



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Janine Alves Dias

**O poder preditivo dos Momentos de
Inovação de reconceptualização na fase
final do processo terapêutico**

Outubro de 2016



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Janine Alves Dias

**O poder preditivo dos Momentos de
Inovação de reconceptualização na fase
final do processo terapêutico**

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Inês Mendes

Outubro de 2016

Declaração

Nome

Janine Alves Dias

Endereço eletrónico: pg28209@alunos.uminho.pt

Número do Cartão de Cidadão: 14138775 0 ZX3

Título dissertação

O poder preditivo dos Momentos de Inovação de Reconceptualização na fase final do processo terapêutico

Orientadora:

Doutora Inês Mendes

Ano de conclusão: 2016

Designação do Mestrado:

Mestrado em Psicologia Aplicada

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

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura:_____

Índice

Agradecimentos	iii
Resumo	iv
Abstract.....	v
Introdução.....	6
Objetivos.....	10
Metodologia.....	11
Amostra/Participantes	11
Modelos Terapêuticos.....	12
Instrumentos/Medidas.....	13
Medidas de resultados	13
Medidas de processo	14
Procedimentos.....	14
Estratégia de Análise de Dados	16
Resultados.....	16
Discussão.....	17
Limitações e Sugestões para Estudos Futuros	19
Referências	21

Índice de Tabelas

Tabela 1	15
----------------	----

Agradecimentos

À Doutora Inês Mendes, por me ter acompanhado ao longo do trabalho desenvolvido neste ano e meio, pela orientação, dedicação e apoio que me deu mesmo à distância. Por todas as horas de codificação e por todas as dúvidas esclarecidas. Obrigada por acreditar em mim, por me desafiar e não deixar ir pelos caminhos ditos mais fáceis. Ao Prof^o Doutor Miguel Gonçalves, pelo seu profissionalismo e boa disposição. Por compreender a minha ansiedade nas apresentações e brincar com isso. Por ainda não conseguir dizer o meu nome de forma correta, mas nunca perder a esperança. Por ser alguém que admiro tanto a nível profissional como pessoal.

À equipa dos MIs, por me acolherem, por conseguirem tornar todas as reuniões em 2 horas de diversão. Foi um privilégio ser júnior nesta equipa, é caso para dizer que despertaram muitos MIs ao longo deste ano e meio ao vosso lado. Ao Pablo por me ter acompanhado no treino de codificação e por estar sempre disponível para ajudar.

Aos meus amigos e às minhas meninas que sempre se mantiveram presentes, compreendendo a minha ausência, retirando algumas horas das suas vidas loucas para virem à minha. Às minhas meninas de Braga por tornaram esta casa a nossa casa, por nos termos apoiado umas às outras mesmo quando não tínhamos força para nós próprias. Por todos os dias e noites de estudo e de trabalho, por todos os esquemas escritos na parede da cozinha e por todas as maluqueiras que nós sabemos. À Rita, por tudo isto e pelos 5 anos de companhia, perdidas mas sempre juntas. Ao Nuno por criar o caos, torná-lo divertido e ao mesmo tempo acalmar tudo à volta. Aos meus estagiários preferidos, pelo companheirismo e apoio.

Aos meus pais que me deram um pouco de cada um. À ambição do meu pai por me ter ensinado a procurar sempre por mais e a nunca me contentar com o mínimo. À minha mãe pela força de vontade e por me ensinar a nunca desistir daquilo que comecei. Aos dois por tornarem possíveis estes 5 anos e por me fazerem crescer com os seus exemplos. Um dia serei como vocês. A toda a família poderosa de mulheres de que faço parte, que só poderia ser louca.

Por fim a vocês, minhas estrelinhas, Daniel, avô e avó pequeninha. Obrigada por me iluminarem o meu caminho. Sei que estão a olhar por mim e eu por vocês. Daniel, por dares sentido e significado a estes 5 anos. Por seres o principal motivo deste caminho. Obrigada!

“O ideal é uma ideia positiva, uma imagem de perfeição. Na maior parte dos casos é uma utopia, mas quando é encarada como referência ou objetivo, então podemos chegar lá por aproximação e tornar real uma fantasia. Os nossos sonhos são os nossos desejos. Claro que a realidade é outra, mas é a realidade que deve ser transformada, de forma a aproximarmo-nos desses ideais. Conseguir o que queremos, contribui para a nossa felicidade. E devemos lutar por essa felicidade.” - *Daniel Alves*

O poder preditivo dos Momentos de Inovação de reconceptualização na fase final do processo terapêutico

Resumo

O principal objetivo deste estudo consiste na avaliação do impacto do Momento de Inovação de reconceptualização no resultado terapêutico. Mais especificamente, avaliar se a reconceptualização na fase final do processo terapêutico prediz a mudança sintomatológica na última sessão. Para este efeito, foi utilizada uma amostra composta por 20 casos, com o diagnóstico de depressão *major*, acompanhados em Terapia Focada nas Emoções e Terapia Cognitiva-Comportamental. A codificação da reconceptualização envolveu o uso do Sistema de Codificação da reconceptualização e a mudança sintomatológica foi medida através do *Outcome Questionnaire 45.2* e do *Beck Depression Inventory II*. Os dados obtidos foram analisados através de uma regressão linear simples que mostrou existir uma relação estatisticamente significativa entre a ocorrência da reconceptualização na fase final da terapia e a mudança sintomatológica. Ou seja, os clientes que apresentam maior proporção de reconceptualização na fase final do tratamento têm menor probabilidade de apresentarem sintomatologia clínica significativa na última sessão. Desta forma, os resultados obtidos corroboram dados anteriormente obtidos em outros estudos, que demonstram que a reconceptualização parece desempenhar um papel fundamental na mudança terapêutica.

Palavras-chave: Reconceptualização, Momentos de Inovação, Mudança sintomatológica, Terapia Focada nas Emoções, Terapia Cognitiva-Comportamental

The predictive power of reconceptualization Innovative Moments during the final phase of therapeutic process

Abstract

The main purpose of this study consists in the evaluation of the impact of reconceptualization Innovative Moment (IM) in the therapeutic outcome. More specifically, the current study aims to evaluate if reconceptualization, in the final phase of the therapeutic process, predicts symptomatic change in last session of therapy. For this purpose, we used a sample of 20 cases with the diagnosis of major depression disorder treated with emotion-focused therapy or cognitive-behavioural therapy. The reconceptualization coding system was used to analyse reconceptualization IMs, and symptomatic change was measured by the *Outcome Questionnaire 45.2* and *Beck Depression Inventory II*. A simple linear regression showed a statistically significant relationship between the occurrence of reconceptualization in the final phase of therapy and symptomatic change in the final session. More specifically, the clients that have higher proportion of reconceptualization IMs at the end of treatment present less significant clinical symptomatology in the last session. These results confirm the previous data obtained in previous studies, which shows the relevant role reconceptualization IMs play in therapeutic change.

Keywords: Reconceptualization, Innovative Moment, Symptomatic Change, Emotion-Focused Therapy, Cognitive-Behavioural Therapy

“Não faças perguntas à Saudade
Pede as respostas ao presente
Desenha com cores o teu futuro
E cumpre agora com os teus desejos

Cais à primeira e à segunda
À terceira bambeias e à quarta
Seguras-te em pé sem ajuda
Andas ao passo de quem anda.”
- *Daniel Alves*

Introdução

A depressão é uma das principais causas de incapacidade em todo o mundo e estima-se que, globalmente, 350 milhões de pessoas são afetadas por esta perturbação (Organização Mundial de Saúde, 2015). Ao longo dos anos tem-se assistido a um aumento no número de sujeitos com o quadro clínico de depressão, prevendo-se que a depressão será das doenças com maior prevalência na população em geral (McKendree-Smith, Floyd & Scogin, 2003), bem como a mais dispendiosa (Arnou & Constantino, 2003).

Entre 1990 e 2013, o número de pessoas que sofrem de depressão aumentou em quase 50% (OMS, 2016). Esta perturbação tem-se revelado muito resistente ao tratamento, uma proporção considerável de clientes deixam o tratamento sem ganhos substanciais ou apresentam recaídas após o tratamento (Chambless & Hollon, 1998; Chambless et al, 1998; Kendall, 1998; Kendall, Holmbeck, & Verduin, 2004). A Organização Mundial de Saúde estima que a depressão irá aumentar nos próximos 20 anos, revelando a necessidade de se investigarem novos métodos de intervenção (OMS, 2015). Neste sentido, um dos caminhos possíveis poderá ser o estudo dos processos que promovem a mudança terapêutica com o intuito de perceber que variáveis poderão potenciar o sucesso terapêutico.

De acordo com uma perspetiva narrativa, a depressão pode ser evidenciada como reguladora de narrativas desajustadas que constroem a visão do indivíduo sobre a sua vida. As suas experiências são interpretadas pelo indivíduo como falhas incapacitando o desenvolvimento de uma narrativa satisfatória (Robertson, Venter, & Botha, 2005). Neste sentido, a psicoterapia apresenta um papel importante, uma vez que facilita a separação entre a narrativa desajustada imposta pela depressão e a construção de um novo *self*, ajudando os clientes a construírem novas narrativas de vida (Polkinghorne, 1991).

Existem narrativas mais coerentes que promovem o bem-estar e outras que provocam sofrimento ao cliente (McAdams, 2001; Polkinghorne, 1988; White & Epston, 1990). As narrativas que provocam sofrimento ao cliente são narrativas problemáticas que restringem o indivíduo na interpretação que faz sobre o mundo, levando a uma incongruência entre os seus

significados e os sentimentos experienciados. O constrangimento interpretativo de um cliente pode fomentar o desenvolvimento de um padrão de significados desadaptativos (White, 1995; White, 2007; White & Epston, 1990; Zimmerman & Dickerson, 1996). A formação de autonarrativas problemáticas e disfuncionais poderá originar sofrimento psicológico (Dimaggio, 2006; Sarbin, 1986; White & Epston, 1990).

Neste sentido, a psicoterapia pretende desconstruir as narrativas problemáticas dos indivíduos, uma vez que, a mudança não ocorre só quando os clientes alteram os seus sintomas, mas também, o modo como dão significado à sua realidade (Gonçalves, Matos & Santos, 2009). A conversação terapêutica facilita a criação de oportunidades para a emergência de autonarrativas alternativas, diminuindo o poder da narrativa problemática (Gonçalves et al., 2009). A expansão de processos de reconstrução da narrativa que ocorrem em psicoterapia pretendem promover, por parte do cliente, múltiplas narrativas mais coerentes (Gonçalves, 2000). O cliente deixa de conceptualizar a narrativa problemática como algo indestrutível mas sim como algo mutável (White, 2007). Segundo esta corrente teórica, a mudança terapêutica ocorre através da construção de novos significados face à narrativa problemática que o cliente traz para a terapia (Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009; White & Epston, 1990).

Segundo o modelo de re-autoria de White e Epston (1990), estes significados alternativos à narrativa problemática resultam da identificação e elaboração de resultados únicos (RU). Os RU acontecem pela emergência, na terapia, de um episódio narrativo que não tem sido congruente com a narrativa problemática já assente. Todos os clientes vivenciam RU's, mas nem sempre estes resultados levam à emergência de uma nova narrativa porque são desvalorizados ou ignorados. No processo terapêutico, os RUs surgem como oportunidades para a construção de novas histórias, constituindo novidades ou exceções que levam à mudança terapêutica (White & Epston, 1990). Estas exceções à autonarrativa problemática foram empiricamente operacionalizadas, tendo sido mais tarde, nomeadas como "*momentos de inovação*" por Gonçalves e colaboradores (2009).

Os Momentos de Inovação (MIs) caracterizam-se por processos narrativos que nascem do discurso do cliente como exceções à autonarrativa problemática (Gonçalves, et al., 2009). Os MIs representam novas formas de pensar, sentir e agir contrárias ao conteúdo da narrativa problemática (Gonçalves et al., 2009). Definidas como representações da mudança do cliente, estas exceções desafiam o padrão problemático anterior com potencial de transformação num novo padrão assente em novos significados que foram sendo identificados e elaborados (Ribeiro, Gonçalves & Ribeiro, 2009).

Consequentemente foi desenvolvido o Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos, & Santos, 2011). Este sistema permite identificar cinco tipos de MIs - ação, reflexão, protesto, reconceptualização e desempenho da mudança - que surgem no discurso do cliente. Os MIs produzidos pelo cliente ao longo da terapia são codificados de forma a ser possível a análise e compreensão dos processos de mudança terapêutica.

Até ao momento, foram desenvolvidos estudos a partir da identificação de MIs com o SCMI em vários modelos terapêuticos e problemáticas. Entre os modelos de terapia estão: Terapia Narrativa (Gonçalves, Ribeiro, Silva, Mendes, & Sousa, 2015; Matos et al., 2009), Terapia Focada nas Emoções (Mendes et al., 2010), Terapia Centrada no Cliente (Gonçalves et al., 2012), Terapia Cognitiva-Comportamental (Gonçalves et al., 2016) e Terapia Construtivista no Luto (Alves et al., 2014). Em relação às problemáticas clínicas dos clientes foram estudados desde clientes deprimidos (Mendes et al., 2010; Gonçalves et al., 2012) a vítimas de violência na intimidade (Matos et al., 2009) e, ainda, luto complicado (Alves et al., 2014).

Estudos empíricos com o SCMI revelaram que os MIs emergem tanto nos casos de sucesso como nos casos de insucesso. No entanto, a sua proporção e diversidade quanto à especificidade dos tipos de MIs apresentam diferenças entre os grupos. Os casos de sucesso apresentam uma proporção de MIs significativamente mais elevada, sendo possível identificar os MIs de ação, reflexão e protesto no início da terapia com tendência a aumentar e, na fase intermédia da terapia, habitualmente, aparecem os MIs de reconceptualização e de desempenho de mudança, que validam a mudança terapêutica, uma vez que são os mais significativos na fase final do processo terapêutico (Gonçalves et al., 2009).

Relativamente aos casos de insucesso terapêutico, o início da terapia mostra-se semelhante ao dos casos de sucesso, mas com menor proporção de MIs. Nestes casos, os tipos de MIs presentes na fase inicial perduram ao longo de todo o processo, sendo que neste grupo os MIs de reconceptualização e de desempenho de mudança encontram-se praticamente ou totalmente ausentes (Gonçalves et al., 2011; Mendes et al., 2010). A reconceptualização parece ser um fator fundamental no processo de mudança (Gonçalves et al., 2012), dado que nos casos de sucesso terapêutico existe uma proporção significativamente superior de MIs de reconceptualização (e, em algumas amostras, também os MIs de desempenho de mudança) contrariamente aos casos de insucesso em que estes MIs revelam uma proporção muito reduzida ou ausentes (Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010; Gonçalves et al., 2012; Alves et al., 2014; Gonçalves & Silva, 2014). Apesar de os MIs de reconceptualização serem quase

inexistentes no início da terapia, verifica-se um progresso crescente a partir da fase intermédia da terapia (Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010; Gonçalves et al., 2012; Alves et al., 2014).

Mesmo que o cliente consiga agir, refletir e posicionar-se (MIs de ação, reflexão e de protesto, respetivamente) acerca do seu problema de forma diferente, estes MIs podem demonstrar, apenas, uma oposição ao problema se não interagirem com os MIs de reconceptualização e de desempenho de mudança (Gonçalves et al., 2009). Isto é, a mudança terapêutica inicia-se por novos comportamentos, pensamentos e sentimentos contrários ao que tem sido habitual para o cliente (i.e. narrativa problemática). A perceção destes fatores inovadores pode facilitar uma meta-posição que compreende o contraste entre o *self* passado e o *self* presente e todo o processo de mudança (Gonçalves & Ribeiro, 2012).

Dada a relevância do MI de reconceptualização foi considerada a hipótese de este MI conferir estrutura aos MIs elementares, de forma a sustentar mudanças mais significativas e coerentes (Gonçalves et al., 2009). Este tipo de MI parece possibilitar uma continuidade da mudança, oferecendo estrutura à autonarrativa alternativa, tornando-a mais organizada e complexa (Gonçalves & Ribeiro, 2012). O MI de reconceptualização surge, então, como um marcador de mudança, possibilitando a emergência de novos MIs (Gonçalves et al., 2009).

Os MIs de reconceptualização emergem através de um processo meta-reflexivo em que o cliente compreende o contraste entre o *self* passado e o *self* presente, como também, o processo transformativo em que este contraste ocorre. Ou seja, há uma ligação entre duas posições (passado e presente) e um acesso a essa transformação (Gonçalves & Ribeiro, 2012). Desta forma, o MI de reconceptualização divide-se em dois componentes: o Contraste-self (CS) e o Processo de Transformação do *self* (PTS) (Cunha, Spínola, & Gonçalves, 2012; Fernández-Navarro et al., 2016; Gonçalves et al., 2015; Gonçalves & Silva, 2014). Na componente CS é elaborado um contraste entre o *self* passado (narrativa problemática) e o *self* presente (narrativa alternativa) que descreve uma mudança pessoal. O cliente reflete sobre o que mudou e faz referência a um contraste entre o passado e o presente. Na componente PTS existe alguma forma de descrição do processo que envolve a transformação, o cliente percebe o “*como*” e o “*porquê*” de ter alcançado a ligação entre o seu Eu no passado e o seu Eu no presente. Neste seguimento, o cliente atribui significado ao seu processo de mudança (Fernández-Navarro, Ribeiro, & Gonçalves, 2014). Numa perspetiva dialógica, a reconceptualização envolve três posições do *self*: a posição do *self* passado (Eu no passado), o *self* presente (Eu no presente) e a uma meta-posição que compreende a transformação e concede acesso ao processo de mudança, fazendo a ligação entre as duas primeiras posições (Gonçalves & Ribeiro, 2012).

Um estudo recente realizado em Terapia Narrativa para a Depressão *Major*, revelou que os MIs de reflexão, reconceptualização e desempenho de mudança se evidenciam como preditores da redução de sintomas na sessão seguinte (Gonçalves et al., 2015). Mais especificamente, o estudo revela que a ocorrência de uma maior proporção destes tipos de MIs numa determinada sessão predizem uma diminuição da sintomatologia na sessão seguinte.

A replicação deste mesmo estudo em Terapia Cognitivo-Comportamental revelou que MIs de reflexão que apresentam a componente CS ou a componente PTS (denominados MIs de reflexão tipo 2) predizem a redução sintomatológica na sessão seguinte (Gonçalves et al., 2016). Em ambos os estudos mencionados, os MIs revelaram-se melhores preditores da mudança sintomatológica do que o contrário, ou seja, a capacidade de certos tipos de MIs predizerem a redução de sintomas na sessão seguinte é superior à capacidade dos sintomas predizerem um aumento de MIs na seguinte sessão. Fernández-Navarro e colaboradores (2016) analisaram casos em Terapia Narrativa e Terapia Cognitiva-Comportamental e encontraram uma relação estatisticamente significativa entre a redução da sintomatologia e o aumento dos MIs de reconceptualização. Neste estudo, também foram analisadas as duas componentes dos MIs de reconceptualização, CS e PTS, tendo os resultados revelado que as componentes analisadas isoladamente não evidenciam valores significativos.

De uma forma geral, tendo por base a relevância e consistência dos resultados em torno dos MIs de reconceptualização em diversos modelos terapêuticos na distinção entre sucesso e insucesso, bem como o seu poder preditivo da redução de sintomas na sessão seguinte, o presente estudo segue uma linha de investigação semelhante, pretendendo contribuir para o suporte empírico do MI de reconceptualização como preditor da redução da sintomatologia no final da terapia. O objetivo central deste estudo consiste em avaliar se os clientes que apresentam maior proporção de MIs de reconceptualização na fase final da terapia é capaz de predizer a redução da sintomatologia na última sessão.

Objetivos

O presente estudo foca-se na avaliação do impacto da reconceptualização na fase final da terapia. Os estudos empíricos prévios sugerem que os MIs de reconceptualização emergem predominantemente na fase final da terapia e evidenciam um papel fundamental na mudança terapêutica, uma vez que os casos de sucesso apresentam proporções significativamente mais elevadas que os casos de insucesso (Gonçalves et al., 2009; Gonçalves et al., 2012; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2011).

Esta investigação propõe uma análise de uma amostra de casos com o diagnóstico de Depressão *Major*, em que será avaliada a fase final da terapia para se verificar a hipótese de que casos que apresentam maior proporção de MIs de reconceptualização, na fase final do tratamento, evidenciam menor sintomatologia depressiva e no funcionamento psicológico geral na última sessão terapêutica. Assim, o objetivo principal deste estudo é verificar se a reconceptualização prediz a mudança sintomatológica no final da terapia, ou seja, se os clientes que apresentam maior proporção de MIs de reconceptualização na fase final do tratamento têm menor probabilidade de apresentarem sintomatologia clínica no fim da terapia. Desta forma, será estudada a proporção de MIs de reconceptualização nas sessões finais da terapia e avaliada a sua capacidade preditiva. Neste estudo pretende-se responder à seguinte questão de investigação: Será que uma maior proporção de MIs de reconceptualização é preditora do resultado terapêutico?

Metodologia

Amostra/Participantes

A recolha de dados foi prévia a esta dissertação. Os participantes fazem parte da amostra do *ISMAI Depression Project*, que se caracteriza por um ensaio clínico randomizado que compara a eficácia da Terapia Cognitiva-Comportamental e a Terapia Focada nas Emoções para o tratamento da Depressão ligeira a moderada (Salgado, 2008).

Foram utilizados 20 casos de clientes com o diagnóstico de Perturbação Depressiva *Major*, de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002). Desses 20 casos, 10 foram alocados ao grupo submetido a Terapia Cognitiva-Comportamental e, os outros 10 casos, ao grupo de Terapia Focada nas Emoções. A amostra é composta por 16 mulheres (80%) e 4 homens (20%) com idades compreendidas entre 20 e os 48 anos. A média de idades é 33.25 (DP = 8.66).

No sentido de se evitar o viés na codificação destes casos ambos os codificadores desconheciam o seu resultado terapêutico, ou seja, que casos eram de sucesso ou de insucesso. Contudo, os critérios utilizados para definição de sucesso terapêutico foram os seguintes: a) apresentação de valor inferior ao ponto de corte da população clínica portuguesa, medidos através do *Outcome Questionnaire 45.2* (OQ-45.2) e *Beck Depression Inventory* (BDI-II) e b) valor da mudança, desde o início para o final da terapia, clinicamente significativa (Jacobson & Truax, 1991).

Após ser esclarecido o objetivo desta investigação, todos os clientes assinaram um consentimento informado no qual concordaram preencher os questionários, cederem os seus dados não autobiográficos e autorizaram a gravação em vídeo das sessões terapêuticas. O

BDI-II e OQ-45.2 foram aplicados, a estes sujeitos, em quatro fases do processo terapêutico - na sessão de avaliação e nas sessões 1, 4, 8, 12, e 16. No âmbito do presente estudo foram utilizadas as sessões 12 e 16 para a identificação dos MIs de reconceptualização, e a avaliação sintomatológica na sessão 16, através do BDI-II e OQ-45.2.

Modelos Terapêuticos

Este estudo envolveu dois modelos psicoterapêuticos: a Terapia Focada nas Emoções e a Terapia Cognitiva-Comportamental.

A Terapia Focada nas Emoções (TFE) consiste num tipo de psicoterapia que se rege por dois princípios essenciais no tratamento: relação terapêutica centrada na pessoa e a identificação de marcadores de problemas emocionais (Greenberg, Rice & Elliott, 1993). Esta terapia identifica problemas emocionais e para os quais são sugeridas tarefas terapêuticas específicas – e.g. as tarefas de cadeira – em que o objetivo é ajudar os clientes a experienciarem diretamente a forma como se controlam e se criticam a si próprios.

O terapeuta facilita a experiência de problemas emocionais com intuito de promover a aceitação, a transformação de emoções desadaptativas e a expressão de sentimentos e significados dados a estas experiências. A mudança ocorre, então, através de uma reorganização do *self* provocado pela aceitação e transformação de emoções desadaptativas em emoções adaptativas (Greenberg, 2011). O cliente é assim encorajado a expressar as suas necessidades, que ao serem validadas pelo terapeuta possibilitam o seu crescimento no sentido de um *self* mais flexível e adaptativo (Greenberg, & Goldman, 2007).

A TFE demonstrou-se eficaz em vários ensaios clínicos (Elliott, Greenberg & Lietaer, 2004; Johnson, Hunskey, Greenberg & Schindler, 1999). Em três estudos (Goldman, Greenberg & Angus, 2006; Greenberg & Watson, 1998; Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos & Steckley, 2003), um formato manualizado de TFE para a depressão, revelou-se altamente eficaz no tratamento da depressão. A TFE também se revelou tão ou mais eficaz do que o tratamento Cognitivo-Comportamental. Embora este último modelo também seja eficaz na redução da depressão, a TFE é, comparativamente, mais eficaz na redução dos problemas interpessoais (Ellison, Greenberg, Goldman & Angus, 2009).

A Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) consiste numa abordagem estruturada, ativa, diretiva e limitada no tempo (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). A TCC centra-se no princípio de que as interpretações disfuncionais acerca de si, dos outros e do mundo, desenvolvidas a partir de esquemas precoces, mantêm a sintomatologia depressiva (Beck et al., 1979). O cliente, através da ajuda do psicoterapeuta, identifica pensamentos automáticos e

crenças disfuncionais e modifica os comportamentos inadequados que se têm mantido ao longo do tempo (Beck et al., 1979). Esta terapia consiste no pressuposto de que os pensamentos e comportamentos do indivíduo são resultado da forma como este vê o mundo, sendo congruentes com esquemas desenvolvidos através das suas experiências passadas (Beck et al., 1979). A TCC enfatiza o presente, sendo o passado do cliente apenas um caminho para chegar às dificuldades atuais. O foco principal é identificar e corrigir pensamentos automáticos, inferências, conclusões e pressupostos do cliente, procurando uma mudança comportamental (Beck et al., 1979). Uma avaliação realista e uma modificação destes pensamentos negativos resultam numa mudança em relação ao comportamento desadaptativo do indivíduo. A TCC tem-se mostrado eficaz no tratamento da depressão, tendo efeitos mais duradouros na prevenção da recaída em comparação com a farmacologia (Butler, Chapman, Forman, & Beck, 2006; Hollon, Stewart, & Strunk, 2006).

Watson et al. (2003) levaram a cabo um ensaio clínico randomizado em que compararam a TFE com a TCC para a Depressão *Major*. Não se registaram diferenças significativas nos resultados entre os grupos. Ambos os tratamentos revelaram ser eficazes na melhoria dos níveis de depressão, na autoestima, nos sintomas gerais de sofrimento e nas atitudes disfuncionais.

Instrumentos/Medidas

Medidas de resultados

O *Outcome Questionnaire 45.2* (OQ-45.2) é um instrumento de autorrelato, que tem como função avaliar o funcionamento psicológico geral dos clientes. É administrado de forma repetida ao longo da terapia e antes do início de cada sessão. É constituído por 45 itens e fornece uma pontuação total representativa do nível de disfuncionamento psicológico atual do cliente. Este instrumento é composto por três subescalas: Desconforto Subjetivo, Relacionamentos Interpessoais e Desempenho do Papel Social. Os itens são pontuados numa escala de *Likert* (de 0-4) e tem uma pontuação máxima de 180 pontos. 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 e o ponto de corte foi de 62 pontos (Machado & Fassnacht, 2014).

O *Beck Depression Inventory* (BDI-II) é um instrumento de autorrelato de 21 itens, que avalia a sintomatologia depressiva. Os itens são pontuados numa escala de *Likert* (de 0 a 3 pontos) que mede o grau de severidade da sintomatologia depressiva em adultos e

adolescentes, tendo uma pontuação total de 63 pontos. A consistência interna do BDI-II ($\alpha=.91$; Steer, Brown, Beck, & Sanderson, 2001; $\alpha=.89$; Lopes et al., 2014) e a validade (Beck, Steer, Brown, 1996; Steer et al., 2001) são consideradas satisfatórias. A versão portuguesa do BDI-II parece demonstrar características idênticas à versão original Americana (Campos & Gonçalves, 2011; Coelho, Martins, & Barros, 2002). O ponto de corte para a população clínica portuguesa é igual ou superior 14.29 pontos. Dado que a mudança clinicamente significativa (Jacobson & Truax, 1991) não foi encontrada em estudos portugueses, foram recolhidos dados normativos a partir de meta-análises de diversas amostras para se calcular a proporção da mudança clínica (8.46 pontos).

Medidas de processo

O Sistema de Codificação da Reconceptualização (SCRC) é um procedimento de análise qualitativa. O SCRC permite identificar MIs de reconceptualização e envolve duas componentes: o Contraste do *Self* (CS) e o Processo de Transformação do *Self* (PTS) (Cunha et al., 2012; Fernández-Navarro et al., 2016; Gonçalves et al., 2015; Gonçalves & Silva, 2014).

O CS caracteriza-se por momentos de um diálogo em que o discurso do cliente apresenta a resolução, parcial ou não, de um conflito entre o passado e o presente. Pode ser expresso em duas formas: 1) a posição presente que vem de um passado problemático e 2) a nova posição que ainda não é dominante, mas está em progresso - “*Eu era*” transforma-se em “*Eu sou*” - (Fernández-Navarro et al., 2014). O PTS diz respeito à fase em que o cliente percebe o “*como*” e o “*porquê*” da transformação entre o passado e o presente, ou seja, percebe ou experiencia a progressão da mudança que ocorre durante a terapia (Fernández-Navarro et al., 2014).

Procedimentos

A mudança sintomática foi medida através da aplicação do BDI-II e do OQ-45.2 na sessão 16. Os resultados verificados no BDI-II e OQ-45.2 estão presentes na Tabela 1. Foram considerados sucesso os casos que preencheram os critérios utilizados para definição de sucesso – a) valor inferior ao ponto de corte da população clínica; e b) uma mudança clinicamente significativa entre a primeira e a última sessão – quer no BDI-II como no OQ-45.2. Os casos de insucesso correspondem aos casos que não preenchem nenhuma das condições referidas. Relativamente aos casos que apresentam melhoria significativa considerou-se os que apresentam uma das condições acima mencionadas.

Tabela 1

Resultados do BDI-II e OQ-45.2.

Casos	BDI-II		OQ-45.2		Resultado Terapêutico
	Sessão 1	Sessão 16	Sessão 1	Sessão 16	
1	31	0	94	17	SU
2	19	2	82	59	SU
3	35	6	111	31	SU
4	29	1	86	39	SU
5	33	4	116	37	SU
6	31	1	96	14	SU
7	17	1	84	43	SU
8	25	1	91	28	SU
9	32	13	97	67	MS
10	20	6	69	48	SU
11	25	1	110	66	MS
12	34	16	95	72	IN
13	34	9	113	50	SU
14	23	16	83	80	IN
15	34	16	103	71	IN
16	34	0	93	29	SU
17	20	16	81	80	IN
18	33	29	116	93	IN
19	38	23	105	80	IN
20	27	27	106	87	IN

Nota. SU, sucesso; IN, insucesso; MS, melhoria significativa.

No presente estudo, a análise do processo de mudança envolveu a codificação de 20 casos segundo o SCRC. Apesar de não se ter analisado as componentes da reconceptualização, o treino envolveu a codificação da reconceptualização e das suas componentes para se obter uma melhor compreensão acerca deste processo.

Inicialmente, procedeu-se ao treino de codificação de MIs de reconceptualização. Este processo consistiu na leitura do manual, codificação de diferentes excertos de sessões transcritas e na discussão de dúvidas e dos desacordos quanto à codificação até ser estabelecido um consenso satisfatório calculado através da percentagem de acordo entre juízes relativamente à extensão de cada MI e do Kappa de Cohen ao qual se obteve o valor de .84.

Seguidamente ao treino, iniciou-se a codificação das 40 sessões para o presente estudo. Primariamente realizou-se uma breve leitura dos casos e efetuou-se uma lista de problemas para cada caso. De seguida, procedeu-se à codificação de reconceptualização presente na sessão 12 e 16 de cada caso, uma vez que a sessão 12 refere-se à entrada na fase final da terapia e a sessão 16 refere-se à fase final da terapia. Neste sentido, estas duas sessões parecem constituir uma representação da fase final do processo terapêutico. Nesta amostra, 65% dos casos foram codificados de forma independente por dois codificadores que, posteriormente, se reuniram para esclarecimento de desacordos existentes na codificação. Para esta amostra verificou-se uma percentagem de acordo entre juízes de 77% e um Kappa de Cohen de .76. Por fim, foi realizada uma análise de dados através de uma regressão linear simples entre a reconceptualização e a mudança sintomatológica.

Estratégia de Análise de Dados

A análise de dados consistiu no recurso a uma regressão linear simples. O modelo de regressão é definido como simples pelo facto de conter apenas uma variável independente e é definido como linear pelo facto de o modelo assumir o aspeto correspondente à equação de uma reta. O r^2 indica a proporção (ou percentagem) da variação de Y que é “explicada” pela regressão (Field, 2009). Desta forma, avaliou-se se a reconceptualização (variável explicativa) prediz a sintomatologia (variável de resposta) medida pelo BDI-II e o OQ-45.2.

Resultados

Questão de investigação: Será que uma maior proporção de MIs de reconceptualização é preditora do resultado terapêutico?

Para analisar esta questão foi utilizada uma regressão linear simples. No que concerne ao modelo de regressão linear simples, é assumida a direccionalidade da relação ($Y \rightarrow X$), ou seja, pretende-se medir a capacidade preditiva da variável explicativa (X), sobre a variável resposta (Y) (Field, 2009).

A mudança sintomática foi avaliada através dos resultados do BDI-II e OQ-45.2 na sessão 16, desta forma, os resultados obtidos nestes questionários serviram como variável de resposta. A variável explicativa correspondeu à média de reconceptualização nas sessões 12 e 16, representativas da fase final. Assim, dois modelos semelhantes foram realizados: 1) análise do poder preditivo de reconceptualização na sintomatologia depressiva (avaliada pelo BDI-II); e 2) análise do poder preditivo de reconceptualização no funcionamento psicológico geral (avaliado pelo OQ-45.2).

No que concerne à relação entre a proporção da reconceptualização e a mudança na sintomatologia depressiva avaliada pelo BDI-II, foi possível perceber que existe uma relação negativa estatisticamente significativa ($\beta = -.717$, $t(18) = -2.563$) que permite explicar aproximadamente 27% da variância $R^2 = .267$, $F(1, 18) = 6.570$, $p = .020$. Assim, uma maior proporção de MIs de reconceptualização é preditora de mudança terapêutica no final da terapia, isto é, quando os MIs de reconceptualização aumentam a sintomatologia diminui. No modelo em que se analisou a resposta do OQ-45.2 também foi possível perceber que existe uma relação negativa estatisticamente significativa ($\beta = -1.877$, $t(18) = -2.657$) que explica aproximadamente 28% da variância, $R^2 = .282$, $F(1, 18) = 7.061$, $p = .016$. Este resultado revela que uma proporção mais elevada de reconceptualização é preditora da mudança no funcionamento psicológico geral no final da terapia.

Discussão

Este estudo teve como objetivo avaliar o poder preditivo de reconceptualização na mudança sintomática medida pelo BDI-II e OQ-45.2 no final do processo da terapia. Através da análise efetuada foi possível verificar uma relação estatisticamente significativa entre a proporção de reconceptualização e a mudança sintomática medida pelo BDI-II e o OQ-45.2 na última sessão. Neste sentido, verificou-se que quando a proporção de reconceptualização aumenta a sintomatologia diminui, quer depressiva quer do funcionamento psicológico geral, aumentando a mudança sintomática. Os dados revelaram ainda que a reconceptualização explica a variância da probabilidade de diminuição sintomática em cerca de 27% para o BDI-II e de 28% para o OQ-45.2.

Um estudo realizado em Terapia Narrativa revelou a capacidade preditiva dos MIs de reconceptualização na redução sintomatológica na sessão seguinte (Gonçalves et al., 2015). No entanto, nesse estudo também os MIs de reflexão e os MIs de desempenho de mudança revelaram ser preditores de redução da sintomatologia na sessão seguinte. Isto é, altos níveis de proporção dos MIs de reflexão, reconceptualização e desempenho da mudança numa sessão estão associados à diminuição da sintomatologia na sessão seguinte.

Numa amostra de TCC os resultados revelaram ser o MI de reflexão o que apresenta poder preditivo da melhoria sintomatológica na sessão seguinte, isto é, os MIs de reflexão são preditores da redução dos sintomas na sessão seguinte (Gonçalves et al., 2016). Mais especificamente, este estudo refere-se ao MI de reflexão tipo 2. O MI de reflexão tipo 2 é codificado quando surge uma das duas componentes da reconceptualização (CS e TPS). Quando estas duas componentes emergem juntas codifica-se como uma reconceptualização,

mas quando surgem separadamente é codificado como MI reflexão tipo 2 (Gonçalves et al., 2011). Em estudos prévios foi hipotetizado que, segundo uma perspectiva desenvolvimental, os MIs de reflexão tipo 2 parecem ser precursores da reconceptualização ao longo da terapia (Alves et al., 2014; Gonçalves et al., 2016; Mendes et al., 2011).

Fernández-Navarro e colaboradores (2016) compararam casos acompanhados em Terapia Narrativa e TCC e verificaram que a reconceptualização se encontra associada à redução da sintomatologia na sessão seguinte. Sendo assim, a proporção de reconceptualização numa sessão prediz a redução dos sintomas na sessão seguinte.

Os resultados obtidos no presente estudo parecem ir de encontro a estes resultados prévios, evidenciando o MI de reconceptualização como preditor da redução da sintomatologia. Contudo, uma importante diferença é que nos estudos mencionados anteriormente se analisaram todas as sessões do processo terapêutico permitindo verificar que o aumento da proporção de MIs numa sessão prediz a redução da sintomatologia na sessão seguinte. No presente estudo, apenas se analisaram duas sessões (sessão 12 e 16) representativas da fase final terapêutica a predizer a diminuição da sintomatologia na última sessão da terapia. No entanto, apesar do distinto desenho metodológico, este estudo parece realçar, mais uma vez, o papel fundamental dos MIs de reconceptualização na mudança terapêutica (Fernández-Navarro et al., 2016; Gonçalves et al., 2015).

De uma forma geral, os estudos demonstram que os MIs, nomeadamente a reconceptualização, predizem a sintomatologia, ou seja, quanto mais elevada a proporção de MIs menor será a sintomatologia na sessão seguinte (Gonçalves et al., 2015; Gonçalves et al., 2016; Fernández-Navarro et al., 2016). Estes resultados suportam a ideia de que os MIs são representações do processo de transformação e que emergem antes e facilitam a mudança sintomatológica. Estes resultados são relevantes uma vez que nenhum dos estudos anteriores estabeleceu a precedência dos MIs relativamente à mudança sintomática. Este fator suporta a ideia de que os MIs podem ser um processo de mudança e que não só se relacionam com a mudança, mas também contribuem para a melhoria dos sintomas (Fernández-Navarro et al., 2016). A relevância desta hipótese no campo da investigação em psicoterapia em torno de estudos sobre formas de facilitar, otimizar e promover a manutenção, reforça a importância de replicar este estudo em diferentes amostras e com amostras mais representativas.

Considerando a estrutura da reconceptualização e os estudos prévios, este MI permite formular um contraste entre a autonarrativa problemática e uma nova autonarrativa mais coerente e perceber o “*como*” e o “*porquê*” deste contraste ocorrer. A repetição deste padrão narrativo parece facilitar o desenvolvimento da mudança terapêutica (Cunha, Gonçalves,

Valsiner, Mendes, & Ribeiro, 2012). Ao longo da terapia, o cliente identifica-se de forma gradual com a versão do *self* presente, familiarizando-se com as mudanças que vão surgindo e promovendo uma proliferação de MIs, mais especificamente de reconceptualização a partir da fase intermédia da terapia, tornando-se o MI mais predominante na fase final da terapia. Assim, o indivíduo experiencia a mudança através de um processo de repetição, permitindo a familiarização com a nova autonarrativa (Gonçalves & Ribeiro, 2012; Gonçalves & Silva, 2014).

Os MIs de reconceptualização parecem ser elementos complexos, implicando um posicionamento reflexivo em relação ao processo de mudança (Gonçalves et al., 2009). Este tipo de MI envolve uma postura reflexiva, na medida em que permite a distinção de diferentes posições narrativas (passado *versus* presente) bem como a formulação do processo envolvido nesta diferenciação (Gonçalves & Ribeiro, 2012). Esta formulação do processo envolvido entre a posição do *self* no passado e a posição do *self* no presente facilita a conexão entre as posições promovendo a autocontinuidade do *self* (Gonçalves & Ribeiro, 2012). O indivíduo é capaz de perceber a transição ocorrida e o porquê da mesma. Desta forma, a reconceptualização assume uma dimensão autoral da mudança, considerando o indivíduo como autor da mudança e não como ator (Gonçalves et al., 2009; Sarbin, 1986).

Frank e Frank (1991) sugerem que os seres humanos têm uma necessidade intrínseca de dar sentido ao mundo em que vivem e para este efeito um sistema hipotético é construído. Neste sentido, os indivíduos oferecem novos significados às suas experiências. Os MIs podem ser uma forma de captar o significado atribuído às mudanças terapêuticas, e como estas mudanças podem ser facilitadoras da mudança terapêutica (Gonçalves et al., 2015). Mais concretamente, a emergência de reconceptualização parece estar associada à reintegração das experiências problemáticas dos clientes numa nova autonarrativa. Desta forma, os indivíduos começam a ver-se como os principais autores do seu processo de mudança (Gonçalves et al., 2009; Gonçalves & Ribeiro, 2012). Posto isto, outras linhas de desenvolvimento são necessárias, sendo interessante investigar diferentes possibilidades de mudança e como a reconceptualização poderá ser um facilitador neste processo.

Limitações e Sugestões para Estudos Futuros

As limitações deste estudo centram-se no tamanho reduzido da amostra, bem como a restrição à Perturbação Depressiva *Major*. Outra limitação é o facto de não existir variabilidade na amostra, fazendo com que não se tenha o mesmo número de casos de sucesso

e de insucesso e sejam difíceis as comparações entre resultados terapêuticos distintos. As limitações apontadas requerem contenção na generalização dos resultados obtidos.

Investigações futuras devem explorar o poder preditivo da reconceptualização em amostras mais representativas e atender às especificidades de outras problemáticas e de outros modelos de intervenção. A realização de comparações entre terapias também poderá ser um factor relevante em estudos futuros. Também poderá ser levado em linha de conta estudos com amostras não clínicas, uma vez que a reconceptualização está associada à construção de narrativas mais ajustadas e será curioso perceber como este MI emerge em indivíduos sem patologias associadas.

Outro dado que seria importante explorar é perceber se os clientes identificam a reconceptualização como um momento significativo durante o processo de terapia. É relevante compreender que técnicas poderão estar mais relacionadas com o desenvolvimento da reconceptualização. O terapeuta poderá facilitar o processo de mudança ao incentivar a inovação narrativa do cliente. Por último, seria interessante estudar se a mudança sintomática nos clientes que apresentam mais proporção de reconceptualização se se mantém a longo prazo.

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
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Arnou, B. A., & Constantino, M. J. (2003). Effectiveness of psychotherapy and combination treatment for chronic depression. *Journal of Clinical Psychology, 59*(8), 893-905.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press. New York.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Butler, A.C., Chapman, J.E., Forman, E.M., & Beck, A.T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17-31.
- Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II). *European Journal of Psychological Assessment, 27*, 258–264.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., & Johnson, S. B. (1998). Update on empirically validated therapies, II. *The clinical psychologist, 51*(1), 3-16.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology, 66*(1), 7.
- 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.

- Cunha, C., Gonçalves, M. M., Valsiner, J., Mendes, I., & Ribeiro, A. P. (2012). Rehearsing renewal of identity: Reconceptualization on the move. *Dialogic formations: Investigations into the origins and development of the dialogical self*, 205-233.
- Cunha, C. A. C., Spínola, J., & Gonçalves, M. M. (2012). The emergence of innovative moments in narrative therapy for depression: Exploring therapist and client contributions. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 15(2), 62-74.
- Dimaggio, G. (2006). Disorganized narratives in clinical practice. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 103-108.
- Elliott, R. K., Greenberg, L.S., & Lietaer, G. (2004) *Research on experiential psychotherapies. In: Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons Inc., New York, USA, pp. 493-539.
- Ellison, J. A., Greenberg, L. S., Goldman, R. N., & Angus, L. (2009). Maintenance of gains following experiential therapies for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(1), 103.
- Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M. (2014). Reconceptualization Coding System (REC) (Version 1.0). Manual 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.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: (and sex and drugs and rock'n'roll)*. Los Angeles [ie Thousand Oaks, Calif.
- Frank, J. D., & Frank, J. (1991). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

- 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.
- 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.
- Gonçalves, M. M., & 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., 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. (2014). Momentos de Inovação em Psicoterapia: Das narrativas aos processos dialógicos. *Análise Psicológica*, 1, 27-43. doi:10.14417/ap.837
- Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Mendes, I., Rosa, C., Ribeiro, A. P., Batista, J., Sousa, I., & Silva, C.F. (in press). Narrative changes predict symptoms decrease in cognitive-behavioral therapy for depression: An exploratory study. Manuscript submitted for publication.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Stiles, W. B., Conde, T., Santos, A., Matos, M., & Martins, C. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self-narratives: Exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 21, 27-40.
- Gonçalves, O. F. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjetivação da experiência*. Coimbra: Quarteto.

- 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.
- Greenberg, L. S. (2011). *Emotion-Focused Therapy*. Washington, DC: *American Psychological Association*.
- Greenberg, L. S., & Goldman, R. H., (2007). Case formulation in emotion-focused therapy. *Handbook of psychotherapy case formulation, 379-411*.
- Greenberg, L. S., Rice, L., & Elliott, R. (1993). *Process-experiential therapy: Facilitating emotional change*. New York: Guilford.
- Greenberg, L., & Watson, J. (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research, 8*(2), 210-224.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O., & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annu. Rev. Psychol., 57*, 285-315.
- 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.
- Johnson, S. M., Hunsley, J., Greenberg, L., & Schindler, D. (1999). Emotionally focused couples therapy: Status and challenges. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*(1), 67-79.
- Lopes, R., Gonçalves, M., Machado, P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative therapy vs. cognitive-behavioral therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research, 24*, 662-674.
doi:10.1080/10503307.2013.874052.

- 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
- 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.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5, 100-122. doi:10.1037/1089-2680.5.2.100
- McKendree-Smith, N. L., Floyd, M., & Scogin, F. R. (2003). Self-administered treatments for depression: A review. *Journal of clinical psychology*, 59(3), 275-288.
- Mendes, I., Ribeiro, A., 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.
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2011). Narrative change in emotion-focused psychotherapy: A study on the evolution of reflection and protest innovative moments. *Psychotherapy Research*, 21, 1-12.
- Polkinghorne, D. E. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. State University of New York Press: Albany.
- Polkinghorne, D. E. (1991). Narrative and self-concept. *Journal of Narrative and Life History*, 1(2), 135–153.
- Ribeiro, A., Gonçalves, M., & Ribeiro, E. (2009). Processos narrativos de mudança em psicoterapia: Estudo de um caso de sucesso de terapia construtivista. *Psychologica*, 50, 181-203. Retirado de <http://iduc.uc.pt/index.php/psychologica/article/view/975>
- Robertson, A., Venter, C., & Botha, K. (2005). Narratives of Depression. *South African Journal of Psychology*, 35(2), 331–345. Doi: 10.1177/008124630503500210

Salgado, J. (2008). *Decentering and change: Grant project PTDC/PSI PCL/103432/2008*.

Unpublished manuscript. FCT: Portuguese Foundation for Science and Technology.

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.

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

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.

White, M. (1995). *Re-authoring lives: Interviews and essays*. Adelaide: Dulwic Centre Publications.

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

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Cambridge: Cambridge University Press.

World Health Organization. (2015, October). Retrieved December 14, 2015, from WHO:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

World Health Organization. (2016, April). Retrieved September 10, 2016, from WHO:

<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/en/>

Zimmerman, J., & Dickerson, V. (1996). *If problems talked: Adventures in narrative therapy*. New York: Guildford Pre.