de voz crítica, sendo este, na maior parte dos casos, a voz dominante, e um outro aspeto do *self* denominado de experienciador, sendo este a voz mais adaptativa do *self*. O primeiro passo na resolução desta divisão interna realiza-se através do reconhecimento de necessidades e sentimentos do *self* experienciador que permitem o desenvolvimento de uma voz mais assertiva. Esta voz mais assertiva permite o equilíbrio de poder entre ambas as vozes, e a diminuição da dominância da voz crítica (Elliott, *et al.*, 2004; Greenberg, 1979).

Relativamente ao diálogo de duas cadeiras para autointerrupção, este é algo semelhante ao diálogo de duas cadeiras para autocrítica, pois envolve um conflito interno entre duas vozes, uma mais dominante que a outra. Contudo, em vez de uma voz crítica, o cliente apresenta aquilo que se denomina de *interruptor*: uma parte do *self* que impede a outra parte de expressar de forma clara os seus desejos, necessidades e emoções (Stricker, Widiger, & Weiner, 2003). Frequentemente, os processos de autointerrupção estão associados com a sobrerregulação (Greenberg, *et al.*, 1993). Esta sobrerregulação disfuncional consiste na interrupção persistente, automática e inconsciente de reações

emocionais, levando a que o indivíduo se sinta sem poder e sem resposta para as suas necessidades. A resolução deste conflito interno passa por empoderar o experienciador, tornando-o capaz de se expressar completamente e de construir planos para atingir os seus objetivos, sem que hajam bloqueios internos que conduzam à autointerrupção (Elliott, *et al.*, 2004).

Por último, o trabalho de cadeira vazia para assuntos inacabados consiste na intervenção indicada quando existe um grande ressentimento para com um outro significativo, especificamente em casos de abandono/negligência. A resolução desta dificuldade ocorre através da autoafirmação do aspeto experienciador, envolvendo a expressão das suas necessidades e desejos de forma assertiva, e pela capacidade de avançar e de se desprender do assunto inacabado. Esta resolução pode ocorrer de três formas: através da compreensão da perspetiva do outro significativo, do perdão do outro significativo ou através da responsabilização do outro significativo (Elliott, *et al.*, 2004).

As tarefas de cadeiras são uma intervenção guiada por marcadores. Um marcador de tarefa consiste num indicador visível de que o cliente está a experienciar um estado interno que sinaliza um determinado problema de processamento emocional. Segundo Elliott e colaboradores (2004), os marcadores são de extrema importância para que o terapeuta siga a evolução do cliente. Deste modo, os marcadores indicam ao terapeuta quais os problemas de processamento emocional que deverão ser trabalhados. Estas tarefas desenvolvem-se, de acordo com Elliot e colaboradores (2004), ao longo de seis estádios genéricos, cuja lógica de progressão é semelhante a todas as tarefas. No estádio 1 inicia-se a tarefa, devolvendo o terapeuta a dificuldade de processamento emocional ao cliente e sugerindo a tarefa correspondente. Posteriormente, o estádio 2, designado de evocação da dificuldade, consiste na fase em que o cliente explora e expressa as suas dificuldades, desenvolvendo temáticas e as emoções que lhe estão associadas. No estádio 3, o terapeuta tenta facilitar a exploração em profundidade do problema. Alguns clientes apresentam, por vezes, dificuldade em progredir para além deste estádio, pois é aqui que acedem aos seus sentimentos e esquemas emocionais primários e, conseqüentemente, às suas necessidades e valores centrais, procedendo a uma exploração dos mesmos. No estádio 4 ocorre a resolução parcial, que surge quando o cliente experiencia pelo menos uma pequena mudança relativa à dificuldade apresentada. O estádio 5 remete para a reestruturação e mudança esquemática, em que surge um aumento na capacidade do cliente de gerir as suas emoções e usá-las para resolver os seus problemas. Por último, no estádio 6, designado de resolução completa, o cliente inicia uma reflexão acerca das implicações futuras das suas mudanças.

Foram diversos os autores que procuraram averiguar a eficácia destas intervenções. Clarke e Greenberg (1986) realizaram um estudo com o intuito de comparar a intervenção das tarefas de duas

cadeiras e a intervenção cognitivo comportamental na resolução de conflitos interpessoais relacionados com a tomada de decisão. Verificaram que as tarefas de duas cadeiras se afiguraram mais eficazes na redução da indecisão. Sicoli e Hallberg (1998) examinaram a resolução de conflito utilizando o diálogo de duas cadeiras para autocrítica e verificaram que esta atuava como facilitadora da resolução do conflito. Um estudo piloto examinou a eficácia da tarefa de duas cadeiras para a autocrítica tendo-se verificado que esta tarefa conduz a reduções do autocrítico, de sintomas ansiosos e depressivos, e ao desenvolvimento de sentimentos relacionados com autocompaixão e autoconfiança, mantendo-se estes ganhos por períodos superiores a seis meses (Shahar, *et al.*, 2012).

No que concerne ao trabalho de cadeira vazia identificámos vários estudos. Paivio e Greenberg (1995), com uma amostra em que os clientes apresentavam assuntos inacabados para com um outro significativo, e Greenberg e Malcolm (2002) verificaram que o trabalho de cadeira vazia conduzia a ganhos e melhorias clinicamente significativos, sendo os mesmos mantidos no *follow-up*. Por seu lado, Greenberg e Foerster (1996) verificaram que esta tarefa se revelou mais eficaz na resolução de assuntos inacabados do que a mera expressão de empatia.

### **Pertinência e objetivo do estudo**

O conhecimento que o psicoterapeuta possui acerca dos processos de mudança terapêutica dos seus clientes irá facilitar a análise que este realiza do caminho percorrido pelo cliente ao longo das sessões. A forma como o cliente evolui na psicoterapia é fundamental para fomentar o conhecimento do psicoterapeuta sobre o cliente.

O presente estudo, no contexto da TFE, realiza uma análise aprofundada de um caso clínico com diagnóstico de depressão maior, cujo foco principal é o de compreender de que modo a evolução clínica poderá estar associada à evolução nas tarefas de cadeira. O intuito é fornecer uma perspetiva detalhada do trabalho de cadeiras do caso em estudo. Este objetivo traduz-se na seguinte questão de investigação: como é que ocorre a evolução da cliente na realização das tarefas de cadeiras ao longo da psicoterapia?

## **Metodologia**

### **Participante**

A participante, Vera (nome fictício), fez parte da amostra do ensaio clínico *ISMAI Depression Study* (Salgado, 2014). Neste ensaio clínico comparou-se a eficácia de duas modalidades terapêuticas no tratamento da depressão: a Terapia Cognitivo Comportamental e a TFE. O ensaio clínico referido

englobou duas sessões de avaliação, onde foram conduzidas as Entrevistas Clínicas Estruturadas para Perturbações do Eixo I e II do DSM-IV (*SCID*) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997; First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002). Vera preencheu os critérios de inclusão para este ensaio clínico, apresentando um diagnóstico de Perturbação Depressiva Maior (moderada, recorrente; DSM-IV-TR, APA, 2002). A cliente foi selecionada aleatoriamente para o grupo de TFE, cumprindo um protocolo de 16 sessões. O protocolo terapêutico foi baseado nos manuais de Elliott e colaboradores (2004) e Greenberg e Watson (2006).

Vera era uma mulher casada e com uma filha em idade pré-escolar. Possuía o 12º ano de escolaridade, tendo chegado a frequentar a Universidade. Viveu durante muitos anos com os seus pais. Estes possuíam um negócio próprio, o qual, segundo Vera, desde sempre lhes ocupava muito tempo, levando a que, conseqüentemente, não lhe tivessem dado a atenção, o carinho e a segurança de que necessitava. Para além disto, Vera descreve ainda os seus pais como sendo muito críticos e pouco apoiantes das suas emoções e necessidades. Estas perceções de ausência parental, de críticas severas e de falta de apoio e carinho foram sentidas pela Vera durante toda a sua vida, muito embora nunca as tenha exposto aos seus pais e nunca tenha partilhado com estes o impacto desse comportamento na sua vida. Esta ausência de partilha conduziu ao desenvolvimento de um conflito intenso com os seus pais, que se foi agravando ao longo da sua vida adulta. Dadas as implicações deste conflito na vida da cliente (tristeza, sentimentos de incapacidade, de solidão e de incompreensão), o ressentimento para com os seus pais foi um dos principais alvos da psicoterapia. Outro alvo central foi a divisão interna da cliente (caracterizada por intensa auto-crítica), que, por sua vez, estaria relacionada com o “assunto inacabado” que desenvolveu para com os pais. Esta divisão interna refletia a existência de uma voz crítica dominante e, como se verificou ao longo da psicoterapia, em muito semelhante à perceção de críticas realizadas pelos seus pais. A voz crítica era dominante e impedia a cliente de reconhecer as suas necessidades, de ser assertiva e de tomar decisões saudáveis para o seu desenvolvimento. Para além disso, tais conflitos traduziam-se numa baixa autoestima, sentindo-se a cliente sem poder/controlo sobre a sua vida, sentimentos de desesperança, tristeza e angústia.

No decorrer do trabalho de cadeiras que envolveu a temática do conflito com os pais, Vera manifestou sentimentos de culpa quando se apercebia que estava a criticá-los, apresentando ainda tristeza e sofrimento quando o assunto era a falta de carinho, de atenção e a incompreensão que sentia por parte destes. Quando a temática era a sua divisão interna, verificou-se a existência de muito sofrimento, realizando, frequentemente, críticas muito severas a si própria e tendo depois dificuldade em processá-las, chorando frequente e intensamente. Vera apresentou muitos momentos de

subregulação emocional, mais especificamente dificuldade em gerir e processar as emoções que lhe causavam intenso sofrimento. Na secção dos resultados são apresentadas vinhetas clínicas que ilustram as dificuldades sentidas pela cliente. O presente estudo de caso surge integrado numa tese de doutoramento e o caso de Vera foi selecionado por conveniência, uma vez que já estava a ser analisado um outro caso da mesma terapeuta.

## **Terapeuta**

A terapeuta de Vera é do sexo feminino e à data do início da terapia tinha trinta e dois anos de idade e cinco anos de experiência clínica, três dos quais em Terapia Focada nas Emoções.

## **Instrumentos e medidas**

**Medidas de resultado.** O *Beck Depression Inventory-II* (BDI; Beck, Steer, & Brown, 1996) consiste numa medida de autorrelato de sintomas depressivos e compreende 21 itens. Estes são pontuados numa escala de *likert* que varia entre 0 e 3 pontos e que mede o grau de severidade da sintomatologia, tendo uma pontuação total de 63 pontos. A consistência interna deste instrumento ( $\alpha=.91$ ; Steer, Brown, Beck, & Sanderson, 2001) e a validade (Beck, *et al.*, 1996; Steer, *et al.*, 2001) são consideradas satisfatórias. A versão portuguesa do BDI-II apresenta características idênticas à versão original, embora se tenha recorrido a uma população não-clínica (Coelho, Martins, & Barros, 2002). O ponto de corte para a população clínica portuguesa é igual ou superior a 12 pontos (Oliveira-Brochado, Simões, & Paúl, 2014). Quanto à mudança clinicamente significativa, dada a ausência de dados portugueses, foi usado o valor que resultou dos estudos de Seggar, Lambert e Hansen (2002), que refere um valor de 8.46 pontos.

O *Outcome Questionnaire 45.2* (OQ-45.2; Lambert, Morton, Hartfield, Harmon, Hamilton, Reid e cols., 2004) consiste num instrumento de autorrelato, cuja função é avaliar o funcionamento psicológico geral dos clientes. Este questionário envolve 45 itens, cujo valor total, representa o nível de disfunção psicológica atual do cliente. O OQ-45.2 é composto por três subescalas: Desconforto Subjetivo, Relacionamentos Interpessoais e Desempenho do Papel Social. Estes itens são pontuados numa escala de *likert* (de 0 a 4 pontos) e a pontuação máxima é de 180. A consistência interna em amostras portuguesas é considerada satisfatória ( $\alpha=.89$ ; Machado & Fassnacht, 2014). A mudança clinicamente significativa (Jacobson & Truax, 1991) calculada para a população portuguesa foi de 15 pontos, enquanto o ponto de corte foi de 62 pontos (Machado & Fassnacht, 2014).

Ambos os instrumentos foram aplicados previamente ao início das sessões 1, 4, 8, 12 e 16.

**Medidas de processo.** No presente estudo foi utilizado como medida de análise do processo terapêutico o *Chair Work Coding System* (CWCS; Lourenço, Mendes, & Salgado, 2017). O CWCS consiste numa medida qualitativa de processo que permite o seguimento do progresso do cliente na realização do trabalho de cadeiras ao longo da terapia. O seu principal objetivo consiste na identificação das tarefas de cadeiras e dos estádios. Este sistema de codificação é baseado numa adaptação das descrições das tarefas de cadeiras de Elliott e colaboradores (2004; ver tabela 1). O CWCS permite analisar o progresso do problema emocional ao longo de três tarefas de cadeiras: diálogo de duas cadeiras para autocrítica, diálogo de duas cadeiras para autointerrupção e trabalho de cadeira vazia para assuntos inacabados. As tarefas de cadeiras desenvolvem-se ao longo de 6 estádios, por ordem progressiva de resolução do respetivo problema de processamento emocional.

Tabela 1  
*Síntese dos estádios de cada tarefa de cadeiras*

	<b>TCD</b>	<b>TCE</b>	<b>ECW</b>
<b>E1</b>	<b>Confirmação do marcador:</b> descrição da divisão interna. ("Eu devia fazer isto, mas não consigo").	<b>Confirmação do marcador:</b> descrição de como ocorre a autointerrupção; expressão emocional é interrompida.	<b>Confirmação do marcador:</b> cliente culpabiliza, apresenta queixas e lamúrias/expressa dor relativamente a um outro significativo.
<b>E2</b>	<b>Início diálogo de 2 cadeiras:</b> <u>expressa críticas</u> , expectativas; contacto e separação das vozes.	<b>Entrada:</b> ativação concreta do processo de autointerrupção.	<b>Preparar e começar:</b> diálogo com o outro significativo e expressão dos sentimentos associados com o assunto inacabado (dor, tristeza, ressentimento).

<b>E3</b>	<b>Aprofundamento da divisão:</b> surgem sentimentos primários subjacentes e necessidades como resposta às críticas.	<b>Aprofundamento:</b> acede aos sentimentos de passividade e resignação e diferencia-os;	<b>Diferenciação de sentimentos e expressão de emoções primárias:</b> queixas como sentimentos primários subjacentes; experiencia e expressa emoções consideradas relevantes (raiva, medo, tristeza).
<b>E4</b>	<b>Resolução parcial:</b> expressa claramente as necessidades e desejos, associados a novos sentimentos.	<b>Resolução parcial:</b> expressa de forma clara emoções que eram anteriormente interrompidas.	<b>Expressar e validar necessidades anteriormente não reconhecidas:</b> resolução parcial; sentido de autoria sobre as suas necessidades.
<b>E5</b>	<b>Amenizar da crítica:</b> aceita e reconhece os seus sentimentos e necessidades; expressa compaixão para consigo.	<b>Autoassertividade:</b> expressa as necessidades que estão associadas com as emoções anteriormente interrompidas;	<b>Mudança na representação do outro significativo:</b> compreensão do outro e vê-o através de uma nova perspetiva, quer de forma mais positiva, quer vendo-o como tendo menos poder.
<b>E6</b>	<b>Negociação:</b> resolução completa; compreensão clara de como reconciliar as partes do se/f	<b>Resolução completa:</b> sente-se empoderado e constrói planos e ações para o futuro, para responder às suas necessidades.	<b>Autoafirmação e deixar ir:</b> resolução completa; afirma-se ao outro significativo e deixa ir o assunto inacabado, através de compreensão, perdão ou responsabilização do outro significativo.

**Nota:** E, estádio; TCD, Diálogo de duas cadeiras para autocrítica; TCE, diálogo de duas cadeiras para autointerrupção; ECW, trabalho de cadeira vazia para assuntos inacabados;

**Nota.** Fonte: adaptado de Elliott, Watson, Goldman e Greenberg (2004). Learning Emotion-focused Therapy: The process-experiential approach to change. Washington: American Psychological Association.

## Codificadores

Um dos codificadores era um aluno de doutoramento, com seis anos de experiência clínica, quatro dos quais em TFE. O outro codificador era do sexo feminino e estava a terminar a sua dissertação de mestrado.

Os acordos *standard* calculados para se considerar finalizado o treino prendem-se com a identificação do tipo de exercício de cadeira, do estádio e dos tempos decorridos de cada segmento

identificado, mais especificamente através do acordo na duração das tarefas, do *Kappa de Cohen* (Cohen, 1960; Tinsley & Weiss, 1975) para acordo nas tarefas e do coeficiente de correlação intraclassa (Shrout & Fleiss, 1979) para acordo nos estádios.

O treino do CWCS desenvolveu-se ao longo de várias etapas, iniciando-se com a leitura e a discussão dos capítulos 2, 6, 11 e 12 do livro *“Learning Emotion-Focused Therapy: The Process-Experiential Approach to Change”* (Elliott, *et al.*, 2004), com o intuito de fomentar o conhecimento sobre a Terapia Focada nas Emoções e as respetivas tarefas de cadeira; passando depois para a codificação de excertos previamente identificados (sessões 1 e 2 do DVD *“APA Series II - Specific Treatments for Specific Populations: Emotion-Focused Therapy for Depression”*, Greenberg, 2006) e, depois, para a codificação completa destas sessões, com o objetivo de familiarizar o codificador com a aplicação do CWCS; por último, procedeu-se à codificação das primeiras 3 sessões de um caso proveniente do ensaio clínico *ISMAI Depression Study* (Salgado, 2014). Nesta fase de treino os acordos conseguidos foram os seguintes: 94,86% de acordo na proporção, 90,80% de acordo nas tarefas e 87,90% de acordo nos estádios.

## **Procedimento**

O processo de codificação englobou a codificação independente de cada codificador, seguida de reuniões de consenso com o intuito de resolver possíveis discrepâncias entre os codificadores, até se chegar ao consenso final. Mais especificamente, a codificação envolveu a visualização de todas as sessões do caso sem aplicar a codificação, com o fim de obter um conhecimento completo sobre o mesmo; codificação propriamente dita, construindo vários segmentos onde são identificados: a tarefa presente, o estádio e a duração do segmento. Para além disto, recorre-se igualmente à anotação de descrições do diálogo da terapeuta, no caso de estas esclarecerem onde se encontra a cliente nos estádios e tarefas, e descrições do comportamento da cliente, desde os diálogos que levaram à identificação de determinada tarefa e estádio, até à sua postura corporal. Estas descrições funcionaram como suporte à codificação e, depois, devem facilitar a discussão da codificação com o outro codificador.

## Resultados

### Fidelidade da codificação

A fidelidade da codificação envolve o cálculo de três acordos entre os codificadores: percentagem acordo na duração das tarefas, acordo na identificação das tarefas através do *Kappa de Cohen* (Cohen, 1960; Tinsley & Weiss, 1975) e acordo nos estádios através do coeficiente de correlação intraclasse (Shrout & Fleiss, 1979). Assim, após o término da codificação os resultados de fidelidade foram os seguintes: 81,38% de acordo na duração das tarefas, 0,95 no *Kappa de Cohen* relativo ao acordo na identificação das tarefas e, por fim, 0,88 de coeficiente de correlação intraclasse para acordo nos estádios.

### Evolução clínica

Vera terminou as sessões de psicoterapia com resultados que continuam a indicar a persistência de sintomas depressivos clinicamente significativos e uma perturbação significativa do funcionamento psicológico. Apesar disto, Vera apresentou uma mudança clinicamente significativa no BDI, tendo-se verificado uma diferença de 15 pontos desde a primeira aplicação do instrumento até à última (tabela 2), quando para se identificar mudança clinicamente significativa é necessário um mínimo de 8.46 pontos (Seggar, *et al.*, 2002).

Tabela 2

*Evolução clínica de acordo com os instrumentos BDI-II e o OQ-45.2*

	S0	S1	S4	S8	S12	S16
BDI-II	38	33	30	26	28	23
OQ-45.2	100	102	101	84	105	93

**Nota:** S0, sessão 0; S1, sessão 1; S4, sessão 4; S8, sessão 8; S12, sessão 12; S16, sessão 16.

### Tarefas de cadeiras: Caracterização global e evolução ao longo da psicoterapia

Ao longo das sessões analisadas, Vera evidenciou alguns problemas de processamento emocional, nomeadamente subregulação da experiência emocional e dificuldade em ser assertiva, sendo estes o alvo central da psicoterapia. A cliente apresentou, frequentemente, incapacidade para expressar as emoções relacionadas com os conflitos que mantém com os pais, com o marido e com o seu *self* crítico. Estes conflitos afiguraram-se como os principais problemas que conduziram a cliente à

psicoterapia. O assunto inacabado existente com os pais prende-se com o sentimento que a cliente possui de abandono, de falta de carinho, de atenção e de compreensão da parte destes, indicando-os como fonte de crítica. A divisão interna prende-se com a existência de uma voz muito crítica, que se sobrepõe frequentemente à voz experiencial da cliente, causando-lhe sentimentos de desesperança, tristeza e impedindo-a de abandonar este ciclo de sentimentos negativos, que a impedem de desenvolver estratégias mais adaptativas para lidar com os seus problemas/conflitos. Por último, o conflito com o marido prende-se essencialmente com problemas de comunicação entre ambos, sentindo que não é ouvida, conduzindo, assim, ao agravamento dos seus sentimentos de inutilidade e de tristeza, entre outros.

Estas três principais dificuldades apresentadas pela cliente foram trabalhadas em duas distintas tarefas de cadeiras. O diálogo de cadeira vazia para assuntos inacabados, foi trabalhado no âmbito do ressentimento com os pais e das dificuldades no relacionamento com o marido. Esta tarefa representou a maior percentagem de tempo (60,69%) passado por Vera em tarefas de diálogo de cadeiras (Tabela 3). A divisão interna foi trabalhada na tarefa de diálogo de duas cadeiras para autocrítica tendo ocupado cerca de 34% do tempo. Foi realizado ainda o trabalho de duas cadeiras para autointerrupção, em que a temática identificada foi o conflito da cliente com uma parte do *self* que a impede de dirigir críticas aos pais. No entanto, o tempo despendido nesta tarefa revelou-se residual (0,14%). No total do seu processo terapêutico, Vera esteve 8,51% do tempo total das sessões em tarefas de cadeiras.

Tabela 3

*Tempo total passado em cada tarefa de cadeira*

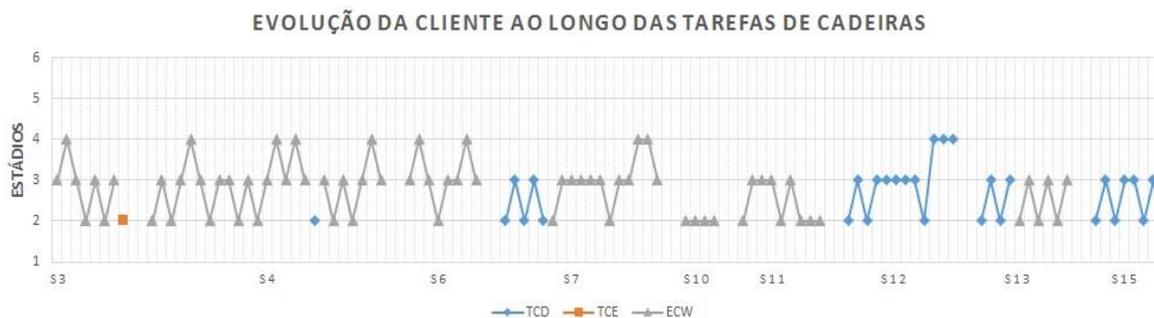
Tarefa de cadeira	Tempo (%)
Trabalho de cadeira vazia para assuntos inacabados	60,69%
Diálogo de duas cadeiras para autocrítica	33,55%
Diálogo de duas cadeiras para autointerrupção	0,14%

Com recurso ao CWCS (Lourenço, *et al.*, 2017), a análise qualitativa envolveu as sessões onde a cliente realizou trabalho de cadeiras, incidindo, mais especificamente, nos principais problemas

identificados na psicoterapia e a forma como estes foram trabalhados e desenvolvidos ao longo das sessões. O trabalho de cadeiras surge nas sessões 3, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13 e 15.

De um modo global, a evolução da cliente na realização das tarefas de cadeiras ao longo da psicoterapia apresenta um perfil que oscila entre o estágio 2, 3 e 4 (figura 1).

Figura 1



**Nota:** S3, sessão 3; S4, sessão 4; S6, sessão 6; S7, sessão 7; S10, sessão 10; S11, sessão 11; S12, sessão 12; S13, sessão 13; S15, sessão 15; TCD, diálogo de duas cadeiras para autocrítica; TCE, diálogo de duas cadeiras para autointerrupção; ECW, trabalho de cadeira vazia para assuntos inacabados.

Em sessão, quando confrontada com críticas severas vindas do crítico ou dos pais, Vera reage, na maior parte das vezes, com uma forte reação emocional, chorando e soluçando, tornando-se incapaz de dar expressão às suas emoções, procurando bloquear e evitar esta experiência emocional (estádio 3). O acesso a estas emoções remete a cliente para o estágio 3 das tarefas de cadeiras. Para atingir estádios onde consiga pelo menos desenvolver estratégias para melhor lidar com as suas dificuldades, Vera teria que autoafirmar-se e tornar-se cada vez mais assertiva (estádio 4, 5 ou 6). Tal dificuldade no processamento da experiência impede-a, portanto, de resolver as suas dificuldades.

Considerando uma perspetiva global, Vera evoluiu desde o estágio 2 até ao 4, tendo permanecido mais tempo no estágio 3 (70,53%) (Tabela 4).

Tabela 4

*Tempo total passado em cada estágio das tarefas de cadeiras*

Estádios das tarefas de cadeiras	Tempo (%)
2	23,42%
3	70,53%
4	9,52%

Apesar de o trabalho de cadeira se ter desenvolvido em nove sessões terapêuticas, apenas 6 serão alvo de uma análise mais aprofundada. As sessões que englobavam as dificuldades de Vera com o seu marido foram excluídas desta análise mais aprofundada, porque ao longo das sessões esta temática demonstrou-se como sendo secundária, relativamente às outras duas temáticas, uma vez que o maior sofrimento estava relacionado com as dificuldades da cliente com os seus pais e com a sua voz crítica. Para além disso, essa temática foi trabalhada apenas durante 8 minutos durante toda a psicoterapia. Das três tarefas de cadeiras trabalhadas, somente as tarefas de cadeira vazia para assuntos inacabados e a de duas cadeiras para autocrítica serão alvo de análise mais aprofundada, uma vez que a tarefa de duas cadeiras para autointerrupção tem muito pouca representatividade no caso (tabela 3).

Desta forma, a evolução ao longo das tarefas e dos estádios foi alvo de uma análise mais aprofundada, mais especificamente as transições da cliente de estágio para estágio e de tarefa em tarefa, apresentando igualmente vinhetas clínicas exemplificativas destas mesmas transições. Esta informação está organizada de tarefa em tarefa, recorrendo aos momentos mais distintos e significativos na evolução da cliente, de forma a facilitar a compreensão da sua evolução ao longo da psicoterapia.

### **Cadeira vazia: Evolução clínica**

No diálogo de cadeira vazia para assuntos inacabados a temática trabalhada é o assunto inacabado de Vera com os pais. Na sessão 3, a cliente encontrava-se a trabalhar a temática da divisão interna quando surge o primeiro momento em que a cliente direciona o diálogo para os seus pais, apesar de não identificar claramente a qual se dirige ou se se dirige a ambos. Vera expressa aos pais a

sua experiência ao longo do seu desenvolvimento, experienciando sentimentos de inferioridade e de injustiça, como se pode ver na seguinte vinheta clínica:

Terapeuta: “Tu sempre me puseste a um canto.

Cliente: Sempre me puseste a um canto. Sempre me puseste de lado, nunca fui importante para ti!”.

Ainda durante esta mesma tarefa, Vera, ainda na cadeira do experienciador, continua a elaborar o impacto que o comportamento dos pais teve em si e na sua vida, aprofundando mais os seus sentimentos de injustiça e demonstrando incompreensão pelas falhas dos pais, embora sempre a um nível superficial. Esta elaboração da experiência da cliente remete para um estágio 3:

C: “Estou farta.

T: Estou cansada de estar neste sítio onde tu me deixaste.

C: Muito cansada. Não entendo porque é que me empurraram para lá. (...) E depois querem que eu saia quando lhes apetece, mas quando lhes apetece que eu saia, eu não sei sair. Tenho medo de sair de lá porque só conheço aquele sítio. E embora seja frio e escuro e doloroso, estou habituada a ele”.

Nesta sessão surge o primeiro segmento de estágio 4 (resolução parcial), em que a cliente expressa de forma ligeiramente assertiva os seus desejos e necessidades, demonstrando uma tentativa de se autoafirmar aos seus pais, persistindo no diálogo com estes e em palavras como: “eu mereço”:

C: “Acho que mereço mais, mereço alguma coisa de diferente. Mereço sair.

T: Eu mereço mais.

C: Mereço mais, eu mereço sair, mereço viver, mereço ser feliz, se tu não és, eu não tenho culpa.

T: Mas eu mereço.

C: Eu mereço.

T: Eu quero...

C: Eu quero ser feliz”.

Após este estágio 4, a cliente apresenta uma grande oscilação entre os estádios, voltando cinco vezes ao estágio 3 e duas vezes ao estágio 2. Esta oscilação reforça a não linearidade da evolução terapêutica ao longo das tarefas de cadeira, voltando rapidamente a estádios onde existem mais momentos de críticas, queixas e lamúrias do que de processamento emocional e aprofundamento das suas experiências emocionais, e vice-versa.

Na sessão 4, quando se encontra na cadeira vazia e assume a posição dos seus pais, Vera dirige críticas severas relativas à sua incapacidade para entender o esforço que os seus pais fizeram para que não lhe faltasse nada, acusando-a de se acomodar e de ser preguiçosa, assumindo uma atitude defensiva, característica do estágio 2 (crítica):

C: "És uma preguiçosa. Tudo o que dava muito trabalho, encostavas-te. Não estavas para te chatear. Nunca estavas satisfeita com nada. (...) E nunca entendeste que é preciso trabalhar muito para conseguir as coisas."

Já na cadeira do experienciador, a cliente encontra-se assoberbada com estas críticas, experienciando fortes reações emocionais, onde chora muito, experienciando sentimentos de solidão e de tristeza por não ter a compreensão dos pais, demonstrando grande dificuldade em regular estas emoções negativas. Estas reações emocionais e exploração das suas emoções remetem para o estágio 3. A cliente demonstrou dificuldades em estabelecer e manter o contacto ocular com os pais durante toda a tarefa de cadeira vazia. A seguinte vinheta clínica é exemplificativa de um dos momentos de diferenciação dos sentimentos da cliente, em que a terapeuta procura ativá-la, de forma a permanecer com estes mesmos sentimentos e evitar o distanciamento da cliente destas experiências dolorosas:

C: "(chora muito)

T: Deixe vir. Deixe... O que é que está a acontecer dentro de si? Muito triste, sozinha...

C: (Acena afirmativamente; chora)

T: Deixe estar com esta tristeza.

C: Não quero. Não quero. Não quero (chora muito).

T: Eles não conseguem nunca perceber. Esta dor tão forte...

C: Eu estive sempre sozinha (...). Eles não percebem. E eu não consigo ajudá-los a entender, perceber que não é fácil. Que não é comodismo. (...). E quando conseguia alguma coisa era: olha, deu? Não era para durar. (...)

T: Era com medo...

C: Era, à espera da aprovação, que dissessem 'podes não ser perfeita, mas nós gostamos de ti'".

O trabalho terapêutico envolvido na sessão 6 é muito semelhante ao realizado na sessão 4. Assim, é apresentada uma vinheta clínica que ilustra a evolução da cliente para um estágio 4 (resolução parcial) mais consistente, uma vez que impõe os seus desejos e vontades aos pais, assumindo uma postura claramente mais assertiva e apresentando um tom de voz mais seguro e de imposição das suas necessidades:

C: "Não me ouvem, também não tenho que vos ouvir. É mesmo.

T: Se não percebem...

C: (...) Se não me ouvem e se eu não tenho o direito à minha opinião, então também não tenho que levar com a opinião deles. Não tenho que estar a ouvir as conversas deles. Não tenho que estar a levar com a energia deles.

T: Eu não quero, não quero. (...)

C: Não quero, cansei. Cansei. Percebi que não vão mudar a maneira deles ser.

T: eles não vão perceber que eu posso olhar para mim, mas é isso que eu vou fazer.

C: é. Tenho o direito às minhas opiniões. Por que é que as deles é que tem que estar certas?”.

Na sessão 7, a cliente dirige queixas, recorrendo a um tom de voz crítico, responsabilizando os pais pelo seu cansaço e pelas suas fragilidades, remetendo para o estágio 2 da tarefa (crítica). A terapeuta procura facilitar a cliente a assumir um tom de voz mais assertivo, tornando-a mais envolvida na tarefa:

C: “(...) Eu sempre estive lá, sempre dei o meu melhor, sempre a ajudei. Posso pensar de maneira diferente, mas por pensar de maneira diferente não quer dizer que seja uma falhada. (...) E eles fazem-me sentir isso (...)

T: Eu não mereço o que vocês fazem.

C: Eu não mereço. Só porque sou diferente não mereço. Não é se calhar por eu precisar de dormir mais que sou uma falhada e que sou uma preguiçosa.

T: Tu não tens razão. Diga isso: tu não tens razão.

C: Eu estive sempre lá. Foram vocês que me cansaram. Foram vocês que fizeram de mim aquilo que eu sou hoje no lado mau da coisa”.

Ainda na sessão 7 a cliente evoluiu até ao estágio 4 (resolução parcial), introduzindo a temática da aprovação dos pais, expondo as suas necessidades não só de aprovação, como de encorajamento da parte destes. A terapeuta promove a expressão dos seus sentimentos e necessidades, encorajando a exploração da noção de aprovação, resultando em afirmações mais assertivas, embora a um nível abstrato:

C: “É a aprovação, sabe? E às vezes...

T: Diga-lhes isso: 'eu preciso que vocês...'. Eu preciso. Eu sempre precisei...

C: Preciso que me ajudem a acreditar em mim, preciso que eles acreditem que eu posso ser feliz, e mesmo assim estar com eles e gostar deles, e que não é por eu ser feliz que eles tem que se sentir ainda mais infelizes por não terem conseguido ser eles próprios felizes. Acho que se devem sentir felizes se eu conseguir ser.”

### **Tarefa de duas cadeiras para autocrítica: Evolução clínica**

No que respeita à temática da divisão interna e do diálogo de duas cadeiras para autocrítica, na sessão 3 a cliente estabelece diálogo com o *self* crítico pela primeira vez na psicoterapia, em que este lhe dirige críticas severas relativas ao seu valor como pessoa, remetendo para o estágio 2 (crítica), como ilustrado na seguinte vinheta clínica:

Cliente (assumindo a forma de voz crítica): “És estúpida e preguiçosa. És parva. És uma inútil.”

Face a estas críticas, a cliente moveu-se para a cadeira do experienciador, acedendo a uma sensação de impotência face à severidade das palavras do crítico, apresentando uma forte reação emocional, onde chora convulsivamente. Esta reação emocional é um indicador da diferenciação e exploração de sentimentos, remetendo para o estágio 3 da tarefa. Verifica-se novamente um diálogo muito abstrato, reflexo da dificuldade que a cliente apresenta em gerir as emoções negativas que surgem como resultado das críticas recebidas:

Terapeuta: "É aqui que fica?"

Cliente: (chora muito) É aqui que fico. Eu não saio disto. Por mais que eu queira, eu não consigo. É tão escuro. É tão mau. É tão castrador.

T: Fica quietinha, para não incomodar, para não fazer asneiras.

C: Sim, sem me mexer. Não consigo."

Na sessão 7, o *self* crítico de Vera assume uma postura de crítica severa e persistente, demonstrando como é que exerce o seu poder sobre a cliente e, conseqüentemente, sobre a sua vida, demonstrando, ainda, a sua dominância. Esta postura e diálogo críticos traduzem-se no estágio 2 da tarefa:

C (voz crítica): “Já provaste que não consegues. Cada vez que te metes numa coisa, por muito bem que ela esteja a correr ou a acontecer, tu estraga-la. Depois ainda se riem de ti. Então mais vale não fazeres nada, estares quieta. (...) 'Tás a perder tempo, 'tás a gastar dinheiro, para fazeres o quê? Nada? Para daqui a meia dúzia de meses estares a desistir ou nem isso? A dizer que não dá, porque não consegues, porque 'tás cansada, porque não sei o quê. Então 'tá quieta!'"

Quando Vera muda para a cadeira do experienciador, expressa as suas necessidades, porém num tom de pedido e verifica-se uma dificuldade em estabelecer contacto direto com o seu *self* crítico,

mantendo pouco contacto ocular. Apesar disso, existe alguma exploração dos efeitos que a divisão interna causa na cliente, remetendo para o estágio 3 da tarefa:

T: “Eu acho que consigo, mas eu preciso de apoio. (...)”

C: Preciso de incentivo, preciso de ajuda, preciso que acreditem em mim, preciso que me ajudem a acreditar em mim, preciso que me deem confiança, e preciso que não olhem para mim criticamente no dia em que falhar, e dizer 'pois, estás a ver o que é que eu te dizia? (...)’

T: Só me bloqueias. Só me fazes ficar...

C: Parada. E com um medo aterrorizador de qualquer coisa, de arriscar o que quer que seja, porque o pensamento é logo 'não vais conseguir’”.

Na sessão 12 encontra-se uma faceta diferente da voz crítica da cliente, em que continua a dirigir críticas severas, porém num tom menos duro, mostrando algum reconhecimento e adotando uma atitude de apoio. Esta situação, apesar de ser diferente dos restantes estádios 2 apresentados, remete para esse mesmo estágio, uma vez que a crítica persiste:

C (crítico): Eu reconheço que até te esforças, mas acho que és capaz de fazer muito mais.

T: O que é que ela pode fazer?

C: Pode-se esforçar mais nas coisas, pode não estar sempre à espera do reconhecimento dos outros e reconhecer-se mais a ela própria.”.

No final da sessão surgem estádios 4 que indicam uma resolução parcial, em que a cliente expressa as suas necessidades de forma mais persistente, adotando um tom de voz que se traduz mais numa atitude assertiva. A terapeuta introduz a noção de reconhecimento no diálogo, conduzindo Vera a estados de maior ativação e de expressão emocional:

(T: por isso eu mereço ser reconhecida.)

C: "Mereço ser reconhecida. Mereço ser respeitada.

T: Mereço ser respeitada.

C: Mereço um obrigada. Mereço fazer as coisas que eu gosto e que eu quero.

T: Mereço existir.

C: Mereço existir, mereço ser eu sem estar sempre a pensar nos outros, o que é que os outros querem, o que é que é melhor para os outros’.

### **Discussão**

O presente estudo apresenta como principal propósito realizar uma análise da evolução do trabalho de cadeira ao longo do processo terapêutico da cliente. Assim, nas sessões em que houve trabalho de cadeiras, a cliente apresentou uma evolução muito diversificada ao longo dos estádios, oscilando muito frequentemente entre os estádios 2, 3 e 4. Apesar de a evolução de estádios em teoria

não ser linear (Elliott, *et al.*, 2004; Elliott, 2012), esta inconstância apresentou-se como fruto da dificuldade de Vera em processar experiências dolorosas e emoções associadas. Vera mostrou sentir-se assoberbada por estas emoções muitas vezes durante a psicoterapia, conduzindo a tentativas de distanciamento das mesmas ou de embotamento emocional. Há, portanto, uma sob ativação nesses momentos, estando a cliente a evitar o sofrimento de processar as emoções negativas. Tudo isto funciona como um impedimento à resolução final das dificuldades trazidas à terapia. Elliott (2012) estabelece uma relação causal entre o embotamento emocional e/ou distanciamento da experiência emocional e a dificuldade de atingir a resolução completa.

A tarefa mais trabalhada foi o diálogo de cadeira vazia para assuntos inacabados, que se relaciona diretamente com a temática central do assunto inacabado com os seus pais. A outra temática trabalhada, a divisão interna, pode ser considerada igualmente central, pelo sofrimento causado. Contudo, Vera apresentou alguma dificuldade em diferenciar assuntos do passado, neste caso o conflito com os pais, e assuntos do presente, a divisão interna. Elliott e colaboradores (2004) mencionam que esta dificuldade é apresentada por alguns clientes e indicam que a resolução do conflito do passado poderá ajudar a resolver o conflito presente. Assim, o conflito de Vera com os pais torna-se mais central do que a sua divisão interna.

Um momento importante da terapia prende-se com os *insights* que ocorreram, especialmente num momento em que a cliente encontrava-se a realizar diálogo de duas cadeiras para autocrítica, assumindo a voz crítica, e lhe é perguntado de quem é aquela voz, à qual a cliente responde, a chorar, que é a voz da mãe. Isto conduziu a cliente a ter maior consciência desta voz e de onde ela vinha, fornecendo-lhe maior conhecimento sobre o seu estado emocional e tornando-a mais apta a atingir a resolução parcial (Elliott & Greenberg, 1997). Porém, apesar de Vera ter atingido o estágio 4 algumas vezes, estes momentos apresentam uma percentagem reduzida (tabela 4), pelo que muito provavelmente não são o suficiente para uma mudança sustentada.

Essa confusão relativa às vozes poderá facilitar a rápida mudança de uma tarefa para outra e de um estágio para outro. Tais alterações promovem os comportamentos de distanciamento da experiência emocional, uma vez que, alterando a temática para outra, a cliente estará a interromper o processo de elaboração sobre as suas experiências (Elliott, *et al.*, 2004). Este comportamento surgiu como um obstáculo à resolução completa, uma vez que, é possível que a cliente necessitasse de passar mais tempo em cada tarefa e estágio, para prosseguir para estádios representativos de maior resolução.

Ao longo das sessões, verificou-se um padrão muito recorrente: a cliente evolui de modo relativamente fácil e rápido (numa questão de poucos segundos) até ao nível 3 no trabalho de cadeiras, chegada ao nível 3, tanto na tarefa de duas cadeiras para autocrítica, como na tarefa de cadeira vazia para assuntos inacabados, Vera sente-se assoberbada por todas as emoções que estão a surgir (i.e. tristeza, medo, insegurança, sentimento de injustiça, de inutilidade e de desesperança), experienciando fortes reações emocionais. Na maior parte das vezes, Vera demonstra grandes dificuldades em gerir estas emoções e em evoluir para níveis de aprofundamento e processamento emocional superiores (como o 5 e o 6, que revelam alguma resolução). Vera apresenta desde logo dificuldades em aceder, tolerar e diferenciar as suas emoções, ações típicas do estágio 3, e continua no estágio 4 com algumas dificuldades em ser assertiva para com as suas necessidades e em expressá-las ao outro. Este padrão comportamental poderá estar relacionado com o facto de a cliente ter passado pouco tempo no estágio 4 e não ter conseguido atingir a resolução parcial de um modo sustentado.

Associado ao padrão identificado na cliente está a dificuldade em identificar estádios 4 que não estivessem envoltos em insegurança e medo. Por mais que Vera fosse capaz de, por vezes, afirmar “eu quero...” ou “eu mereço...”, estas afirmações foram sempre acompanhadas por um tom de voz inseguro, acompanhado de lágrimas, que não corresponde a uma posição de autoafirmação e de autorreconhecimento. Muitas vezes, quando Vera tinha a oportunidade de se impor e expressar as suas necessidades, fazia-o num tom de voz que igualava a um pedido e não a uma imposição.

A incapacidade da cliente para processar as suas experiências emocionais relaciona-se com a experiência prévia de abandono, de negligência e de se sentir incompreendida pelos seus pais. Greenberg (2010) indica que estas experiências negativas conduzem os clientes a perderem a sua capacidade de responder às suas emoções de forma adaptativa e de as processar.

Nos casos de depressão em geral e, no caso de Vera em particular, o trabalho com tarefas de cadeiras afigura-se de extrema importância e eficácia (Elliott, *et al.*, 2004; Greenberg, 2010). Ao longo das sessões, Vera foi ultrapassando algumas das suas dificuldades, persistindo nas temáticas que lhe causavam mais sofrimento, conseguindo demonstrar-se, por vezes, mais segura e consciente das suas necessidades, ao ponto de se autoafirmar em alguns momentos da psicoterapia. Estes momentos foram os mais importantes para o caso, uma vez que a cliente estava a mostrar progressos positivos, apesar de todo o medo, insegurança e dor.

A evolução de Vera nas tarefas de cadeiras vai ao encontro de muitos dos pontos encontrados na literatura, como se pode verificar através da discussão dos mesmos nesta secção, apesar de esta

não ter sido capaz de atingir os últimos estádios. É possível que Vera tivesse beneficiado de mais sessões psicoterapêuticas, em que pudesse estar envolvida mais tempo em trabalho de cadeiras.

### **Limitações e sugestões para estudos futuros**

A metodologia deste estudo nunca foi utilizada anteriormente, principalmente no que concerne ao sistema de codificação, pelo que não há forma de comparar os resultados obtidos neste caso. Para além disto, este estudo de caso termina deixando a ideia de que ainda muito ficou por explorar, porém não existe espaço suficiente para tal exploração.

Algo que poderia beneficiar os estudos futuros utilizando o CWCS (Lourenço, *et al.*, 2017) e as tarefas de cadeira seria realizar uma análise e posterior comparação de dois casos: um de sucesso e um de insucesso, recorrendo sempre à evolução da sintomatologia dos clientes e à evolução nas tarefas de cadeira. A aplicação deste sistema de codificação em estudos de foro mais quantitativo, recorrendo a vários casos, quer de insucesso, quer de sucesso, e com outras perturbações mentais, poderá enriquecer outros estudos.

## Referências

- 12 Division of the American Psychological Association (2017, 14 de novembro). Psychological Treatments – Depression. Retirado de <https://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/depression/>
- American Psychiatric Association. (2002). DSM-IV-TR: *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*, Lisboa: Climepsi.
- APA. (2016). American Psychological Association. Retirado de <http://www.div12.org/>
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Clarke, K. M., & Greenberg, L. S. (1986). Differential effects of the gestalt two-chair intervention and problem solving in resolving decisional conflict. *Journal of Counseling Psychology*, 33(1), 11-15. doi:10.1037/0022-0167.33.1.11
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry*, 17, 222-226.
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20, 37-46. doi: 10.1177/001316446002000104
- Elliott, R. (2012). Emotion-focused therapy. In P. Sanders (ED.), *The tribes of the person-centred nation* (103-130). Ross-on-Wye: PCCS.
- Elliott, R., & Greenberg, L. S. (1997). Multiple voices in process-experiential therapy: Dialogues between aspects of the self. *Journal of Psychotherapy Integration*, 7, 225-239.
- Elliott, R. K., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2004). Research on experiential psychotherapies. In M. J. Lambert, *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York: John Wiley & Sons Inc..
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N. & Greenberg, L. S. (2004). *Learning Emotion-focused Therapy: The process-experiential approach to change*. Washington: American Psychological Association.
- Elliott, R. & Greenberg, L. S. (2007). The essence of process- experiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 61(3), 241-254.
- Ellison, J., Greenberg, L., Goldman, R. & Angus, L. (2009). Maintenance of gains at follow-up in experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 103-112. doi:10.1037/a0014653

- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *SCID-II Personality Questionnaire*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, research version*. New York: Biometrics Research.
- G. Stricker, T. A. Widiger, & I. B. Weiner (Eds.). (2003). *Handbook of Psychology: Clinical Psychology*.  
Retirado de  
<https://books.google.pt/books?id=dVauuLKZar4C&pg=PA318&lpg=PA318&dq=two+chair+enactment+for+self-interruption&source=bl&ots=7s53t0jVpv&sig=WyyRZRi26LI2PLiJuMjQmaYFXb0&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwjm56KUtMjXAhUImbQKHfVqCfIQ6AEIJzAA#v=onepage&q&f=false>
- Greenberg, L. S. (1979). Resolving splits: Use the two chair technique. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *16*(3), 316-324.
- Greenberg, L. S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Greenberg, L. S. (2006). *Emotion-Focused Therapy for Depression. Series II - Specific treatments for specific populations*. APA video/DVD distributed by the American Psychological Association. Washington, D.C.. doi:10.1037/e504862006-001 URL:  
<http://www.apa.org/pubs/videos/4310798.aspx>
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A clinical synthesis. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, *8*(1), 32-42. doi:10.1176/foc.8.1.foc32
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating Emotional Change: The moment-by-moment process*. The Guildford Press, New York.
- Greenberg, L. S., & Foerster, F. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 439-446. doi:10.1037/0022-006X.64.3.439
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of Client-Centered relationship conditions and Process Experiential interventions. *Psychotherapy Research*, *8*, 210-224. doi:10.1093/ptr/8.2.210
- Greenberg, L. S., & Malcolm, W. (2002). Resolving unfinished business: Relating process to outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*, 406-416. doi:10.1037/0022-006X.70.2.406
- Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.

- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research, 16* (5), 537-549. doi:10.1080/10503300600589456
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19.
- Lambert, M.J., Morton, J.J., Hartfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R.C. e cols. (2004). Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire-45. Orem, UT: American Professional Credentialing Services.
- Lourenço, P., Mendes, I., & Salgado, J. (2017). *Chair Work Coding System*. Unpublished manual, School of Psychology, University of Minho, Braga, Portugal.
- Machado, P.P. & Fassnacht, D. (2014). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*, 1-11. doi:10.1111/papt.12048
- Oliveira-Brochado, F., Simões, M. R., & Paúl, C. (2014). Inventário de Depressão de Beck (BDI-II). In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica vol. II*, 187-209. Coimbra: Edições Almedina.
- Paivio, S. C., & Greenberg, L. S. (1995). Resolving “unfinished business”: Efficacy of experiential therapy using empty-chair dialogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(3), 419-425. doi: 10.1037/0022-006X.63.3.419
- Salgado, J. (2014). ISMAI depression project: Results of a comparative clinical trial of EFT and CBT. Paper Presented at 45th International Annual Meeting of Society for Psychotherapy Research, Copenhagen, Denmark.
- Seggar, L., Lambert, M. J., & Hansen, N. B. (2002). Assessing clinical significance: Application to the Beck Depression Inventory. *Behavior Therapy, 33*, 253-269.
- Shahar, B., Carlin, E. R., Engle, D. E., Hegde, J., Szepeswol, O., & Arkowitz, H. (2012). A pilot investigation of emotion-focused therapy two-chair dialogue intervention for self-criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 19*(6), 496-507. doi: 10.1002/cpp.762
- Shrout, P. E., & Fleiss, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin, 86*(2), 420-428.
- Sicoli, L. A., & Hallberg, E. T. (1998). An analysis of client performance in the two-chair method. *Canadian Journal of Counselling, 32*(2), 151-162.

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

Doi:10.2466/pr0.2001.88.3c.1075

Stiles, W. B. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*, 1-21.

Tinsley, H. E., & Weiss, D. J. (1975). Interrater reliability and agreement of subjective judgments.

*Journal of Counseling Psychology, 22(4)*, 358-376. doi: 10.1037/h0076640

Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of Process-Experiential with Cognitive-Behavioral Psychotherapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71(4)*, 773-781.

doi:10.1037/0022-006X.71.4.773