



**Momentos de Inovação na manutenção
dos ganhos terapêuticos em perturbações
emocionais**

Marta Alves

UMinho | 2020

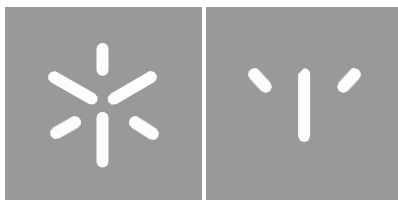


Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Marta Sofia Barradas Alves

**Momentos de Inovação na
Manutenção dos Ganhos
Terapêuticos em
Perturbações Emocionais**

Outubro de 2020



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Marta Sofia Barradas Alves

**Momentos de inovação na manutenção dos ganhos
terapêuticos em perturbações emocionais**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob a orientação do
Doutor Pablo Fernández-Navarro
edo

Professor Doutor Miguel Gonçalves

Outubro de 2020

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada. Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

É com o coração cheio de orgulho que termino a minha jornada académica, foram muitos os desafios e sacrifícios que, ao longo desta jornada, me permitiram crescer e evoluir não só como futura psicóloga, mas principalmente como ser humano. Quero por isso agradecer a todas as pessoas que, de alguma forma, me ajudaram e/ou motivaram.

Em particular, quero agradecer ao Professor Doutor Miguel Gonçalves por ser uma inspiração para qualquer aluno que tem a sorte de o ter como professor. Pela flexibilidade, disponibilidade e orientação. Por ser um exemplo de profissionalismo e competência. Foi um orgulho fazer parte da sua equipa de investigação.

Ao Doutor Pablo Fernández-Navarro por toda a partilha de experiência e conhecimento, pelo seu rigor e profissionalismo, pela paciência demonstrada e pelos desafios colocados, que permitiram a minha evolução e uma melhor compreensão dos paradigmas da investigação.

Ao Doutor João Batista, Doutor João Tiago Oliveira, à Doutora Cátia Braga e à Doutora Carina Magalhães, pela partilha de conhecimento, pelos comentários construtivos, pelo apoio e disponibilidade demonstrada.

Quero agradecer também, aos meus colegas de curso em especial à Daniela Ferreira que me permitiu escolher o tema desta dissertação, no qual eu tinha particular interesse e à Natália Guerra que não teve mãos a medir para me auxiliar.

Por fim, mas não menos importante, aos meus familiares e amigos pelo apoio incondicional, pela aceitação e compreensão das minhas ausências. Em especial ao meu principal pilar nesta jornada, ao meu companheiro André Murta, que me inspirou, motivou e ajudou nas mais variadas tarefas, ajudando inclusive a resolver problemas técnicos que ocorreram durante a codificação dos casos. Sem ti tudo seria muito mais difícil.

A TODOS, O MEU MUITO OBRIGADA!

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Assinatura: Hélia Sofia Barros Dias

Resumo

A Psicoterapia é um método eficaz no tratamento de perturbações emocionais. Porém, as taxas de recaída permanecem consideravelmente elevadas. Vários autores têm ressaltado a importância de compreender os processos de mudança para que a mesma seja otimizada e a recaída prevenida. Um dos métodos utilizados para estudar o processo de mudança terapêutica é o sistema de codificação de momentos de inovação, desenvolvido para identificar significados alternativos emergentes da transformação narrativa. Os significados alternativos são conceptualizados como momentos de inovação. Estudos prévios têm sugerido que os momentos de inovação estão associados à redução da sintomatologia. O presente estudo analisa se os momentos de inovação da última sessão terapêutica são preditores da manutenção dos ganhos terapêuticos nos *follow-ups*. Para isso, foram selecionados 25 casos com perturbações emocionais de um ensaio clínico recolhido no serviço de consulta da Universidade do Minho. Tal como em estudos anteriores, os casos que apresentam melhorias significativas na sintomatologia apresentaram um perfil de proporções diferente dos casos de insucesso. Contudo, não se observou nenhuma associação entre a proporção de momentos de inovação da última sessão e a manutenção dos ganhos nos *follow-ups*. Podendo significar que, os momentos de inovação não são preditores da manutenção dos ganhos terapêuticos após o término da terapia. Por fim, foram avaliadas as implicações metodológicas e práticas destes resultados.

Palavras-chave: Processo de Mudança, Momentos de Inovação, Manutenção dos Ganhos Terapêuticos, Perturbações Emocionais, Prevenção da Recaída

Innovation Moments in the maintenance of therapeutic gains in emotional disorders

Abstract

Psychotherapy is an effective method for the treatment of emotional disorders. Despite this fact, relapse rates are still considerably high. Several authors have been highlighting the relevance of understanding the change processes that occur in therapy, as a way to facilitate the prevent of future relapses. A method largely used for the study of the therapeutic change processes is the Innovative Moments Codification System, developed to identify alternative meanings emerging through the narrative transformation. Said alternative meanings are conceptualized as Innovation Moments. Previous studies have suggested that IMs are associated with a significant reduction of symptoms. The present study aims to analyze if the Innovation Moments produced in the last therapeutic session are predictors of sustained therapeutic gains. For that purpose, 25 cases of emotional disorder were selected from a clinical trial that occurred at the Psychological Services, University of Minho. As occurred in previous studies, all the cases presenting significant improvements of symptomatology, revealed a higher proportion profile of innovative moments. Despite this, it was not observed an association between the last session innovative moments proportion and the maintenance of gains during follow-up sessions. It might indicate that the innovative moments are not predictors of a maintenance of therapeutic gains, after therapy completion. We reflect on the practical and methodological implications of these results.

Keywords: Change Process, Innovation Moments, Therapeutic Gains Maintenance, Emotional Disorders, Relapse Prevention

Índice

Momentos de Inovação na manutenção dos ganhos terapêuticos em perturbações emocionais	12
Reconstrução de significados em psicoterapia	12
Investigação dos Momentos de Inovação.....	14
O presente estudo	16
Metodologia.....	17
Amostra	17
Entrevista Diagnóstica.....	18
Tratamento.....	19
Terapeutas.....	19
Codificadores	20
Medidas de Resultado.....	20
Medidas de Processo	20
Procedimentos.....	21
entrevista diagnóstica e medidas de resultado.	21
codificação dos momentos de inovação.	21
Análise de dados	22
Resultados.....	22
Evolução da sintomatologia do final da terapia aos <i>follow-ups</i> de 6 e 12 meses.....	22
Relação entre MIs e sintomatologia na última sessão de terapia	25
Relação entre MIs e sintomatologia nos <i>follow-ups</i>	26
Discussão.....	27
Limitações do estudo e investigações futuras	30

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Evolução da sintomatologia do final da terapia aos follow-ups de 6 e 12 meses, caso a caso</i>	23
Tabela 2. <i>Frequência de casos que modificaram o seu estatuto nos follow-ups de 6 e 12 Meses</i>	24
Tabela 3. <i>Modelo de regressão linear, análise dos MIs a prever os resultados do OQ-45. 2 no follow-up de 6 meses</i>	26

Tabela 4. *Modelo de regressão linear, análise dos MIs a prever os resultados do OQ-45.2 no follow-up de 12 meses* 27

Índice de Figuras

Figura 1. Diferenças entre a sub-amostra clínica e a não clínica no que concerne à emergência de MIs na última sessão25

Figura 2. Diferença entre os casos de melhorados e os casos de insucesso da sub-amostra clínica, no que diz respeito à emergência de MIs 26

Momentos de Inovação na manutenção dos ganhos terapêuticos em perturbações emocionais

Estudos epidemiológicos (e.g. Carvalho et al., 2016) sugerem que Portugal é o segundo país da Europa com maior prevalência de perturbações mentais. Especificamente, as perturbações de ansiedade e depressão são as psicopatologias com maior prevalência, 16,5% e 7,9% respetivamente. Para além disso, os clientes diagnosticados com perturbação depressiva major experimentam taxas de recaída médias de 38% e clientes diagnosticados com perturbações de ansiedade experimentam taxas de recaída na ordem dos 24% (Scholten et al., 2016). Estas perturbações possuem ainda elevada comorbilidade entre elas, e estão classificadas pelas *World Health Organization* (2017) como uma das principais causas de incapacidade e doença.

A psicoterapia tem-se revelado um método eficaz no tratamento destas psicopatologias (Lambert & Ogles, 2004; Steinert, Hofmann, Kruse, & Leichsenring, 2014). No entanto, a redução sintomatológica medida com questionários de autorrelato, que é a medida frequentemente usada para avaliar o sucesso ou insucesso da psicoterapia, parece não ser suficiente para prever a mudança a longo prazo (Josephs & Bornstein, 2011). Segundo Josephs & Bornstein (2011) esta mudança meramente sintomatológica por vezes reflete uma mudança temporária (superficial), prevalecendo assim, a vulnerabilidade do cliente à recaída. Nestes casos, os ganhos sintomatológicos não são sustentados pelo cliente após o término da terapia. Este estudo pretende compreender como aumentar a capacidade de manutenção dos ganhos terapêuticos após o término do processo terapêutico (Lambert & Ogles, 2004; Lorimer, Delgadillo, Kellett, & Brown, 2020).

Nas últimas décadas, com o intuito de compreender a mudança terapêutica, vários autores (e.g. Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Faccio, Centomo, & Mininni, 2011) têm estudado o processo de mudança em psicoterapia. Segundo Kazdin (2009), compreender os processos que explicam a mudança terapêutica, possibilita a sua otimização e a otimização dos efeitos da psicoterapia como a prevenção de recaída ou a manutenção dos ganhos terapêuticos.

Reconstrução de significados em psicoterapia

Na perspetiva de Gonçalves e colaboradores (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009), a mudança terapêutica ocorre paralelamente à transformação narrativa através do processo de

reconstrução de significados. Por outras palavras, a mudança terapêutica ocorre à medida que interpretações adaptativas da experiência (i.e. significados alternativos a uma narrativa problemática da experiência) vão sendo integradas na narrativa de vida do cliente. As narrativas de vida compreendem um conjunto de crenças, regras e expectativas que têm impacto na forma como as pessoas interpretam as suas experiências, modelando assim o seu sistema de significados (Alves et al., 2013).

Os significados alternativos que emergem deste processo de reconstrução, ao serem incorporados na narrativa de vida dos clientes, modificam a sua forma de pensar e agir, podendo originar ciclos que se autorreforçam. Isto é, um novo pensamento poderá originar um novo comportamento que por sua vez reforçará o pensamento que o originou. Então, este pensamento poderá passar a originar outros comportamentos e/ou conseqüentemente novos pensamentos, e assim sucessivamente. Dessa forma, a reconstrução de significados pode ter a capacidade de se autossustentar, fomentando a manutenção dos ganhos terapêuticos e a sua eventual expansão (Walton & Wilson, 2018).

De acordo com a investigação narrativa (Angus, 2012; Angus & Kagan, 2013; Batista, 2016; Boritz, Bryntwick, Greenberg, & Constantino, 2014; Dimaggio et al., 2003; Gonçalves & Ribeiro, 2012), o processo de transformação de significados parece ter implicações nos resultados terapêuticos e tem contribuído para uma melhor compreensão sobre a importância dessa transformação na manutenção dos ganhos em psicoterapia. Assim, a transformação de significados parece estar associada a mudanças comportamentais e a uma melhoria na saúde (Dunlop & Tracy, 2013), nomeadamente, à melhoria de sintomas (Pals, 2006). E ainda, positivamente relacionada com o bem-estar (Adler, 2012) e associada a casos de sucesso em psicoterapia (Angus & Greenberg, 2011; Gonçalves, Ribeiro et al., 2017). Aparentemente, clientes que têm um papel ativo na reconstrução de significados ao longo da terapia, têm maior probabilidade de posteriormente conseguirem desfrutar de ganhos súbitos em psicoterapia (Adler, Harmeling, & Walder-Biesanz, 2013).

Um dos métodos utilizados para estudar a evolução das narrativas dos clientes em psicoterapia é o sistema de codificação de momentos de inovação (SCMI). Os vários estudos realizados com este sistema de codificação (e.g. Gonçalves, Ribeiro et al., 2017; Ferreira, 2018) têm demonstrado a sua validade na caracterização do perfil da mudança narrativa ao longo da terapia, comparando casos de sucesso e de insucesso (Batista & Gonçalves, 2016). Este sistema foi desenvolvido para identificar os significados alternativos co-construídos na

interação entre terapeuta e cliente, sendo os mesmos conceptualizados como momentos de inovação (MIs) (Gonçalves et al., 2009; Gonçalves et al., 2011). Assim, o SCMI assume um papel fundamental no presente estudo, pois possibilita a descrição dos processos subjacentes à mudança terapêutica.

Investigação dos Momentos de Inovação

Os MIs são eventos nos quais os clientes referem comportamentos, sentimentos ou pensamentos que desafiam uma narrativa problemática. Uma narrativa problemática é uma narrativa desadaptativa, característica do quadro psicopatológico que limita a interpretação da experiência do cliente e lhe impõe padrões que causam sofrimento (Dimaggio, 2006). Por exemplo, a narrativa de um cliente que apresenta um quadro depressivo pode expressar um padrão caracterizado pela autodesvalorização, ou seja, pode narrar a sua experiência através de uma perspectiva de inferioridade e desvalor face aos outros (e.g. “Sou uma inútil, não sirvo para nada”). Em contraste, um MI seria uma autovalorização do cliente (e.g. “Cada vez me sinto mais capaz”).

Os MIs organizam-se em três níveis (Fernández-Navarro, Ribeiro, Soylemez, & Gonçalves, 2020). Os MIs de nível 1 são eventos que facilitam o distanciamento do problema. Seguindo o exemplo anterior, um MI de nível 1 poderia ser ilustrado por uma tentativa de afastamento do problema: “Preciso de acreditar mais em mim”. O nível 2 aglomera eventos centrados na mudança emergente e são expressados de duas formas: como um contraste do *self* ou como um processo de mudança. O contraste do *self* refere-se a um contraste entre uma posição passada problemática e uma posição presente mais adaptativa: “Antes não me valorizava, mas agora consigo perceber o meu valor”. No processo de mudança o cliente descreve uma compreensão do próprio processo de mudança, ou seja, o como e/ou o porquê da mudança emergente, de acordo com a perspectiva do cliente. Por exemplo: “Tenho aprendido a acreditar mais nas minhas capacidades, percebi que o importante é não desistir”.

E por fim, o nível 3 também denominado por reconceptualização, é o nível mais complexo dos MIs. No nível 3 o contraste do *self* e o processo de mudança estão articulados permitindo a descrição da mudança a partir de um nível metacognitivo (Gonçalves & Ribeiro, 2012), por outras palavras, o cliente apercebe-se do que está a mudar e dos processos que permitiram essa mudança. Neste nível, o cliente parece apropriar-se da mudança emergente, facilitando o surgimento e a consolidação de significados alternativos (Gonçalves, Ribeiro, Silva, Mendes, & Sousa, 2016); como por exemplo: “Antes não me valorizava, mas agora

consigo perceber o meu valor (contraste do *self*), para chegar aí foi muito importante para mim perceber que eu próprio me sabotava (processo de mudança)”.

A investigação dos MIs assume que a mudança narrativa ocorre através da emergência, acumulação e articulação de MIs, sendo independente da estratégia terapêutica utilizada para os suscitar ou do problema clínico (Gonçalves et al., 2016). Até ao momento a emergência de MIs foi investigada em várias modalidades terapêuticas e em amostras com diferentes diagnósticos. Em casos diagnosticados com depressão, estudaram-se vários tipos de tratamento, como por exemplo, terapia focada nas emoções (Mendes et al., 2011), terapia narrativa (Gonçalves et al., 2016), terapia focada em dilemas (Montesano, Gonçalves & Feixas, 2017), terapia cognitiva-comportamental (Gonçalves, Silva et al., 2017) e terapia centrada no cliente (Gonçalves et al., 2012). Na terapia construtivista foi estudada uma amostra de casos de luto (Alves et al., 2013). E mais recentemente foi investigada por Ferreira (2018), numa amostra de casos diagnosticados com depressão e/ou ansiedade, o *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders* (UP; Barlow et al., 2011).

Os resultados dos estudos anteriormente referenciados sugerem que o perfil das proporções de MIs difere consoante o resultado terapêutico, nomeadamente, os casos de sucesso caracterizam-se por proporções significativamente maiores de MIs de nível 2 e nível 3, comparativamente aos casos de insucesso (Gonçalves, Ribeiro et al., 2017). A proporção de MIs tende a aumentar ao longo da terapia em casos de sucesso, sendo que à medida que os níveis 2 e nível 3 aumentam, o nível 1 de MIs mantém-se ou diminui (Gonçalves et al., 2016). O nível 3 parece surgir numa fase intermédia da psicoterapia e evoluir progressivamente até ao final da terapia (Gonçalves & Ribeiro, 2012; Fernández-Navarro et al., 2020). Os estudos que relacionam os MIs e a sintomatologia durante a terapia (e.g. Gonçalves et al., 2016) são particularmente relevantes para este estudo, pois fornecem pistas fundamentais para compreender a manutenção dos ganhos nos *follow-ups*, dado que os MIs são marcadores de transformação de significados.

A emergência de MIs parece relacionada com a melhoria sintomática, indicando que quanto maior a emergência, maior é o efeito na redução de sintomatologia (e.g. Gonçalves et al., 2012). Para estudar esta relação em detalhe, Gonçalves e colaboradores (2016) investigaram se os MIs precedem a melhoria dos sintomas, utilizando uma amostra de 10 casos (tendo sido codificadas 180 sessões) de clientes com depressão tratados com terapia narrativa. De acordo com os resultados, o MI de nível 3 parece ser melhor preditor na redução

de sintomatologia na sessão seguinte do que o contrário (i.e. a melhoria dos sintomas predizer o aumento de MIs na sessão seguinte). Num outro estudo (Gonçalves, Silva et al., 2017), com uma amostra de 6 casos com depressão major, tratada com terapia cognitivo comportamental o nível 2 de MIs foi melhor preditor na redução de sintomatologia na sessão seguinte.

Com o intuito de compreender melhor os resultados anteriores, assim como, a relação entre o nível 3 e os seus componentes em separado e a redução de sintomatologia, Fernández-Navarro e colaboradores (2018) analisaram os 16 casos das amostras anteriormente referidas, utilizando um modelo linear hierárquico. Os resultados sugerem que o nível 3 mesmo sendo menos frequente que os seus componentes separadamente (contraste do *self* e processo de mudança), foi o melhor preditor da melhoria dos sintomas avaliados do começo ao fim da terapia, assim como, um melhor preditor da redução de sintomatologia na sessão seguinte ao longo do tratamento. Além disso, as variações na sintomatologia numa sessão parecem não predizer a emergência de MIs na sessão seguinte. Isto significa que a mudança de significados presente no nível 3 parece preceder a redução de sintomas. Congruente com este resultado, Gonçalves e Ribeiro (2012) sugeriram teoricamente que sem nível 3 os outros MIs parecem insuficientes na promoção de mudança sustentada. Portanto, se os MIs parecem ser bons preditores de redução de sintomatologia ao longo do processo terapêutico, poderão os MIs predizer também a manutenção desses ganhos sintomatológicos a longo prazo (i.e. nos *follow-ups*)?

O presente estudo

As taxas de recaída das perturbações de depressão e ansiedade são realmente preocupantes. Tendo em conta que são as psicopatologias mais prevalentes em Portugal, parece urgente compreender como aumentar a manutenção dos ganhos terapêuticos após o término do tratamento. De acordo com a perspetiva psicanalítica de Josephs e Bornstein (2011), a existência de uma mudança estrutural (i.e. mais profunda), para além da redução de sintomas após o término da terapia, é fundamental para a diminuição da probabilidade do cliente recair. No presente estudo, a mudança estrutural é entendida como uma reconfiguração estável do sistema de significados do cliente, que resulta numa mudança de comportamentos e na manutenção dos mesmos (Alves et al., 2013; Josephs & Bornstein, 2011).

Como referido, os MIs são transformações de significado que ocorrem ao longo do tempo e permitem a descrição do processo de mudança terapêutica. Os resultados empíricos

apresentados sobre transformação narrativa sugerem que os eventos referentes aos níveis 2 e 3 de MIs, em particular o nível 3, parecem indicar uma mudança mais profunda (por oposição a mudanças superficiais e sintomáticas). Por outras palavras, indicam que o sistema de significados do cliente ganhou uma nova e estável configuração, que resultará na emergência e manutenção de uma nova narrativa mais adaptativa. O nível 3 parece resultar assim numa característica distintiva da psicoterapia bem-sucedida e num nível mais profundo de desenvolvimento da mudança narrativa (Gonçalves, Ribeiro et al., 2017). Existe ainda um estudo comparativo de caso (Gonçalves, Batista, & Freitas, 2016) em que, usando a comparação com o *Core Conflictual Relationship Theme* (CCRT; Crits-Christoph & Luborsky, 1998) como indicador de mudança narrativa ao longo da terapia, se evidencia uma maior mudança sintomática num caso com MIs mais elaborados, do que num caso com menos proporção de MIs (concretamente, um decréscimo de 47 pontos relativamente a um decréscimo de 26 pontos no OQ-45.2), apesar dos casos serem comparáveis do ponto dos ganhos clínicos (i.e. ambos casos de sucesso). Além disso, o caso que apresentava uma transformação de significados mais profunda (i.e. uma maior elaboração de MIs) manteve os ganhos nos *follow-ups* ao contrário do caso com menor proporção de MIs, que recaiu.

O presente estudo pretende explorar se a mudança narrativa é um indicador promissor de mudança sustentada após o término da terapia. Concretamente, o objetivo é explorar se a transformação de significados, medida com a proporção de MIs da última sessão (Gonçalves et al., 2011), está associada com manutenção e/ou melhoria dos sintomas nos *follow-ups*, medidos pelo *Outcome Questionnaire* 45.2 (Lambert et al., 1996; adaptado à população portuguesa por Machado & Fassnacht, 2015). Para esse fim, este estudo propõe-se analisar se existe relação entre a proporção dos MIs (global e/ou dos respetivos níveis) da última sessão terapêutica com os valores do OQ-45.2 nos *follow-ups* de 6, 12 e 24 meses. Dado que, os níveis 2 e 3 tem sido associado a redução de sintomas durante a terapia, espera-se que os níveis 2 e 3 mantenham efeito sobre a manutenção e/ou melhoria dos sintomas nos *follow-ups* (6, 12 e 24 meses).

Metodologia

Amostra

Previamente e durante a presente dissertação, foi realizado um ensaio clínico aleatorizado para testar a eficácia do UP de Barlow (Barlow et al., 2011). Este ensaio decorreu no serviço de consulta de psicologia da Universidade do Minho e incluiu duas condições de

tratamento terapia cognitivo comportamental: (1) o UP de Barlow (Barlow et al., 2011) e (2) *Treatment as Usual* (TAU) (i.e. terapia cognitiva-comportamental não manualizada). Para a presente investigação foi usada uma amostra de 161 participantes seguindo cinco critérios de inclusão: (1) estatuto clínico (i.e. apresentar uma sintomatologia superior ao *cutoff* de 62 pontos no OQ-45.2) na avaliação inicial, (2) diagnóstico de perturbação de ansiedade e/ou depressão na avaliação inicial, (3) participação no *follow-up* de seis meses, (4) disponibilidade das medidas de resultado do OQ-45.2 (Lambert et al., 1996; adaptado à população portuguesa por Machado & Fassnacht, 2015), da primeira, da última sessão terapêutica e do *follow-up* de 6 meses, e (5) pertencer à condição UP de Barlow. Foram também considerados 2 critérios de seleção (1) ser *completers* (i.e. os módulos do protocolo UP de Barlow tivessem sido completados) e (2) que as sessões gravadas em vídeo tivessem condições de som e imagem adequadas para a sua codificação. Seguindo estes critérios, foram excluídos os casos com diagnóstico de perturbação de personalidade e os casos de abandono terapêutico. A condição TAU foi excluída por forma a manter a homogeneidade da amostra.

Da amostra de 161 participantes, apenas 53 cumpriram os critérios de inclusão, porém 15 não eram *completers* e em 13 os vídeos não reuniam as condições necessárias para serem codificados. Da amostra final de 25 casos, nove apresentaram um diagnóstico de perturbação de ansiedade, oito de depressão e oito apresentavam comorbilidade com outras perturbações. A amostra é constituída por seis clientes do sexo masculino e 19 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 52 anos (M=30; DP=9,46). Relativamente às habilitações literárias um cliente tem 3º ciclo do ensino básico concluído, 10 têm o ensino secundário, oito têm mestrado e seis têm doutoramento. No que diz respeito ao estado civil 10 clientes eram solteiros, quatro encontravam-se numa relação, sete eram casados e quatro eram divorciados. Até à data da recolha dos dados, dos 25 casos, 20 clientes participaram no *follow-up* de 12 meses e 10 no *follow-up* de 24 meses. Devido à perda de 15 participantes, o *follow-up* de 24 meses foi excluído das análises estatísticas.

Entrevista Diagnóstica

Para a realização do diagnóstico das perturbações de humor e ansiedade, foi utilizada a entrevista semiestrutura de diagnóstico clínico, *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV* (ADIS-IV; Brown, Barlow, & DiNardo, 1994; adaptado à população portuguesa por Pinto-Gouveia & Galhardo, 2001). Nos casos em que os clientes apresentavam critérios para mais do que um diagnóstico, estes eram hierarquizados em diagnóstico principal, diagnóstico

secundário e diagnósticos adicionais (comorbilidade). Esta entrevista foi realizada pelo menos uma semana antes da primeira sessão terapêutica.

Tratamento

Os clientes foram seguidos em terapia cognitiva comportamental com o Protocolo Unificado de Barlow (Barlow et al., 2011) sendo este, um protocolo breve, desenvolvido para o tratamento da depressão e das perturbações de ansiedade. Este protocolo é composto por oito módulos flexíveis. O propósito do primeiro módulo é o de promover a motivação do cliente de modo a assegurar o seu envolvimento no tratamento. O segundo módulo é essencialmente psicoeducacional tendo como objetivo ampliar o conhecimento do cliente relativamente às suas emoções e como monitorizá-las. No terceiro módulo o cliente é instruído com a técnica *mindfulness* e uma diversidade de exercícios atencionais procurando facilitar-se a emergência de uma postura não avaliativa face aos estados internos. O quarto módulo aborda a identificação de pensamentos automáticos através da avaliação e reavaliação da experiência de modo a aumentar a flexibilidade cognitiva. No quinto módulo o cliente aprende a identificar estratégias de evitamento cognitivas e/ou comportamentais utilizadas para lidar com as emoções dolorosas, bem como os comportamentos guiados pelas emoções de natureza disfuncional. O sexto e sétimo módulo promovem a tolerância às emoções, através da exposição às sensações físicas desagradáveis (i.e. exposição interoceptiva) e às situações evitadas (i.e. exposição situacional). Nestes módulos, são treinadas as competências aprendidas nos módulos anteriores tendo como objetivo promover uma melhor regulação emocional. No oitavo módulo são revistos conceitos e estratégias aprendidos ao longo da terapia, assim como, são revistos os ganhos terapêuticos obtidos e desenvolvidas estratégias para a manutenção dos mesmos. No presente ensaio clínico o módulo três foi administrado em vez do oito e vice-versa, tendo sido administrada a mesma sequência para todos os casos.

Terapeutas

O tratamento desta subamostra foi conduzida por quatro terapeutas, três do sexo feminino e um do sexo masculino. No que concerne ao grau académico, três eram estudantes de doutoramento e um tinha grau de mestrado no início da recolha. Relativamente à experiência clínica, três terapeutas tinham uma experiência superior a quatro anos e um tinha uma experiência de dois anos. A terapia foi também supervisionada por quatro terapeutas com elevada experiência clínica.

Codificadores

A codificação foi realizada por nove codificadores, dos quais sete codificaram 21 casos previamente à presente dissertação (parte da amostra de arquivo Ferreira, 2018) e dois (o orientador e a aluna de mestrado) codificaram quatro casos especificamente para a presente dissertação. No que concerne ao grau académico dos sete primeiros, três eram alunos de mestrado, dois eram alunos de doutoramento e dois eram investigadores com grau de doutoramento. Relativamente aos 2 restantes codificadores, um era aluno de mestrado e o outro era um investigador com grau de doutoramento. Todos os codificadores tiveram de completar um protocolo de treino predefinido (Batista et al., 2020).

Medidas de Resultado

O OQ-45.2 (Lambert et al., 1996; adaptado à população portuguesa por Machado & Fassnacht, 2015) avalia as condições clínicas e o progresso do cliente. O OQ-45.2 é um questionário de autorrelato composto por 45 itens, organizados em três subescalas: relacionamentos interpessoais, desconforto subjetivo e funcionamento social (Lambert et al., 1996). Cada item é avaliado numa escala do tipo Likert que varia entre zero (que corresponde a nunca) e quatro (que corresponde a quase sempre), obtendo uma pontuação máxima de 180 pontos. O OQ-45.2 apresenta excelentes valores de consistência interna, nomeadamente, na amostra portuguesa com um α de .89 (Machado & Fassnacht, 2015). Para determinar se a magnitude da mudança é estatisticamente significativa foi calculado o *Reliable Change Index* (RCI; Jacobson & Truax, 1991) para a população portuguesa, tendo sido obtido um RCI de 15 pontos e um ponto de corte de 62 pontos (Machado & Fassnacht, 2015).

Medidas de Processo

O SCMI (Gonçalves et al., 2011) é um sistema de codificação qualitativo que permite a identificação de MIs. Para a presente dissertação foram identificados os três níveis de MIs referidos acima ao longo do diálogo terapêutico incluindo falas do terapeuta e do cliente. O SCMI identifica a proporção de MIs numa determinada sessão, ou seja, a percentagem de tempo que os MIs ocupam numa sessão tendo em conta a duração total dessa sessão.

A fidelidade da codificação é calculada com dois índices: um de acordo entre codificadores relativo à identificação da proporção dos MIs e outro relativo à atribuição de níveis. Este último é obtido através do cálculo do Kappa de Cohen ponderado, uma vez que se assume uma hierarquia entre os níveis de MIs (Mandrekar, 2011). No que diz respeito ao índice de acordo para a proporção, é calculado através da fórmula:

$\frac{2 * \text{Acordo (Proporção de MIs indentificada por ambos os codificadores)}}{\text{Codificação independente total (codificador 1+codificador 2)}} * 100$. Para que a codificação seja considerada adequada o grau de acordo deve ser superior a 80% e a fiabilidade da atribuição do nível superior a .75 (Batista et al., 2020). A aplicação deste sistema de codificação em investigações anteriores obteve valores de k de Cohen entre .86 e .97 (para explorar em detalhe os valores do SCMI em investigações prévias ver Gonçalves, Ribeiro, et al., 2017).

Procedimentos

entrevista diagnóstica e medidas de resultado.

A administração da entrevista de diagnóstico ADIS-IV teve lugar pelo menos uma semana antes do início do tratamento. Relativamente ao OQ-45.2 foi aplicado no início da primeira e da última sessão, assim como, nos *follow-ups* (6, 12 e 24 meses).

codificação dos momentos de inovação.

As sessões terapêuticas foram gravadas em vídeo ao longo do ensaio clínico realizado, tendo sido respeitadas todas as normas éticas e do Regulamento Geral de Proteção de Dados. A codificação envolveu a visualização das sessões em vídeo e a identificação da emergência de MIs, recorrendo ao programa *ANVIL- The Video Annotation Research tool* (Kipp, 2017). Para a presente dissertação foi usada a codificação da última sessão de cada caso, perfazendo um total de 25 sessões codificadas. A codificação é realizada por pares utilizando o SCMI.

Todos os codificadores realizaram um treino de codificação prévio, conduzido por um codificador experiente. O treino divide-se em cinco etapas de dificuldade crescente: na primeira, foi fornecido o manual do SCMI (Batista et al., 2020) e um artigo sobre o sistema, de modo a que os treinandos ficassem familiarizados com o sistema de codificação. Na segunda etapa foram usados excertos de diálogos terapêutico para que os codificadores classficassem a categoria e o nível dos MIs correspondente a cada fala. Nas etapas 3, 4 e 5 foi usado um caso clínico de seis sessões para aprender a codificar. Assim sendo, na terceira etapa, os codificadores aprenderam a identificar o padrão de significados desadaptativos e a elaborar uma lista de problemas, tendo em conta as duas primeiras sessões do caso. Na quarta etapa foram classificados os níveis dos MIs, previamente identificados nas duas sessões seguintes (i.e. 3 e 4). Na quinta e última etapa, os codificadores praticaram a codificação completa (i.e. identificar o começo e o final de cada MI e atribuir o respetivo nível) nas duas últimas sessões (5 e 6) do caso.

Na amostra do presente estudo a lista de problemas de cada caso foi realizada primeiro de modo independente e posteriormente os codificadores reuniram-se para discutir sobre a mesma até chegarem a um consenso. No que concerne à codificação foram calculados os índices de acordo entre codificadores. Para a amostra global foi obtido um acordo entre codificadores médio de 84.78% e um Kappa de Cohen ponderado de .86. Em detalhe, para os 21 casos previamente codificados, a percentagem de acordo médio foi de 84.85% e para os quatro casos codificados para esta dissertação de 87.35%. No que diz respeito ao índice de acordo na atribuição de níveis de MIs, foi obtido um Kappa de Cohen ponderado de .86 e .92, respetivamente. Posteriormente à codificação, foi calculada a proporção global de MIs da sessão.

Análise de dados

Para testar se a proporção de MIs medida, na última sessão, está associada à manutenção dos ganhos e/ou à melhoria dos sintomas nos *follow-ups* (6, 12 e 24 meses), em perturbações emocionais, foi realizada uma análise de regressão linear simples, recorrendo ao *Software IBM SPSS Statistics 24*. Este modelo de análise estatística permite estudar o poder preditivo que uma determinada variável independente tem relativamente a uma variável dependente, com base na associação entre as mesmas (medida pelo coeficiente de correlação de Pearson).

A reta estimada poderá explicar melhor ou pior a relação entre as variáveis, sendo que o coeficiente de determinação (r^2) indica a percentagem da variação de Y que é explicada pela reta estimada (Field, 2009). No que concerne ao modelo de regressão linear simples é assumida a direccionalidade da relação ($Y \rightarrow X$) (Field, 2009). Assim sendo, a proporção de MIs total e de cada nível na última sessão são as variáveis independentes (Y) e os valores do OQ-45.2 nos *follow-ups* (6 e 12 meses) as variáveis dependentes (X).

Resultados

Evolução da sintomatologia do final da terapia aos *follow-ups* de 6 e 12 meses

A sintomatologia foi avaliada pelo OQ-45.2 com um ponto de corte de 62 e um RCI de 15 na população portuguesa. A amostra foi dividida em dois grupos de acordo com a sintomatologia apresentada na última sessão, os casos que apresentavam uma sintomatologia ≥ 62 no OQ-45.2 (i.e. pertenciam à sub-amostra clínica, ou seja, tinham um estatuto clínico) e os que apresentavam uma sintomatologia < 62 no OQ-45.2 (i.e. pertenciam à sub-amostra não clínica, ou seja, não tinham estatuto clínico). A Tabela 1 representa a evolução da

sintomatologia do final da terapia aos *follow-ups* de 6 e 12 meses nos 25 casos avaliados. De modo a descrever a evolução da sintomatologia após o término da terapia, esta foi dividida em dois momentos: um corresponde ao momento entre a última sessão e *follow-up* de 6 meses e o outro entre o *follow-up* 6 meses e o de 12 meses.

Como se pode verificar na Tabela 1, entre a última sessão e o *follow-up* de 6 meses, um caso manteve a sintomatologia, 14 casos apresentaram um acréscimo da sintomatologia, no entanto esse acréscimo foi significativo em apenas três casos (i.e. $\geq +15$), sendo que em dois desses casos o acréscimo ultrapassou o cutoff 62 (i.e. recaíram), e 10 casos apresentaram um decréscimo na sintomatologia sendo que em apenas quatro esse decréscimo foi significativo (i.e. ≥ -15). Relativamente à evolução da sintomatologia entre *follow-up* de 6 e 12 meses, dos 20 casos que participaram no *follow-up* de 12 meses (5 casos não participaram neste *follow-up*), nove apresentaram um acréscimo na sintomatologia, no entanto em apenas dois esse acréscimo foi significativo e três passaram a apresentar uma sintomatologia superior ao cutoff 62 (i.e. recaíram), e 11 apresentaram um decréscimo na sintomatologia sendo que em apenas três esse decréscimo foi significativo (ver Tabela 1).

Tabela 1.

Evolução da sintomatologia do final da terapia aos follow-ups de 6 e 12 meses, caso a caso

Caso	Sub-amostra (última sessão)	OQ-45.2 Pós- terapia	OQ-45.2 6 Meses (N=25)	OQ-45.2 12 Meses (N=20)
1	SNC	48	56	30 ^a
2	SNC	45	55	-
3	SNC	50	48	35
4	SNC	53	59	72 ^r
5	SNC	48	25 ^a	43 ^b
6	SNC	18	17	14
7	SNC	25	47 ^b	46
8	SNC	21	23	-
9	SNC	54	40	27
10	SNC	52	57	69 ^r
11	SNC	29	30	33
12	SNC	8	8	-

Tabela 1. (Continued)

13	SNC	60	48	36
14	SNC	45	92 ^{b, r}	68 ^a
15	SNC	24	37	45
16	SNC	39	48	18 ^a
17	SNC	36	24	33
18	SNC	52	58	-
19	SNC	53	72 ^{b, r}	70
20	SC	65	37 ^a	42
21	SC	63	75	71
22	SC	87	78	69
23	SC	88	58 ^a	75 ^{b, r}
24	SC	76	53 ^a	-
25	SC	90	98	102

Nota. SNC, casos que pertencem a sub-amostra não clínica; SC, casos que pertencem à sub-amostra clínica; a, decréscimo significativo da sintomatologia (i.e. RCI \geq -15); b, acréscimo significativo da sintomatologia (i.e. RCI \geq +15); r, recaíram (i.e. passaram a apresentar uma sintomatologia superior ao cutoff 62)

A Tabela 2 apresenta o número de casos que modificaram e os que mantiveram o seu estatuto nos *follow-ups* de 6 e 12 meses. Como se pode verificar na Tabela 1, na última sessão a amostra era constituída maioritariamente por casos que não tinham estatuto clínico (19 relativamente a 6 casos). No *follow-up* de 6 meses e 12 meses a relação foi semelhante (respetivamente, 20 frente a 5 casos e 12 frente a 8 casos).

Tabela 2.

Frequência de casos que modificaram o seu estatuto nos follow-ups de 6 e 12 meses

Sub-amostra	Última sessão (N=25)	Follow-up 6 meses (N=25)		Follow-up 12 meses (N=20)	
		mudaram	mantiveram	mudaram	mantiveram
Clínica (<i>cutoff</i> \geq 62)	6	3	3	1	4
Não Clínica (<i>cutoff</i> < 62)	19	2	17	4	11

Relação entre MIs e sintomatologia na última sessão de terapia

A proporção média do total de MIs na última sessão foi de 29.70% ($DP= 13.16$). Concretamente, a proporção média dos MIs de nível 1 foi de 11.42% ($DP= 5.84$), de 12.51% ($DP= 6.73$) para o nível 2 e de 5.77% ($DP= 4.87$) para o nível 3. A figura 1 ilustra a diferença entre a sub-amostra clínica e não clínica no que concerne à emergência de MIs na última sessão. Como se pode observar, a sub-amostra clínica apresenta proporções médias de MIs total e de nível 1 mais baixas e ligeiramente mais baixas nos níveis 2 e 3 que a sub-amostra não clínica.

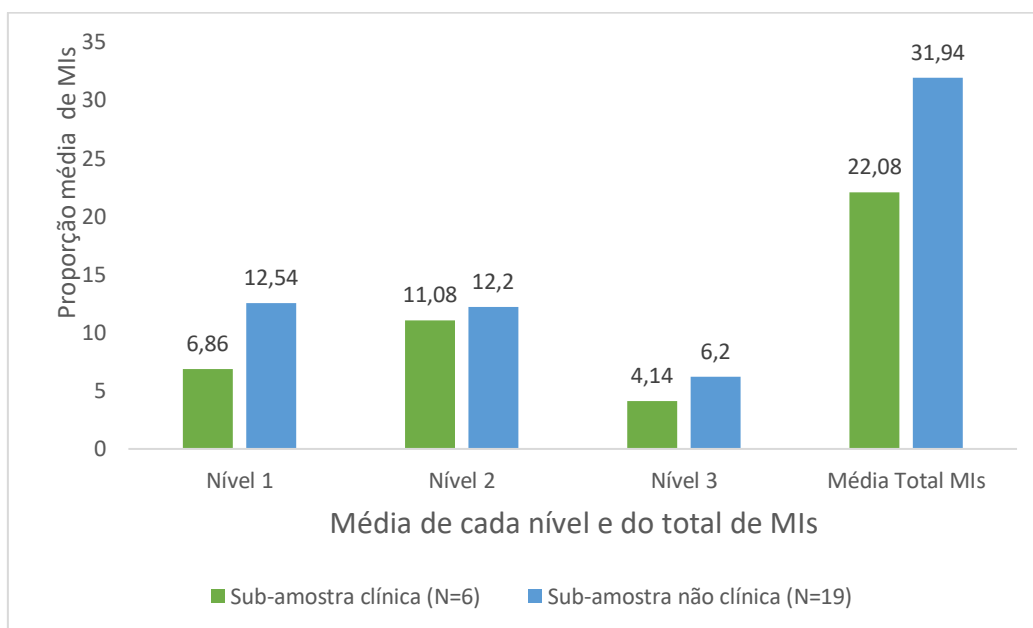


Figura 1. Diferenças entre a sub-amostra clínica e a não clínica no que concerne à emergência de MIs na última sessão

Para uma análise mais pormenorizada dos MIs da sub-amostra clínica, os 25 casos foram classificados segundo as categorias de Jacobson e Truax (1991): sucesso ($cutoff < 62$, $RCI \geq -15$), recuperados ($cutoff < 62$, $RCI < -15$), melhorados ($cutoff > 62$, $RCI \geq -15$) e insucesso ($cutoff > 62$, $RCI < -15$). Na última sessão a amostra era constituída por 18 casos de sucesso, 1 recuperado, 2 melhorados e 4 de insucesso. Na sub-amostra clínica apesar destes casos apresentarem uma sintomatologia ≥ 62 no OQ-45.2, é ainda possível observar diferenças na proporção de MIs da última sessão entre os casos que apresentaram um decréscimo significativo da sintomatologia (i.e. melhorados) dos casos inalterados (i.e. casos de insucesso). Como se pode verificar na figura 2, os casos melhorados distinguem-se dos de insucesso por apresentarem proporções de MIs (total e de cada nível) mais altas.

Concretamente, as proporções de MIs de nível 2 e 3 são consideravelmente mais altas nos casos melhorados comparativamente aos casos de insucesso.

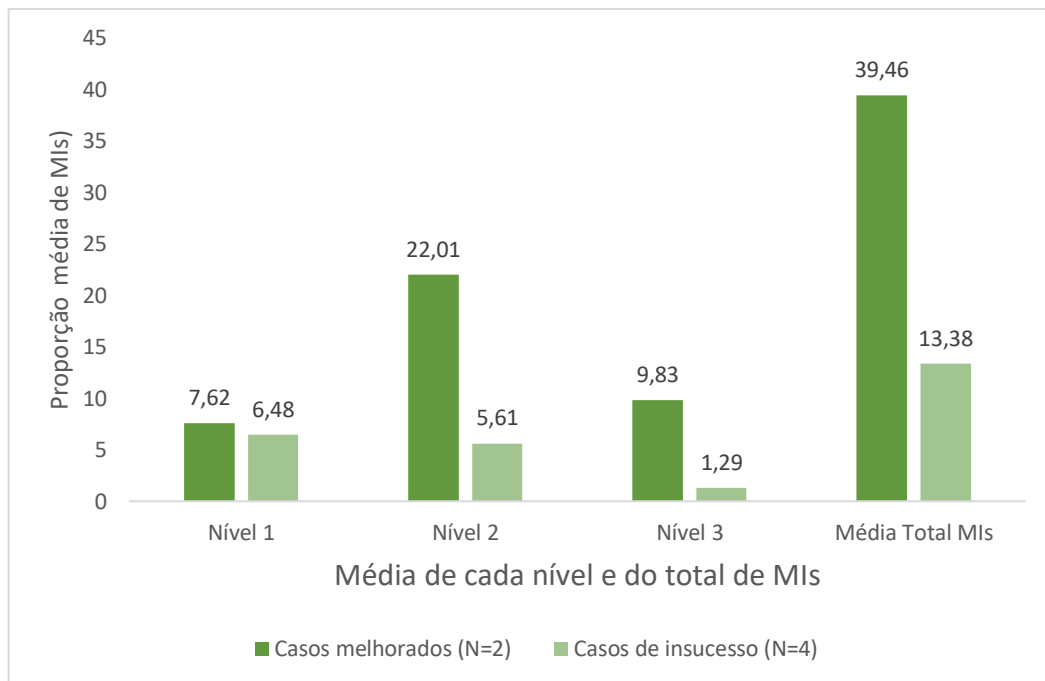


Figura 2. Diferença entre os casos de melhorados e os casos de insucesso da sub-amostra clínica, no que diz respeito à emergência de MIs

Relação entre MIs e sintomatologia nos *follow-ups*

Com o intuito de explorar se existe relação entre a proporção de MIs da última sessão e a manutenção e/ou melhoria dos sintomas nos *follow-ups* foi realizada uma regressão linear simples. Na qual as variáveis explicativas corresponderam à proporção de MIs total e de cada nível (i.e. nível 1, 2 e 3), e as variáveis de resposta aos resultados do OQ-45.2 nos *follow-ups* de 6 e 12 meses. Como se pode observar nas Tabelas 3 e 4 (respetivamente *follow-ups* de 6 e 12 meses), não foi encontrada qualquer relação entre os MIs e a manutenção e/ou melhoria da sintomatologia nos *follow-ups*.

Tendo em conta o caráter exploratório do presente estudo foram realizadas outras análises, nomeadamente, foi analisada a relação entre os MIs e a amplitude da mudança sintomática entre a última sessão e os *follow-ups* de 6 e 12 meses. No entanto, não foi encontrada qualquer relação entre os MIs e os ganhos terapêuticos para amostra do presente estudo.

Tabela 3.

Modelo de regressão linear, análise dos MIs a prever os resultados do OQ-45.2 no follow-up de 6 meses (n=25)

Modelo	Preditor de OQ-45.2	Coefficiente	E.P.	t	p	R ²
1. Total MIs	Constante	.233	10.952	5.590	.000	.054
	Total MIs		.338	-1.150	.262	
2. Nível 1	Constante	.006	10.052	4.919	.000	.000
	Nível 1		.801	.031	.976	
3. Nível 2	Constante	.316	9.342	6.736	.000	.100
	Nível 2		.652	-1.596	.124	
4. Nível 3	Constante	.206	6.906	7.967	.000	.042
	Nível 3		.922	-1.007	.324	

Tabela 4.

Modelo de regressão linear, análise dos MIs a prever os resultados do OQ-45.2 no follow-up de 12 meses (n=20)

Modelo	Preditor de OQ-45.2	Coefficiente	E.P.	t	p	R ²
1. Total MIs	Constante	.281	12.788	5.043	.000	.079
	Total MIs		.377	-1.243	.230	
2. Nível 1	Constante	.082	12.205	4.402	.000	.007
	Nível 1		.911	-.347	.732	
3. Nível 2	Constante	.328	10.627	5.993	.000	.107
	Nível 2		.727	-1.471	.159	
4. Nível 3	Constante	.211	8.160	6.822	.000	.044
	Nível 3		1.028	-.915	.372	

Discussão

O presente estudo procura analisar se a transformação de significados medida através da proporção de MIs (global e/ou dos respetivos níveis) na última sessão terapêutica, permite prever os resultados terapêutico nos *follow-ups* de 6, 12 e 24 meses de uma amostra de

casos com perturbações emocionais. Esperava-se que os níveis 2 e 3 de MIs, os quais parecem representar uma mudança mais estrutural, fossem preditores da manutenção e/ou melhoria dos sintomas nos *follow-ups*. Esta hipótese é consistente com investigações anteriores (e.g. Fernández-Navarro et al., 2018; Gonçalves, Ribeiro et al., 2017), nas quais estes níveis de MIs foram associados à redução sintomatológica ao longo da terapia, bem como aos ganhos clínicos medidos do começo ao fim da terapia (Batista, 2016).

Neste estudo observou-se que a sub-amostra clínica apresenta proporções médias de MIs (global e dos respetivos níveis) ligeiramente mais baixas que a sub-amostra não clínica. Na sub-amostra clínica é ainda possível distinguir os casos melhorados dos casos de insucesso. Concretamente, os casos melhorados apresentavam maiores proporções de MIs de nível 2 e 3 que os casos de insucesso. Estes resultados são congruentes com o estudo anteriormente referido, em que os dois casos com diferentes perfis de mudança narrativa, mas comparáveis do ponto dos ganhos clínicos, apresentavam uma diferença substancial na amplitude da mudança sintomática e com outros estudos que concluíram que a emergência de MIs difere conforme o resultado terapêutico (e.g. Mendes et al., 2011; Montesano et al., 2017). Estes dados sugerem que os MIs parecem ser sensíveis a maiores mudanças sintomáticas.

No entanto, a hipótese em estudo não foi suportada, pois não se observou nenhuma associação entre a proporção de MIs (global ou dos respetivos níveis) e a manutenção e/ou melhoria de sintomas nos *follow-ups*, para esta amostra. Este resultado pode ser entendido a partir de dois pontos de vista, (1) a associação não foi encontrada devido a limitações metodológicas ou porque (2) realmente não existe qualquer relação entre as variáveis.

Começando por analisar a primeira hipótese, existe uma grande possibilidade que este resultado seja acima de tudo o reflexo da pouca variabilidade da amostra. No fim da terapia a amostra era constituída maioritariamente por casos de sucesso (18 relativamente a um caso recuperado, dois melhorados e quatro de insucesso) e nos *follow-ups* poucos casos recaíram. Mais concretamente, no *follow-up* de 6 meses recaíram dois casos e no *follow-up* de 12 meses recaíram três casos, no *follow-up* de 24 meses a mortalidade experimental foi tão elevada que os dados foram desconsiderados na análise. Estes dados dificultam, se é que não tornam impossível, a comparação entre o grupo de casos que mantiveram os ganhos e o grupo de casos que os ganhos foram perdidos, tendo sido limitada a realização de outras análises estatísticas. Outra particularidade da amostra que pode ter influenciado os resultados, é o facto de ser uma amostra de reduzida dimensão (que impede de realizar outras análises), mas

heterogénea em termos de diagnósticos, pois não se sabe até que ponto o diagnóstico pode influenciar na deteção do efeito dos MIs a longo prazo. No entanto, estas limitações que são agora óbvias, resultantes destas características da amostra, eram difíceis de prever no início do estudo, uma vez que usamos todos os casos que estavam disponíveis e que tinham *follow-ups* de seis meses, sem qualquer conhecimento prévio dos mesmos para não condicionar o processo de codificação.

Outro aspeto que pode ter condicionado os resultados do estudo é que a proporção de MIs da última sessão pode não ser suficiente para detetar o efeito dos MIs na manutenção dos ganhos nos *follow-ups*, pois em estudos prévios da relação dos MIs com a sintomatologia (e.g. Gonçalves et al., 2016) foram codificadas todas as sessões de cada caso. No entanto, esta decisão foi tomada, com o intuito de perceber se a última sessão era suficientemente representativa para predizer os resultados terapêuticos nos *follow-ups*. Pois se isso se verificasse, seria uma medida de avaliação da terapia e da probabilidade de recaída de fácil acesso que em termos práticos possibilitaria, por exemplo, o planeamento e a implementação de sessões extra caso fossem necessárias. E também para tornar o estudo exequível, pois o tempo consumido pelo procedimento de codificação seria demasiado extenso se fossem codificadas todas as sessões de cada caso.

A segunda hipótese explicativa para estes resultados é a de que realmente eles traduzem a ausência de relação entre a transformação de significados, tal como avaliada pelos MIs, e a probabilidade de recaída. De facto, os 5 casos que recaíram ao longo do seguimento de *follow-up* não se distinguem, pelo menos aparentemente, dos restantes casos, no que diz respeito à proporção de MIs na última sessão. E esta segunda possibilidade explicativa pode ser devida em várias razões. Em primeiro lugar a inexistência de medidas de processo intermédias entre a última sessão e a sessão de *follow-up* pode representar um tempo excessivo para que a predição seja possível. Em segundo lugar, os MIs podem não ser medidas de mudança estrutural, mas ser apenas o processo “de chegada” a essa mudança. Talvez medidas como o CCRT (Crits-Christoph, & Luborsky, 1998), que recolhem mudanças mais macro-narrativas, possa ser um indicador mais claro de mudança estrutural. Finalmente, os MIs podem ter um efeito apenas a curto prazo (i.e. durante a terapia) e não ser a mudança estrutural que influencia ao longo do tempo. Embora em estudos prévios dos MIs a emergência de MIs de nível 2 e 3 tenha sido associada à mudança terapêutica e à sua consolidação (Ferreira, 2018), existe a possibilidade de recaída não ter qualquer relação com

o modo como os significados são organizados (pelo menos tal como são avaliados pelos MIs) no processo terapêutico e serem determinados por outras variáveis. Por exemplo, variáveis do cliente (e.g. resiliência), que podem influenciar a capacidade de manter os ganhos terapêuticos após o término do processo terapêutico (Ehret, Joormann, & Berking, 2015). Lamentavelmente, a reduzida dimensão da amostra não permitiu estudar essas variáveis.

Estas diferentes hipóteses explicativas abrem a possibilidade de se organizarem estudos que procurem clarificar este fenómeno de grande importância na psicoterapia, sobretudo na psicoterapia da depressão que enfrenta taxas de recaída muito elevadas (Lorimer, Delgadillo, Kellett, & Brown, 2020). Por exemplo, seria interessante comparar mudanças nos MIs com mudanças no CCRT (Crits-Christoph, & Luborsky, 1998) e procurar verificar se as mudanças nos significados medidas por ambos, tendo cuidados metodológicos que não foi possível ter neste estudo, têm capacidade preditiva da recaída. Ou considerar a possibilidade de termos medidas de significado mais frequentes (e.g. mês a mês) para verificar se a evolução da transformação de significados após o término do processo terapêutico é preditora da recaída.

A pesquisa da bibliográfica sobre recaída centra-se maioritariamente na comparação de modelos terapêuticos (e.g. Ellison, Greenberg, Goldman, & Angus, 2009; Oliveira, 2019). Contudo, vários estudos sugerem (e.g. Ahn & Wampold, 2001; Wampold & Imel, 2015) que nenhuma abordagem terapêutica é única e efetivamente mais eficaz que outra. Assim sendo, provavelmente os resultados têm genericamente replicado o famoso Dodo Bird Verdict, no que concerne à probabilidade de recaída. Isto é, qualquer modelo terapêutico tem a mesma probabilidade de produzir recaída (de Felice et al., 2019; Ellison, Greenberg, Goldman, & Angus, 2009; Oliveira, 2019). Neste sentido, apesar das psicoterapias funcionarem, não sabemos ainda com clareza os meios pelos quais essas terapias produzem efeito (Doss, 2004; Kazdin, 2009).

Limitações do estudo e investigações futuras

Duas limitações são muito importantes neste estudo: a reduzida dimensão da amostra e a sua falta de heterogeneidade. Embora a amostra inicial contasse com 161 participantes ao longo do estudo foi-se verificando uma elevada morte experimental que levou a uma redução significativa da dimensão da amostra. A reduzida dimensão da amostra pode ter potenciado o efeito de outras variáveis, nomeadamente, de características idiossincráticas de alguns casos. Por exemplo, as características individuais do cliente, do terapeuta, da interação entre

ambos, ou até mesmo do diagnóstico, podem ter influenciado o resultado da amostra (ver Ehret, Joormann, & Berking, 2015; Mathews, & MacLeod, 2005; Vincent & Norton, 2019; Wampold, 2001) e assim ter comprometido a deteção do efeito das proporções de MIs na manutenção/melhoria dos sintomas nos *follow-ups*. A reduzida dimensão da amostra pode ainda ter condicionada a variabilidade da mesma, tendo a pouca variabilidade impedido a realização de outras análises estatísticas, reduzindo ainda mais as potencialidades deste estudo.

Pode considerar-se também uma limitação o facto ter sido analisada apenas a proporção de MIs da última sessão. Pois, a escolha da última sessão pode ter sido insuficiente, para detetar o efeito dos MIs na manutenção dos ganhos nos *follow-ups*, porque o intervalo de tempo entre momentos é demasiado extenso, comparativamente aos anteriormente estudados para prever a evolução da sintomatologia (ver Ferreira, 2018).

Para poder retirar conclusões mais robustas seria necessária a replicação deste estudo ultrapassando as limitações apresentadas. Neste sentido, em investigações futuras seria importante compreender se com uma amostra mais representativa e considerando as proporções de MIs (global e dos respetivos níveis) de todas as sessões, realmente não existe associação entre a transformação de significados e a manutenção dos ganhos após o término da terapia. Considerando a grande escassez de estudos sobre indicadores de manutenção dos ganhos após o término da terapia, são necessárias mais investigações sobre os processos subjacentes à mudança terapêutica, para que os efeitos das intervenções sejam otimizados e a probabilidade de recaída seja diminuída. Além disso, sabendo-se que existem variáveis que influenciam o resultado terapêutico (e.g. aliança terapêutica, características do cliente, entre outras), em estudos futuros os efeitos dessas variáveis na manutenção dos ganhos também deveriam ser analisados.

Referências

- Adler, J. M. (2012). Living into the story: Agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*, 367–389. doi:10.1037/a0025289
- Adler, J. M., Harmeling, L. H., & Walder-Biesanz, I. (2013). Narrative meaning making is associated with sudden gains in psychotherapy clients' mental health under routine clinical conditions. *Journal of consulting and clinical psychology, 81*(5), 839. doi: 10.1037/a0033774
- Ahn, H. N., & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A meta-analysis of component studies in counseling and psychotherapy. *Journal of counseling psychology, 48*(3), 251. doi: 10.1037//0022-0167.48.3.251
- Alves, D., Fernandez-Navarro, P., Batista, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, M.M. (2013). Innovative moments in grief therapy: The meaning reconstruction approach and the processes of selfnarrative transformation. *Psychotherapy Research, 24* (1), 25-41. doi:10.1080/10503307.2013.814927
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- 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., & Greenberg, L. S. (2011). *Working with narrative in emotion-focused therapy: Changing stories, healing lives*. American Psychological Association. doi:10.1037/12325-000
- Angus, L. E., & Kagan, F. (2013). Assessing client self-narrative change in emotion-focused therapy of depression: An intensive single case analysis. *Psychotherapy, 50* (4), 525-534. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0033358>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., EhrenreichMay, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press

- Batista, J. (2016). Change of self-narratives in depression: *Core conflictual relationship theme and innovative moments* (Unpublished doctoral dissertation). School of Psychology, University of Minho, Braga. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/43031>
- Batista, J., Silva, J., Magalhães, C., Ferreira, H., Fernández-Navarro, P., & Gonçalves, M. M. (2020). Studying psychotherapy change in narrative terms: The innovative moments method. *Counselling and Psychotherapy Research*. doi:10.1002/capr.12297
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford.
- Boritz, T. Z., 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
- Brown, T. A., Barlow, D. H., & DiNardo, P. A. (1994). *Anxiety disorders interview schedule adult version: Client interview schedule*. Graywind Publications Incorporated.
- Carvalho, Á. A. D., Mateus, P., Nogueira, P. J., Farinha, C. S., Oliveira, A. L., Alves, M. I., & Martins, J. (2016). *Portugal Saúde Mental em Números, 2015*. Portugal Saúde Mental em Números, 2015, 5-113.
- Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1998). Changes in CCRT pervasiveness during psychotherapy. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method* (2nd ed., pp. 151–163). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10250-010
- de Felice, G., Giuliani, A., Halfon, S., Andreassi, S., Paoloni, G., & Orsucci, F. F. (2019). The misleading Dodo Bird verdict. How much of the outcome variance is explained by common and specific factors? *New Ideas in Psychology*, 54, 50-55. doi: 10.1016/j.newideapsych.2019.01.006
- Dimaggio, G. 2006, "Disorganized narratives in clinical practice", *Journal of Constructivist Psychology*, 19(2), 103-108. doi: 10.1080/10720530500508696.
- Dimaggio, G., Salvatore, G., Azzara, C., Catania, D., Semerari, A., & Hermans, H. (2003). Dialogical relationship in impoverished narratives. From theory to clinical

- practice. *Psychology and Psychotherapy*, 76, 385–410. doi:10.1348/147608303770584746
- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368-386. doi:10.1093/clipsy.Bph094
- Dunlop, W. L., & Tracy, J. L. (2013). Sobering stories: Narratives of self-redemption predict behavioral change and improved health among recovering alcoholics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 104(3), 576. doi: 10.1037/a0031185
- Ehret, A. M., Joormann, J., & Berking, M. (2015). Examining risk and resilience factors for depression: The role of self-criticism and self-compassion. *Cognition and Emotion*, 29(8), 1496-1504. doi: 10.1080/02699931.2014.992394
- 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. doi: 10.1037/a0014653
- Faccio, E., Centomo, C., & Mininni, G. (2011). “Measuring up to Measure” Dysmorphophobia as a Language Game. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 45(3), 304. doi:10.1007/s12124-011-9179-2
- Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., Soylemez, K. K., & Gonçalves, M. M. (2020). Innovative moments as developmental change levels: A case study on meaning integration in the treatment of depression. *Journal of Constructivist Psychology*, 33(2), 207-223. doi:10.1080/10720537.2019.1592037
- Fernández-Navarro, P., Rosa, C., Sousa, I., Moutinho, V., Antunes, A., Magalhães, C., ... & Gonçalves, M. M. (2018). Reconceptualization innovative moments as a predictor of symptomatology improvement in treatment for depression. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(6), 765-773. doi: 10.1002/cpp.2306
- Ferreira, H. (2018). *Momentos de inovação no tratamento transdiagnóstico das perturbações emocionais* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho). Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/55673>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS: (and sex and drugs and rock'n'roll)*. Los Angeles. Sage.
- Gonçalves, M. M., Batista, J., & Freitas, S. (2017). Narrative and clinical change in cognitive-behavior therapy: A comparison of two recovered cases. *Journal of Constructivist Psychology*, 30(2), 146-164. doi: 10.1080/10720537.2016.1183537

- Gonçalves, M. M. & Matos, M. & Santos, A. (2009). Narrative therapies and the nature of “unique outcomes” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 1-23.
- 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(1), 81-98. Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/20928>
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Alves, D., Silva, J., Rosa, C., ... & Oliveira, J. T. (2017). Three narrative-based coding systems: Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution. *Psychotherapy Research*, 27(3), 270-282. doi: 10.1080/10503307.2016.1247216
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: the innovative moments coding system. *Psychotherapy Research*, 21, 497-509. doi:10.1080/10503307.2011.560207
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Silva, J. R., Mendes, I., & Sousa, I. (2016). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 26(4), 425-435. doi:10.1080/10503307.2015.1035355
- Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Mendes, I., Rosa, C., Ribeiro, A. P., Batista, J., ... Fernandes, C. F. (2017). Narrative changes predict a decrease in symptoms in CBT for depression: An exploratory study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(4), 835–845. doi: 10.1002/cpp.2048
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 12-19. doi:10.1037/0022-006X.59.1.12
- Josephs, L., & Bornstein, R. F. (2011). Beyond the illusion of structural change: A process priming approach to psychotherapy outcome research. *Psychoanalytic Psychology*, 28(3), 420. doi: 10.1037/a0023449
- Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy research*, 19(4-5), 418-428. doi: 10.1080/10503300802448899
- Kipp, M. (2017). ANVIL: The Video Annotation Research Tool (Versão 6.0) [Programa de computador]. Recuperado de <http://anvil-software.org>

- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Cognitive therapy: foundations, conceptual models, applications and research. *Brazilian Journal of Psychiatry, 30*, s54-s64.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Couse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*, 249-258.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lorimer, B., Delgadoillo, J., Kellett, S., & Brown, G. (2020). Exploring relapse through a network analysis of residual depression and anxiety symptoms after cognitive behavioural therapy: A proof-of-concept study. *Psychotherapy Research, 30*(5), 650-661. doi: 10.1080/10503307.2019.1650980
- Machado, P. P., & Fassnacht, D. (2014). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*, 427-437 doi:10.1111/papt.12048
- Mandrekar, J. N. (2011) Measures of interrater agreement. *Journal of Thoracic Oncology, 6*(1), 6-7. doi:10.1097/JTO.0b013e318200f983
- Mathews, A., & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol., 1*, 167-195. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143916
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L., & Gonçalves, M. M. (2011). Narrative change in emotion-focused psychotherapy: A study on the evolution of reflection and protest innovative moments. *Psychotherapy Research, 21*, 304-315. doi: 10.1080/10503307.2011.565489
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg L.S., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments coding system? *Psychotherapy Research, 20* (6), 692-701. doi: 10.1080/10503307.2010.514960
- Montesano, A., Gonçalves, M. M., & Feixas, G. (2017). Self-narrative reconstruction after dilemma-focused therapy for depression: A comparison of good and poor outcome cases. *Psychotherapy research, 27*(1), 112-126. doi:10.1080/10503307.2015.1080874

- Oliveira, A. C. (2019). Eficácia da terapia cognitivo comportamental no tratamento da depressão: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(1), 29-37. doi:10.5935/1808-5687.20190006
- Pals, J. L. (2006). Narrative identity processing of difficult life experiences: Pathways of personality development and positive self-transformation in adulthood. *Journal of personality*, 74(4), 1079-1110. doi: 10.1111/j.1467-6494.2006.00403.x
- Scholten, W. D., Batelaan, N. M., Penninx, B. W., van Balkom, A. J., Smit, J. H., Schoevers, R. A., & van Oppen, P. (2016). Diagnostic instability of recurrence and the impact on recurrence rates in depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 195, 185-190. doi: 10.1016/j.jad.2016.02.025
- Steinert, C., Hofmann, M., Kruse, J., & Leichsenring, F. (2014). Relapse rates after psychotherapy for depression—stable long-term effects? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 168, 107-118. doi: 10.1016/j.jad.2014.06.043
- Vincent, L., & Norton, P. J. (2019). Predictors and consequences of sudden gains in transdiagnostic cognitive-behavioural therapy for anxiety disorders. *Cognitive Behaviour Therapy*, 48(4), 265-284. doi: 10.1080/16506073.2018.1513557
- Walton, G. M., & Wilson, T. D. (2018). Wise interventions: Psychological remedies for social and personal problems. *Psychological Review*, 125(5), 617. doi: 10.1037/rev0000115
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.
- World Health Organization. (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates* (No. WHO/MSD/MER/2017.2). World Health Organization.