



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Helena Cristina Freitas Ventura

**Processos Narrativos de Mudança na Terapia
Centrada no Cliente**

junho de 2016



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Helena Cristina Freitas Ventura

**Processos Narrativos de Mudança na Terapia
Centrada no Cliente**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob a orientação do
Doutor António Ribeiro
e coorientação do
Professor Doutor Miguel Gonçalves

junho de 2016

DECLARAÇÃO

Nome: Helena Cristina Freitas Ventura

Endereço eletrónico: a75764@alunos.uminho.pt

Número do Cartão de Cidadão: 14258968

Título da dissertação: Processos Narrativos de Mudança na Terapia Centrada no Cliente

Orientador: Doutor António Ribeiro

Coorientador: Professor Doutor Miguel Gonçalves

Ano de conclusão: 2016

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, 14/06/2016

Assinatura: _____

Índice

Agradecimentos.....	v
Resumo.....	vi
Abstract	vii
Introdução.....	8
Momentos de Inovação em Psicoterapia	8
Momentos de Inovação de Reconceptualização	10
Estudos Realizados	12
Objetivos.....	13
Metodologia	14
Amostra/Participantes.....	14
Instrumentos/Medidas	14
Procedimento	15
Estratégia de Análise de Dados	16
Resultados	17
Discussão.....	20
Limitações e Sugestões para Estudos Futuros	24
Referências	25

Índice de Figuras

Figura 1.....	16
Figura 2.....	16
Figura 3.....	17
Figura 4.....	18

Índice de Tabelas

Tabela 1.....	7
Tabela 2.....	13

Agradecimentos

Ao Doutor António Ribeiro, por me guiar ao longo do trabalho desenvolvido neste ano e meio, por me esclarecer nos momentos de dúvida e pela orientação que me dedicou ao longo da realização da presente dissertação.

Ao Prof^o Doutor Miguel Gonçalves, pelo seu profissionalismo acompanhado de boa disposição, pelo seu exemplo e pela sua dedicação à investigação científica e ao ensino, que permite aos seus alunos e orientandos uma experiência de aprendizagem enriquecedora.

À Prof^a Inês Sousa, pela sua disponibilidade e preciosa ajuda na análise dos dados, que permitiu concretizar o objetivo da presente dissertação.

À equipa dos MIs, por me acolherem, pelo vosso espírito de equipa, de trabalho recheado de bom humor, foi uma honra ter sido uma júnior nesta família. Em especial agradeço ao Pablo, pela sua dedicação como supervisor de treino de codificação e intercodificador da amostra do presente estudo, e, por me ajudar na integração nesta equipa de investigação.

Aos meus colegas de curso e amigos, Diogo, Mariana, Dorisse, Ana e Cláudia, por me acompanharem nesta caminhada, na Madeira e cá em Braga, e por partilharmos as nossas incertezas e receios, mas também as nossas alegrias e sucessos. Às minhas colegas de casa, à Xana por me ter ajudado na adaptação a Braga e à UM, e à Rita e à Laura, por partilharem comigo, de forma mais próxima, a última etapa desta fase.

À Daniela, a minha irmã do coração, pelas nossas cumplicidades, pelas lutas que travamos, por seres a melhor amiga que eu poderia alguma vez desejar ou sonhar.

À minha família, pelo berço em que fui educada, pelos valores transmitidos e pela confiança que depositam em mim, em particular ao meu pai por me mostrar e que as coisas simples também são importantes na vida, e à minha mãe por me ter mostrado de perto, com o seu exemplo, o seu espírito inesgotável de força e garra e por me ter educado com o maior amor do mundo. Aos meus irmãos, Mary, Maurício, Lino e Cláudio, pelos modelos de perseverança e carinho que sempre demonstraram, por me ajudarem a crescer, palavras não conseguem explicar o quão felizarda me sinto por ser a vossa “menina”.

E por fim, mas não menos importante, a ti, Nuno, pelo teu apoio e amor incondicional, por seres o meu cúmplice nesta longa caminhada que é a vida.

A todos vós, um muito obrigada!

Processos Narrativos de Mudança na Terapia Centrada no Cliente

Resumo

Esta dissertação visa compreender a relação existente entre a mudança sintomatológica e processos narrativos de mudança, especificamente um Momento de Inovação intitulado de Reconceptualização. Este Momento de Inovação tem como componentes o *Contraste do Self* e o *Processo de Transformação do Self*. Deste modo, procurou verificar-se se a Reconceptualização se encontra mais associada à melhoria sintomatológica, do que os seus componentes quando presentes em outros Momentos de Inovação isoladamente. Para este efeito foi utilizada uma amostra composta por seis casos, com diagnóstico de depressão *major*, acompanhados em Terapia Centrada no Cliente. De modo a codificar a Reconceptualização e os seus componentes, foi utilizado o Sistema de Codificação de Momentos de Inovação. Os dados obtidos foram analisados através do *generalized linear model* que mostrou existir uma relação estatisticamente significativa entre a mudança sintomatológica e a ocorrência da Reconceptualização, não se verificando o mesmo no que concerne ao *Contraste do Self* e o *Processo de Transformação do Self*, quando presentes em outros Momentos de Inovação isoladamente. Assim, os resultados obtidos corroboram dados anteriormente obtidos em outros estudos, que reforçam o papel que a Reconceptualização parece desempenhar no processo de mudança terapêutica.

Palavras-chave: Reconceptualização; *Contraste do Self*; *Processo de Transformação do Self*; Momentos de Inovação; Terapia Centrada no Cliente.

Narrative Change Processes in Client-Centered Therapy

Abstract

Our aim was to study the relation between symptomatic change, and narrative processes of change, specifically, an Innovative Moment entitled Reconceptualization. This Innovative Moment has two components, the *Contrasting Self* and *Self-Transformation Process*. Along these lines, we have tested if Reconceptualization was more associated with symptomatic improvement than its components separately, when in the context of other Innovative Moments' types. For this purpose, was analyzed a sample of six cases, diagnosed with major depression diagnosis, followed in Client-Centered Therapy. In order to track Reconceptualization and its components, we used the Innovative Moments Coding System, and afterwards, the data was analyzed using a *generalized linear model*. Through the performed analysis it was possible to identify a statistically significant relation between symptomatic change and the occurrence of Reconceptualization, but not with the emergence of Contrasting Self and the Self-Transformation Process, separately, when in the context of other Innovative Moments' types. Therefore, the results support the data previously gathered in other studies, reinforcing the role that Reconceptualization appears to have in the process of therapeutic change.

Keywords: Reconceptualization; Contrasting Self; Self-Transformation Process; Innovative Moments; Client-Centered Therapy.

Introdução

A perspectiva narrativa enfatiza que os indivíduos atribuem significados às suas experiências de vida através da construção de autonarrativas acerca de si próprios e dos outros (Angus & McLeod, 2004), que facilitam a conexão e a organização das experiências (McAdams, 2001; Sarbin, 1986). As autonarrativas funcionam, assim, como um conjunto de normas implícitas que operam como estruturas ou esquemas cognitivo-afetivo-comportamentais (Neimeyer, 2004). Estas estruturas permitem a auto-organização e estabilidade do indivíduo (Polkinghorne, 2004).

As autonarrativas são construções psicossociais, na medida em que são co-construídas pelo indivíduo e pelo contexto social envolvente, refletindo as normas e os valores culturais (McAdams, 2001), mas também o resultado de ações dinâmicas e recíprocas entre as diferentes posições organizadoras do *self* – ou *vozes* -, num determinado momento, que dão vida a diálogos internos (Gonçalves & Ribeiro, 2011).

Na medida em que as autonarrativas determinam a inclusão/exclusão das experiências na história do indivíduo, bem como a importância a atribuir a cada experiência (Polkinghorne, 2004; Gonçalves & Stiles, 2011), estas poderão tornar-se disfuncionais e problemáticas, quando excluem episódios importantes da vida do indivíduo (Dimaggio, 2006). A formação de autonarrativas problemáticas e disfuncionais poderá originar sofrimento psicológico (Dimaggio, 2006; Sarbin, 1986; White & Epston, 1990).

Do ponto de vista dialógico, as autonarrativas problemáticas caracterizam-se pela dominância de uma “voz” ou conjunto de “vozes” que suprime as restantes (Gonçalves & Ribeiro, 2011). No entanto, apesar de suprimidas, as restantes “vozes” nunca são excluídas (Hermans & Dimaggio, 2004), e poderão conseguir expressar-se, nomeadamente no decorrer de um processo psicoterapêutico bem-sucedido.

Momentos de Inovação em Psicoterapia

O processo psicoterapêutico bem-sucedido permite a redução sintomática, o bem-estar dos indivíduos, mas também uma transformação dos significados pessoais, e a emergência de uma nova compreensão acerca de si mesmo ou de uma autonarrativa alternativa (Angus, 2012; Boritz, 2012; Gonçalves & Stiles, 2011). Quando o cliente inicia a psicoterapia está sob a influência de um padrão disfuncional que é responsável pelo sofrimento e dificuldade de adoção de novos comportamentos, sentimentos e pensamentos. As problemáticas apresentadas pelo cliente apelidam-se de autonarrativas problemáticas, enquanto que os novos

significados que emergem no contexto da conversação terapêutica denominam-se Momentos de Inovação (MIs) e têm a sua origem no conceito *unique outcome*, definido como uma experiência fora da influência da autonarrativa problemática (White & Epston, 1990). O terapeuta poderá facilitar a exploração de autonarrativas problemáticas, de forma a confrontar e a explorar experiências dolorosas para promover a emergência de novos significados (Boritz, Bryntwick, Angus, Greenberg, & Constantino, 2014).

Os MIs podem ser identificados em vários tipos de modalidades terapêuticas através do Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos, & Santos, 2011). O SCMI permite identificar cinco tipos de MIs: (1) Ação; (2) Reflexão; (3) Protesto; (4) Reconceptualização; e (5) Desempenho da Mudança (Tabela 1; Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009).

Tabela 1.

Caraterização dos Momentos de Inovação.

Ação	Ações ou comportamentos específicos para lidar com obstáculos, exploração de soluções para resolver o problema e implementação de estratégias para ultrapassar o problema.
Reflexão	Pensamentos que indicam o entendimento de algo novo face à narrativa problemática, contudo poderão ser do Tipo I quando a inovação se centra em distanciar-se do problema, ou do Tipo II quando se concentra na probabilidade de mudança.
Protesto	Momentos de crítica ou de confronto com outros ou com outras versões do <i>self</i> que sustentam o problema (Tipo I) ou a partir do surgimento de novas posições (Tipo II).
Reconceptualização	Descrição do processo de mudança, a nível metacognitivo, ao identificar um contraste entre o passado e o presente (Contraste do <i>Self</i>), bem como entendimento da mudança

	e do processo subjacente (Processo de Transformação do <i>Self</i>).
Desempenho de Mudança	Este MI faz referência a novos objetivos, experiências, atividades ou projetos, anteriormente impossibilitados pela autonarrativa problemática, contudo surgem como consequência da mudança.

Nota. Adaptado de Gonçalves, Matos, & Santos (2009)

Os MIs tendem a emergir de forma diferenciada ao longo da terapia. Na fase inicial, os primeiros MIs a emergir são os de Ação, Reflexão e Protesto, que indiciam as novas formas de agir, pensar e sentir que estão a surgir na vida do indivíduo. Contudo a emergência de apenas estes MIs não são suficientes para o progresso e a sustentação de uma autonarrativa alternativa (Gonçalves et al., 2010; Matos et al., 2009). A Reconceptualização parece ser um fator chave no processo de mudança (Gonçalves et al., 2012), dado que nos casos de sucesso terapêutico existem mais MIs de Reconceptualização (e, em algumas amostras, também os MIs de Desempenho de Mudança) contrariamente aos casos de insucesso em que estes MIs se encontram com uma proporção muito reduzida ou mesmo ausentes (Gonçalves & Silva, 2014). Apesar de estes serem quase inexistentes no início da terapia, verifica-se um progresso crescente a partir da fase intermédia da terapia (Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg, Sousa, & Gonçalves, 2010).

Momentos de Inovação de Reconceptualização

A Reconceptualização (RC) pode ser definida como um MI que descreve o processo de mudança, a nível metacognitivo, bem como o entendimento da mudança e do processo subjacente. Assim, este MI é constituído por dois componentes: o Contraste do *Self* (CS) – descreve uma mudança pessoal, reflete o que mudou no *self* e faz referência a um contraste temporal entre a posição do passado problemática e a posição do presente mais adaptativa do *self*; e o Processo de Transformação do *Self* (PTS) – refere-se a momentos de auto-observação onde o cliente atribui significado ao como/porquê do processo de mudança (Férrandez-Navarro, Ribeiro, & Gonçalves, 2014). Estes mesmos componentes poderão estar presentes em outros MIs isoladamente. A RC permite, ainda, a reconstrução de significados, particularmente focados na mudança e não no problema, e a criação de ligações entre acontecimentos passados e atuais.

A capacidade em reconceptualizar que este MI permite durante o processo terapêutico, possibilita ao cliente perceber-se fora da influência da autonarrativa problemática, e, também, entender os processos envolvidos na mudança (Gonçalves & Ribeiro, 2012).

De uma perspectiva dialógica, a RC contém três posições do *self*: a posição do *self* passado, a posição do *self* presente (novo) e uma posição observadora que faz a conjugação entre as duas posições anteriores (Gonçalves & Silva, 2014). Nesta concepção, o conceito de reconceptualização é muito similar ao conceito e funções das meta-posições (Hermans, 2003).

De acordo com Gonçalves e Ribeiro (2012), na RC as funções dialógicas presentes nas meta-posições são claras. A função unificadora está presente na integração temporal do passado e do presente que dá significado à transição; a função executiva demonstra-se através da preferência e da prioridade ao *self* presente; enquanto que a função libertadora assenta no rompimento com os padrões habituais disfuncionais e as autonarrativas problemáticas. Para além destas funções, foi adicionada uma quarta função: a desenvolvimental – esta facilita a conexão entre autonarrativas problemáticas anteriores e a emergência de autonarrativas alternativas, privilegiando estas últimas, contudo, permitindo a integração das autonarrativas anteriores nos novos padrões.

Gonçalves & Ribeiro (2012) hipotetizam que o papel desenvolvimental da RC possa ser demonstrado através de quatro funções principais: (1) Permite a organização dos acontecimentos ao fornecer uma estrutura narrativa para o processo de mudança, em que uma autonarrativa do passado contrasta com a autonarrativa alternativa emergente, ou seja permite uma integração temporal; (2) Facilita a continuidade ao longo do processo de transição, pois este MI contém, implicitamente, a posição do *self* no passado, a posição do *self* presente e uma posição conectora entre estas duas posições; (3) Permite a identificação progressiva com a nova autonarrativa emergente, ao experimentar a mudança através do processo de repetição, permitindo a familiarização crescente com a sua nova autonarrativa; e (4) Facilita a resolução da ambivalência face ao processo de mudança terapêutica, visto que a RC contém duas posições do *self*, e, através da posição conectora, põe em diálogo estas mesmas “vozes”. As “vozes” da posição do *self* passado poderão estar sob a influência de autonarrativas problemáticas e conseqüente serem resistentes ao processo terapêutico de mudança. O diálogo que a RC permite realizar entre a posição do *self* passado e a nova posição do *self* presente poderá fomentar a transformação e emergência de novos significados (Gonçalves & Ribeiro, 2012; Gonçalves et al., 2012; Gonçalves et al., 2011; Gonçalves & Silva, 2014). A RC parece assim, ser facilitadora do processo de mudança (Gonçalves & Silva, 2014).

Estudos Realizados

Os MIs são passíveis de serem identificados em várias modalidades terapêuticas, dado que o processo de mudança, nas diferentes psicoterapias, parece ter em comum a mudança no processo de atribuição de significados, e, nas formas de pensar, agir e sentir, mais adaptativas e menos causadoras de sofrimento. Os MIs já foram estudados em várias psicoterapias, tais como, a Terapia Narrativa (Matos et al., 2009), Terapia Focada nas Emoções (Mendes et al., 2010), Terapia Construtivista do Luto (Alves, Fernández-Navarro, Baptista, Sousa, Ribeiro, & Gonçalves, 2014), Terapia Cognitiva-Comportamental (Gonçalves, Silva, Ribeiro, Batista, & Sousa, 2015), e a Terapia Centrada no Cliente (TCC; Gonçalves et al., 2012). Desta forma, os MIs têm sido estudados em amostras com diferentes problemáticas, tais como, a violência doméstica (Matos et al., 2009), perturbação depressiva *major* (Mendes et al., 2010; Gonçalves et al., 2012) e luto complicado (Alves et al., 2014).

Particularmente, em dois estudos realizados com uma amostra composta por vítimas de violência doméstica acompanhada em Terapia Narrativa (Matos et al. 2009) e com uma amostra de clientes com perturbação depressiva *major* seguida em Terapia Focada nas Emoções (Mendes et al., 2010), foi verificada uma maior proporção de RC e do MI de Desempenho de Mudança em casos de sucesso. Este último estudo aponta, também, para uma maior proporção de MIs de Reflexão, Reconceptualização e Desempenho de Mudança numa sessão prediz a redução sintomática na sessão seguinte, contrariamente ao que acontece quando o indivíduo exibe uma menor proporção destes MIs, em que a sintomatologia tem tendência a aumentar na próxima sessão. No entanto, num estudo realizado com uma amostra acompanhada em Terapia Cognitiva-Comportamental, não foram verificadas diferenças estatisticamente significativas no que concerne à RC na discriminação de casos de sucesso e de insucesso (Gonçalves, Silva et al., 2015).

Num estudo realizado por Gonçalves e colaboradores (2012) foi possível perceber algumas diferenças para a TCC em relação à Terapia Focada nas Emoções: o padrão de emergência dos MIs de Ação, Protesto e Reflexão ao longo da terapia revelou ser diferente para casos de sucesso e casos de insucesso a proporção de momentos de inovação é muito baixa quando comparada com uma amostra de Terapia Focada nas Emoções; e não existe associação entre o MI de Desempenho de Mudança e a melhoria da sintomatologia (Gonçalves et al., 2012). Estas diferenças podem justificar-se pelo processo de mudança em TCC ser alcançado através da construção de inovações mais centradas no significado e menos na ação, ou seja, pode ocorrer uma mudança significativa sem momentos de inovação de desempenho da mudança (Mendes et al., 2010).

Recentemente, num estudo elaborado por Fernández-Navarro e colaboradores (2016) em que foram comparados 34 casos acompanhados em Terapia Narrativa e 29 casos em Terapia Cognitiva-Comportamental, foi percebida uma relação estatisticamente significativa entre a redução da sintomatologia e a RC, contrariamente ao CS e PTS quando presentes em outros MIs. Os mesmos autores sugerem que a RC fornece uma estrutura narrativa, ao ter como constituintes o CS e o PTS, o que parece auxiliar na melhoria sintomática. É também hipotetizado que o CS e o PTS parecem consolidar a emergência de uma nova autonarrativa e serem precursores da RC, no entanto ainda não existem dados empíricos suficientes para confirmar a hipótese referida anteriormente (Fernández-Navarro et al, 2016).

De uma forma geral, os estudos referem que a Reconceptualização e o Desempenho de Mudança estão particularmente associados a mudanças terapêuticas significativas (Gonçalves, Ribeiro et al., 2015).

Objetivos

O presente estudo tem como objetivo perceber a emergência da RC, e de que forma esta se relaciona com a possível mudança sintomática experienciada pelo paciente. Deste modo, pretende-se estudar as relações existentes entre a RC, os seus componentes (CS e PTS) e a mudança sintomática, numa amostra de TCC. Através desta análise irá ser possível, explorar a hipótese de Fernández-Navarro e colaboradores (2016), em como a RC parece estar mais intimamente associada à mudança sintomática, do que o CS e o PTS, quando os mesmos se encontram de forma isolada em outros MIs. As características da TCC, nomeadamente a adoção de uma abordagem não-diretiva, despertam também a curiosidade científica, visto que poderão ter influência na emergência de MIs, nomeadamente da RC, que parece apresentar um papel facilitador no processo de mudança, tornando-se relevante perceber como a mudança sintomática nesta terapia relaciona-se com a emergência da RC, e dos componentes, CS e PTS.

Assim, neste estudo pretende-se responder à seguinte questão de investigação: Existe relação entre a mudança sintomática (pré e pós *Beck Depression Inventory*) e a ocorrência da Reconceptualização, ou dos seus componentes (CS e PTS) quando presentes em outros MIs?.

Metodologia

Amostra/Participantes

A amostra aqui apresentada integrou o estudo *York I Depression* para tratamento do diagnóstico da depressão *major* (Greenberg, Rice, & Elliott, 1993). Os participantes do estudo original foram distribuídos aleatoriamente em dois grupos de igual número – 17, sendo que um dos grupos foi sujeito à TCC. Seis elementos deste constituem a amostra do presente estudo, composta por 5 mulheres e 1 homem com idades compreendidas entre os 29 e os 58 anos (Gonçalves et al., 2012). Estes casos foram orientados por seis terapeutas que receberam 24 semanas de treino, e sessões de supervisão semanais no decorrer dos processos terapêuticos. A TCC presente no estudo foi conduzida de acordo com o *Manual for Client Centered Therapy* (Greenberg, Rice & Watson, 1994) para complementar a terapia de Rogers (1951, citado por Gonçalves et al., 2012). A Terapia Centrada no Cliente é caracterizada pela contínua posição não-diretiva do terapeuta, a aceitação positiva incondicional, a compreensão empática do terapeuta face ao cliente e a continuidade e congruência destas mesmas atitudes terapêuticas ao longo da psicoterapia. Tendo por base os pressupostos rogerianos, a ênfase é colocada no caráter transformador que a relação terapêutica parece possuir, ao permitir o crescimento individual e o processo de atualização do *self*. Tendo por base este pressuposto, o processo de mudança terapêutico, é assim, indissociável das atitudes terapêuticas em relação ao cliente (Cruz & Gonçalves, 2011).

Dos seis casos presentes neste estudo, três foram identificados como sucesso e os outros três como insucesso. Esta delimitação foi realizada através de uma combinação entre a aplicação do *Beck Depression Inventory* (BDI) pré e pós-terapia, relatórios dos terapeutas e informação do supervisor no decurso da terapia.

Instrumentos/Medidas

***Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Steer & Gabin, 1988)**

O BDI é um inventário de autorrelato que permite a avaliação da intensidade dos sintomas depressivos. É formado por 21 itens. Cada item é constituído por afirmações ordenadas segundo a severidade do sintoma. Perante esses itens, o sujeito deverá escolher a afirmação que se encontra mais próxima do seu estado atual, nomeadamente nas duas últimas semanas. Os itens são classificados através de uma escala de *Likert* de 0 (ausência do sintoma ou não manifestação da atitude) a 3 pontos (presença mais acentuada do sintoma ou manifestação mais extrema da atitude), dando origem a uma pontuação total que varia entre os

0 e os 63 pontos. Este instrumento permite a categorização através de pontes de corte para a depressão ligeira, moderada e grave. O BDI apresenta, também, um bom valor de consistência interna, sendo que, $\alpha=.86$, para as populações clínicas e, $\alpha=.81$, para populações não clínicas (Beck, Steer, & Gabin, 1988).

Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves et al., 2011)

O SCMI é um sistema de análise qualitativa que permite a identificação dos MIs. Este sistema também permite identificar a proporção de cada MI. A proporção é calculada através da percentagem de palavras codificadas para cada MI, face ao total de palavras de cada sessão transcrita. Este sistema provou ser fidedigno ao ter sido obtida uma percentagem de acordo entre juízes de 89,2%, sendo que foi verificado um Kappa de Cohen de .91 (Gonçalves et al., 2011).

A análise do processo de mudança envolveu a codificação destes seis casos segundo o SCMI. Este sistema também permite, assim, estudar pormenorizadamente os componentes pertencentes à RC, o CS e o PTS.

Procedimento

A melhoria sintomática foi medida através da aplicação do BDI pré e pós terapia. Os resultados e a melhoria verificada no BDI estão presentes na Tabela 2.

Tabela 2.

Resultados do BDI

Caso	BDI Pré Teste	BDI Pós Teste	Melhoria no BDI
Caso 1	24	7	17
Caso 2	21	12	9
Caso 3	31	5	26
Caso 4	19	19	0
Caso 5	13	9	4
Caso 6	27	16	11

Nota. Adaptado de Gonçalves e colaboradores (2012)

Os MIs e as componentes da RC das sessões dos casos da presente amostra foram codificados segundo o SCMI, contudo os MIs já se encontravam anteriormente codificados. A

esta codificação precedeu um treino com os autores do manual do SCMI. O treino consistiu na leitura do manual, na codificação de diferentes excertos de sessões transcritas, e na discussão de dúvidas e dos desacordos quanto à codificação até ser estabelecido um consenso calculado através da percentagem de acordo entre juízes e do Kappa de Cohen. Após o treino, foram codificados os MIs da presente amostra. Primeiramente esta codificação iniciou-se através da definição das problemáticas de cada cliente através de dois codificadores. Em seguida foram delimitados e identificados cada tipo de MI. O acordo entre juízes face à codificação dos MIs foi calculado através da proporção que ambos os juízes identificaram como MI, a dividir pelo total de proporção que foi identificada isoladamente por cada juiz. Após o cálculo do acordo, os juízes identificam de forma independente os tipos de MIs que se encontravam na proporção acordada por ambos. No que concerne ao Kappa de Cohen, este é também uma medida de concordância entre juízes, obtida através da diferença entre a concordância esperada (ao acaso) e a observada entre ambos os juízes. Para esta amostra verificou-se uma percentagem de acordo entre juízes de 86% e um Kappa de Cohen de .97 (Gonçalves et al., 2012). Deste modo, esta anterior codificação foi revista de forma a também serem identificados o CS e o PTS. Para o efeito, foi realizado um treino para a codificação particular da RC e dos seus componentes composto pelas seguintes etapas: (1) Revisão da literatura acerca da RC, leitura de um manual acerca da codificação da RC e dos seus componentes, leitura de uma sessão de terapia já codificada para os juízes se familiarizarem com as assunções teóricas e procedimentos do sistema; (2) Codificação parcial dos componentes da RC numa sessão que já possui os MIs identificados e os componentes da reconceptualização delimitados, sendo o objetivo a distinção entre CS e PTS; (3) Codificação completa numa sessão com os MIs também identificados, onde o objetivo é identificar a presença ou ausência dos componentes da RC nos MIs, e a distinção entre componentes. Durante o processo de codificação foram agendadas reuniões com o supervisor de treino de modo a esclarecer dúvidas e a calcular o acordo entre juízes referente ao tipo e à proporção de cada componente da RC. Numa fase posterior ao treino foi codificada a amostra deste estudo por dois júris independentes, sem conhecimento acerca do *outcome* do caso, tendo sido verificado um Kappa de Cohen de .84 para esta amostra.

Estratégia de Análise de Dados

Para analisar os dados do presente estudo foi usado o *Generalized Linear Model* (GLM) similar à análise de regressão, mas adequado para fenómenos que não seguem a distribuição normal, como se verifica nos dados obtidos nesta amostra. O GLM também

permite obter uma perspectiva longitudinal do fenómeno estudado ao perceber o desenvolvimento do mesmo ao longo do processo terapêutico (McCullagh & Nelder, 1992). Deste modo a variável explicativa são os resultados do BDI e as variáveis resposta são a RC, CS e o PTS.

Resultados

Questão de Investigação: Existe relação entre a mudança sintomática e a ocorrência da RC e dos seus componentes (CS e PTS)?

Para analisar esta questão foi utilizado um GLM. O GLM permitiu realizar uma regressão longitudinal da probabilidade de ocorrência da relação, possível pela função “logit link” (permite a obtenção de resultados que variam entre 0 e 1; McCullagh & Nelder, 1992) entre o total do BDI, pré e pós terapia - variável explicativa - e a ocorrência da RC, do CS e PTS como variáveis resposta. Realizaram-se assim três modelos semelhantes: um tendo como variável resposta a RC, outro o CS, e outro o PTS.

No que concerne à relação entre a mudança sintomática e a proporção da RC, foi possível perceber que existe uma relação estatisticamente significativa $Z = 2.25$, $p = .0247$, $R^2 = 79.44$, sendo que uma maior mudança sintomática está relacionada com uma probabilidade de ocorrência da RC. Na figura 1 é possível perceber a probabilidade de ocorrência da RC (eixo y) ao longo das sessões (eixo x), e a mudança sintomática, revelada pelos resultados do BDI pré e pós terapia, está ilustrada pelo gradiente da tonalidade cinzenta. Deste modo, quanto mais escuras as linhas representadas no gráfico, mais mudança sintomática ocorreu.

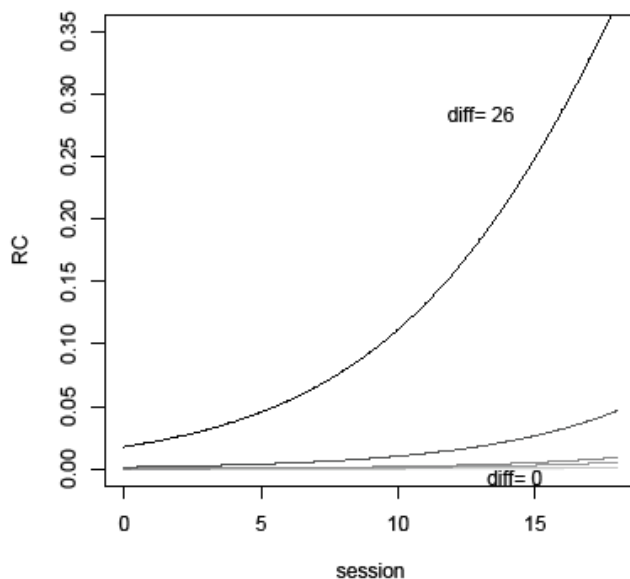


Figura 1. Probabilidade de Ocorrência da RC ao longo das sessões. O gradiente da tonalidade cinzenta representa a mudança sintomática, sendo que quanto mais escura a cor da linha, mais mudança sintomática ocorreu.

A relação entre a mudança sintomática e a proporção do CS não é estatisticamente significativa $Z = 1.72$, $p = .0855$, como é possível observar na Figura 2, em que o eixo y representa a probabilidade de ocorrência do CS, e o eixo x as sessões.

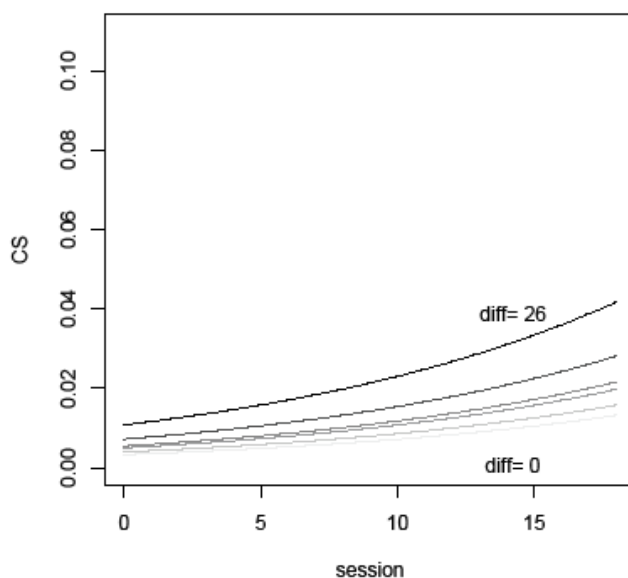


Figura 2. Probabilidade de Ocorrência do CS ao longo das sessões. O gradiente da tonalidade cinzenta representa a mudança sintomática, sendo que quanto mais escura a cor da linha, mais mudança sintomática ocorreu.

No que diz respeito ao PTS, a probabilidade de ocorrência do mesmo não possui uma relação estatisticamente significativa com a mudança sintomática $Z = 1.002$, $p = .317$, tal como está ilustrado na Figura 3, onde a probabilidade da ocorrência do PTS é representada no eixo y e as sessões no eixo x.

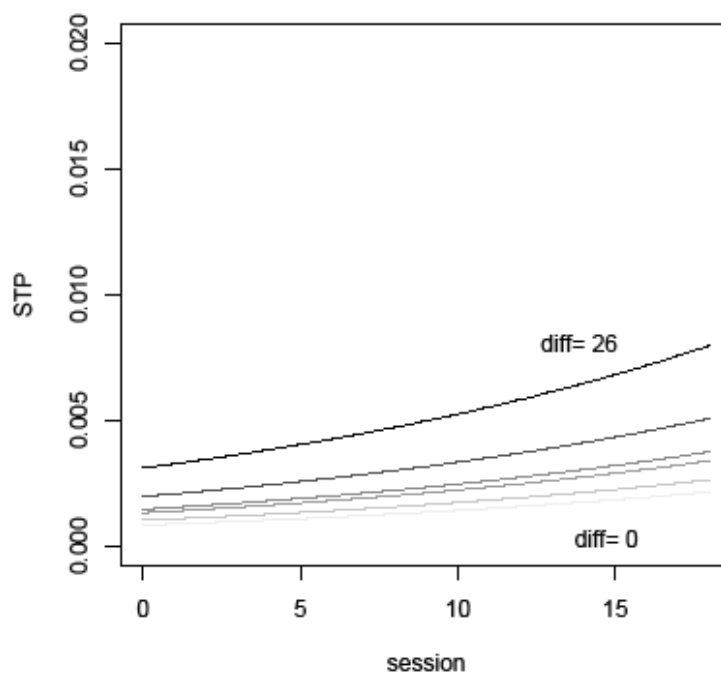


Figura 3. Probabilidade de Ocorrência do PTS ao longo das sessões. O gradiente da tonalidade cinzenta representa a mudança sintomática, sendo que quanto mais escura a cor da linha, mais mudança sintomática ocorreu.

De acordo com os dados obtidos, em que foi verificada apenas uma relação estatisticamente significativa entre a mudança sintomática e a RC, e de modo a perceber de que forma estão distribuídos os componentes da Reconceptualização, foi realizado um gráfico com a proporção da RC, do CS e do PTS ao longo das sessões (Figura 4). É possível perceber que, na extensão do processo terapêutico, os componentes da RC encontram-se presentes ao longo das sessões, mesmo que por vezes de forma mais reduzida ou mesmo ausente em algumas sessões.

No que concerne à proporção da RC, a mesma encontra-se quase ausente nas primeiras sessões, contudo sofre um crescimento gradual a partir da 4ª sessão até ao fim da terapia, caracterizado por um aumento exponencial na 7ª, 13ª e 16ª sessões.

Em relação à proporção do CS, é possível perceber que se mantém relativamente constante ao longo das sessões, no entanto demonstra algumas flutuações, a enfatizar a sua ausência na 8ª sessão, e o aumento repentino na 16ª sessão. De uma forma geral, a proporção do CS, quando presente em outros MIs, parece acompanhar a proporção da RC, contudo na 7ª sessão o CS regista um decréscimo, enquanto que a RC sofre um aumento. É, também, de realçar a 10ª sessão em que a RC se encontra ausente, e é percebido um aumento no CS.

Relativamente ao PTS, é percebida uma menor proporção do mesmo ao longo das sessões, comparativamente à RC e ao CS, no entanto destaca-se dois períodos em que existe um aumento da proporção: a partir da 3ª sessão à 6ª sessão, e da 17ª sessão. De uma forma geral, a proporção do PTS mantém-se constante ao longo das sessões.

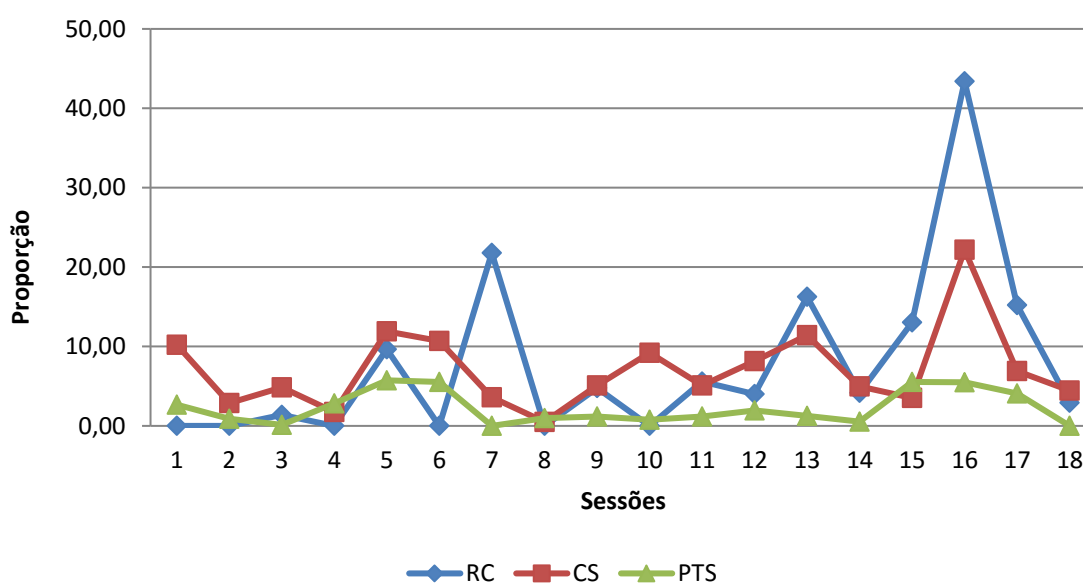


Figura 4. Gráfico da distribuição da proporção da RC, CS e PTS ao longo das sessões.

Discussão

Este estudo teve como objetivo analisar as relações existentes entre a mudança sintomática e a Reconceptualização, o Contraste do *Self* e Processo de Transformação do *Self*, tendo-se verificado que a RC se encontra mais associada à melhoria sintomatológica, do que os seus componentes separadamente, quando presentes em outros tipos de MI.

Através da análise efetuada foi possível verificar uma relação estatisticamente significativa entre a mudança sintomática e a ocorrência da RC. A mudança sintomática explica a variância da probabilidade de ocorrência da RC em cerca de 79,44%. No entanto, no presente estudo não foram encontradas relações estatisticamente significativas entre o CS, ou

o PTS e a mudança sintomática. Este dado obtido vai ao encontro do estudo efetuado por Fernández-Navarro e colaboradores (2016), no qual foi verificado que a RC parece estar mais relacionada com a redução da sintomatologia, comparativamente com o CS e o PTS.

Consequentemente, os mesmos autores hipotetizam que a RC poderá promover uma estrutura narrativa, ao ter como constituintes o CS e o PTS, permitindo assim a continuação do *Self* na sua adaptação à nova autonarrativa emergente (Gonçalves & Ribeiro, 2012; Gonçalves et al., 2012; Gonçalves et al., 2011; Gonçalves & Silva, 2014).

No que concerne à distribuição da RC, CS e PTS ao longo do processo terapêutico, foi possível observar no gráfico correspondente (Figura 4) que a proporção da RC atinge valores mais elevados relativamente ao CS e PTS. No entanto, o CS mantém valores constantes mais elevados ao longo da terapia comparativamente ao PTS. Tal como fora hipotetizado por Fernández e colaboradores (2016) o CS e PTS poderão ser percursos de uma estrutura narrativa mais complexa, como a RC, que contém estes mesmos componentes. Numa perspetiva holística, a relação do CS e PTS presentes na RC permite alcançar uma maior compreensão no sistema de reconstrução de significados, contrariamente ao analisar os componentes isoladamente. Considerando esta vertente holística, que estuda os fenómenos no seu todo, a relação entre os componentes da RC parece possuir propriedades em conjunto que fazem emergir e fortificar a estrutura e características da RC, em que isoladamente não permitem a mesma estrutura narrativa, fazendo da RC “um todo maior que a soma das partes”.

Considerando a estrutura da RC e os estudos já realizados, este MI parece ter um papel importante na mudança terapêutica, possivelmente ao permitir um contraste narrativo entre a autonarrativa problemática e um novo padrão de funcionamento no decorrer do processo de mudança, consolidando a anterior emergência de MIs. Analogamente com outros MIs, a RC assemelha-se mais a uma narrativa, pois dá ênfase a um período de tempo – a autonarrativa do passado em contraste com a autonarrativa alternativa emergente, sendo possível identificar neste MI uma característica comum às narrativas - a capacidade organizativa dos acontecimentos. Concomitantemente, a RC parece facilitar a autocontinuidade do *self* através do contraste, não existindo uma fragmentação do mesmo, visto que através deste MI temos, a posição do *self* no passado, a posição do *self* presente e uma conexão entre os dois. Através desta concetualização, o indivíduo é capaz de perceber a transição ocorrida e o porquê da mesma, contrariamente ao que seria possível sem esta componente – uma modificação da posição do passado para uma posição do presente sem *insight* acerca do processo de mudança, percebendo o indivíduo como um ator na mudança, mas não o seu autor (Cunha, Gonçalves,

Valsiner, Mendes, & Ribeiro, 2012; Sarbin, 1986). Esta posição conectora e observadora é também realçada por outros autores que destacam a importância de atribuição de significados através de uma perspectiva mais distante do *self*, principalmente quando o cliente experimenta emoções intensas negativas (Habermas, Ott, Schubert, Schneider, & Pate, 2008).

Concomitantemente, é apontado que uma perspectiva centrada apenas no *self* poderá manter a problemática, visto que o indivíduo, por vezes, tem a tendência de ruminar de forma detalhada acerca da experiência negativa, ao invés de distanciar-se da mesma para facilitar a reconstrução do significado desta experiência. Deste modo, o desconforto experienciado viria a ser reduzido de uma forma mais adaptativa (Habermas et al., 2008).

É também constatado que ao longo da terapia, o cliente consegue identificar-se de forma gradual com a versão presente do *self*. Por este motivo, a RC repete-se continuamente a partir da fase intermédia da psicoterapia, sendo frequentemente o MI mais predominante no final da psicoterapia. Tal justifica-se, num certo sentido, pelo indivíduo estar a experimentar a mudança através do processo de repetição, permitindo a familiarização crescente com a sua nova autonarrativa (Gonçalves & Silva, 2014). Consequentemente, a RC poderá ainda ter um papel facilitador da saída do processo de ambivalência face à psicoterapia, visto que a mudança não é linear, e ao longo da psicoterapia, o cliente pode experimentar um processo de ambivalência face à mudança, em que as posições do *self*, ou as “vozes” entram em conflito entre si sem que suceda qualquer transformação ou repercussão deste confronto. No entanto, o processo de reconceptualização permite o diálogo destas “vozes”, possibilitando a transformação (Gonçalves & Ribeiro, 2012; Gonçalves et al., 2012; Gonçalves & Silva, 2014).

Fernández-Navarro e colaboradores (2016) sugerem que a RC também possa fazer parte de um processo de identificação com as narrativas que ocorrem em terapia. Deste modo, este MI poderá promover uma melhoria sintomática como consequência da sua repetição ao longo das sessões, particularmente nos casos de sucesso, em que a RC tende a surgir a partir da fase intermédia da terapia, sendo por vezes o MI mais predominante no fim do processo terapêutico (Mendes et al., 2010; Gonçalves et al., 2012; Gonçalves & Silva, 2014).

Adicionalmente é hipotetizado que os clientes possam fazer uso do MI da RC como forma de adquirir coerência, congruência e um novo sistema de atribuição de significados. Deste modo, a RC poderá atuar como a fonte de ligação que atribui coerência à nova forma do indivíduo atribuir significado à sua experiência atual e de que forma está a ocorrer esse processo de mudança. Porém, quando a RC começa a surgir no início do processo terapêutico, não é indicativo que esteja relacionada com o fim da autonarrativa problemática, contudo

poderá indiciar a emergência de uma nova autonarrativa mais adaptativa (Férrnandez-Navarro et al., 2016).

A coerência narrativa que a RC oferece ao longo terapêutico poderá ajudar na estabilidade do *self*, o que permitirá ao cliente identificar estratégias mais adaptativas para lidar com as suas problemáticas, a reduzir a sintomatologia experienciada e a perceber em si mesmo o como e o porquê das mudanças ocorridas (Gergen, 2006; Férrnandez-Navarro et al., 2016).

As competências metacognitivas, incitadas pela RC, permitem a integração da significação das experiências do indivíduo em autonarrativas coerentes e estruturadas, sendo que é essencial fomentar uma posição observadora do *self* em terapia (Dimaggio & Semerari, 2004). Semerari e colaboradores (2003) enfatizam a importância e o contributo que as metacognições poderão fornecer ao auxiliarem na interpretação, avaliação e regulação da experiência. Deste modo, a capacidade para reconceptualizar é mais complexa do que o processo de reflexão, envolve refletir sobre a reflexão e, principalmente, que o indivíduo se perceba como ator e autor desse mesmo processo (Cunha et al., 2012).

Em suma, os dados obtidos confirmam a hipótese levantada por Férrnandez-Navarro e colaboradores (2016) em que a RC não é um processo narrativo equivalente ao CS e PTS, é uma estrutura mais complexa, em que ao ser composta pelo CS e PTS, possui características e funções que revelam um maior impacto na redução sintomatológica. Para além desta condição, que foi verificada no presente estudo, a RC possui uma estrutura narrativa que permite a existência de uma posição do *self* passado que sintetiza a história do cliente, uma posição conectora que integra o como e o porquê da mudança ocorrida, e a posição do *self* presente que integra a história inacabada do cliente de uma forma mais adaptativa (Férrnandez-Navarro et al., 2016). É hipotetizado que a estrutura complexa da RC facilita o processo de mudança, sendo que os seus componentes em conjunto possuem propriedades que caracterizam a riqueza narrativa deste MI. Assim a sua compreensão deverá assentar numa visão holística que compreenda toda a sua complexidade, inversamente à análise isolada das suas componentes. Por fim, a RC promove a reconstrução de significados e a revisão de autonarrativas problemáticas que originam o sofrimento psicológico, dado que as autonarrativas orientam a atribuição de significados (McAdams, 2006). Estas ao serem adaptativas promovem o bem-estar psicológico, e, conseqüentemente um bem-estar na saúde em geral do indivíduo. Concomitantemente a capacidade para reconceptualizar está associada a competências metacognitivas inerentes ao bem-estar psicológico, sendo desta forma uma faculdade a ser fomentada no processo terapêutico (Dimaggio & Semerari, 2004).

Limitações e Sugestões para Estudos Futuros

A generalização dos dados encontrados não poderá ser possível devido ao tamanho reduzido da amostra (6 casos terapêuticos), e à especificidade do diagnóstico da mesma (depressão *major*). A apontar que houve uma dificuldade acrescida no que concerne a codificação, visto que algumas transcrições das sessões não se encontravam completas devido à qualidade de gravação das mesmas.

A fim de verificar e, possivelmente, generalizar os resultados encontrados neste estudo, a RC associada à mudança sintomática, é sugerido que o estudo seja replicado com amostras maiores e com outras especificidades associadas, como outros diagnósticos. Também poderá ser tido em linha de conta amostras não clínicas, visto que a RC está associada a uma melhoria do bem-estar psicológico, poderá ser curioso perceber como este MI emerge em indivíduos sem patologias associadas. Adicionalmente, poderá ser interessante perceber de que forma o terapeuta poderá incentivar à emergência de MIs de RC no contexto terapêutico, dado que a emergência da RC se encontra associada à melhoria sintomática, mas também porque fomenta as competências metacognitivas, associadas a um bem-estar psicológico.

Referências

- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Baptista, J., Sousa, I., Ribeiro, E., & Gonçalves, M. (2014). Innovative moments in grief therapy: The meaning reconstruction approach and the processes of self-narrative transformation. *Psychotherapy Research, 24*(1), 25-41. doi:10.1080/10503307.2013.814927
- Angus, L. (2012). Toward an integrative understanding of narrative and emotion processes in emotion-focused therapy of depression: Implications for theory, research and practice. *Psychotherapy Research, 22*, 367–380. doi:10.1080/10503307.2012.683988
- Angus, L. E., & McLeod, J. (Eds.). (2004). *The handbook of narrative psychotherapy: Practice, theory and research*. London: Sage.
- 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*(1), 77-100.
- Boritz, T. (2012). Narrative and emotion processes in effective psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin, 47*, 15–19.
- Boritz, T. A., Bryntwick, E., Angus, L., Greenberg, L. S., & Constantino, M. J. (2014). Narrative and emotion process in psychotherapy: An empirical test of the Narrative-Emotion Process Coding System (NEPCS). *Psychotherapy Research, 24*(5), 594-607. doi: 10.1080/10503307.2013.851426
- Cunha, C., Gonçalves, M., Valsiner, J., Mendes, I., & Ribeiro, A. (2012). Rehearsing renewal of identity: Reconceptualization on the move. In M. C. Bertau, M. Gonçalves, & P. Raggat (Eds.), *Dialogic formations: Investigations into the origins and development of the dialogical self* (pp. 205-233). Charlotte, NC: Information Age Publishing.

- Dimaggio, G. (2006). Disorganized narratives in clinical practice. *Journal of Constructivist Psychology, 19*, 103-108.
- 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.
- Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2014). *Reconceptualization Coding System (REC)* (Version 1.0). (Manuscrito não publicado). Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- Fernández-Navarro, P., Rosa, C., Moutinho, V., Antunes, A., Sousa, I., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2016). Meaning making precedes symptomatology improvement: The role of reconceptualization innovative moments. Manuscrito em preparação.
- Gergen, K. J. (2006). Narrative, moral identity, and historical consciousness: A Social Constructionist Account. In J. Straub (Ed.), *Narration, identity and historical consciousness* (pp. 99-119). New York: Berghahn Books.
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., & Greenberg, L. (2010). Innovative moments and change in emotion-focused therapy: The case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology, 23*, 267-294. doi:10.1080/10720537.2010.489758
- Gonçalves, M. A., & Ribeiro, A. P. (2012). Therapeutic change, innovative moments, and the reconceptualization of the self: A dialogical account. *International Journal for Dialogical Science, 6*, 81-98.
- Gonçalves, M. M., & Silva, J. R. (2014). Momentos de Inovação em Psicoterapia: Das narrativas aos processos dialógicos. *Análise Psicológica, 1*, 27-43. doi:10.14417/ap.837
- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of “innovative moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology, 22*, 1-23. doi:10.1080/10720530802500748

- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A. P., Sousa, I., Angus, L., & Greenberg, L. S. (2012). Innovative moments and change in client-centered therapy. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 22, 389-401. doi:10.1080/10503307.2012.662605
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research*, 21, 497-509. doi:10.1080/10503307.2011.560207
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Silva, J. R., Mendes, I., & Sousa, I. (2015). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 26(4), 425-435. doi:10.1080/10503307.2015.1035355
- Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Ribeiro, A. P., Batista, J., & Sousa, I. (2015). Innovative moments in cognitive behavioral therapy. Manuscrito em preparação.
- Gonçalves, M. M., & Ribeiro, A. P. (2011). Narrative processes of innovation and stability within the dialogical self. In H. J. M. Hermans & T. Gieser (Eds.), *Handbook of dialogical self theory*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gonçalves, M. M., & Stiles, W. B. (2011). Narrative and psychotherapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21, 1-3. doi:10.1080/10503307.2010.534510.
- 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., & Watson, J. (1994). *Manual for client centered therapy*. Unpublished manuscript. York University: Toronto.

- Habermas, T., Ott, L. M., Schubert, M., Schneider, B., & Pate, A. (2008). Stuck in the past: Negative bias, explanatory style, temporal order, and evaluative perspectives in life narratives of clinically depressed individuals. *Depression and Anxiety, 25*(11), 121-132.
- Hermans, H. J. M. (2003). The construction and reconstruction of a dialogical self. *Journal of Constructivist Psychology, 16*, 89–130. doi:10.1080/10720530390117902
- Hermans, H. J. M., & Dimaggio, G. (2004). *The Dialogical Self in Psychotherapy*. New York, NY: Brunner-Routledge.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 19*, 68-80. doi:10.1080/10503300802430657
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology, 5*, 100-122. doi:10.1037/1089-2680.5.2.100
- McAdams, D. P. (2006). The problem of narrative coherence. *Journal of Constructivist Psychology, 19*, 109-125. doi:10.1080/10720530500508720
- McCullagh, P., & Nelder, J. (1992). *Generalized linear models*. London: Chapman & Hall.
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the Innovative Moments Coding System?. *Psychotherapy Research, 20*, 692-701. doi:10.1080/10503307.2010.514960
- Neimeyer, R. A. (2004). Fostering posttraumatic growth: A narrative contribution. *Psychological Inquiry, 15*(1), 53-59.
- 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.
- Rogers, C. R. (1980). *A way of being*. Boston: Houghton Mifflin.

- 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*. New York: Praeger.
- Semerari, A., Carcione, A., Dimaggio, G., Falcone, M., Nicolò, G. Procacci, M., & Alleva, G. (2003). How to assess metacognitive functioning in psychotherapy? The Metacognition Assessment Scale and its applications. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *10*, 238-261. doi:10.1002/cpp.362
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, NY: Norton.