



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

PROFUNDIDADE DA EXPERIÊNCIA,
EVOCAÇÃO DE MEMÓRIAS EPISÓDICAS E
MUDANÇA EM PSICANÁLISE

JOANA RAQUEL DIAS CALHAU

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Coordenador de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR ANTÓNIO PAZO PIRES

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA
ESPECIALIDADE EM PSICOLOGIA CLÍNICA

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de Prof. Doutor António Pazo Pires, apresentada no ISPA – Instituto Universitário, para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Psicologia Clínica (ACRES) conforme o despacho da DGES, no 19673/2006, publicado em Diário da Republica, 2ª série, de 26 de Setembro, 2006.

.

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor António Pazo Pires, pela disponibilidade.

Aos meus pais e ao Filipe, por tudo.

Índice

Revisão da Literatura – Terapia focada nas emoções e depressão	1
Resumo	2
Abstract.....	3
Introdução	4
Análise da Eficácia	4
Processamento Emocional, Intensidade da Expressão Emocional	7
Terapia focada nas Emoções e Narrativa	11
Conclusão	14
Referências	16
Tabela dos estudos sobre terapia focada nas emoções e depressão	19
Artigo Empírico – Profundidade da experiência, evocação de memórias episódicas e mudança em Psicanálise	25
Resumo	26
Abstract	27
Introdução.....	28
Método.....	31
Participante	31
Instrumentos	32
The Experiencing Scale (EXP)	32
Change After Psychotherapy (CHAP).....	35
Identificação de Memórias	35
Procedimento.....	36
Resultados.....	37
Análise das frequências relativas da EXP	37
Análise da profundidade experiencial ao longo do processo psicanalítico	37

Análise da relação entre a profundidade experiencial e os incidentes de mudança	38
Análise da relação entre a profundidade experiencial e a evocação de memórias	39
Discussão	39
Conclusão	43
Referências	45
Anexos	47
Anexo A. The Experiencing Scale (Tradução).....	48
Anexo B. Cotação com a escala EXP e quantificação das memórias	57
Anexo C. Tabelas e gráficos para análise de resultados	69

Índice de Tabelas

Tabela dos estudos sobre terapia focada nas emoções e depressão.....	19
--	----

Índice de Figuras

Figura 1. Distribuição da profundidade experiencial durante o processo analítico	37
Figura 2. Frequência relativa dos incidentes de mudança nas 5 dimensões do CHAP e da profundidade experiencial	38

Revisão de Literatura

Terapia focada nas emoções e depressão

Resumo

Enquadramento: A terapia focada nas emoções (EFT) é uma das terapias com eficácia reconhecida no tratamento da depressão. No entanto, ainda não existe nenhuma revisão de literatura que sintetize os resultados da investigação neste contexto. **Objetivo:** Fazer uma revisão sistemática dos estudos sobre a terapia focada nas emoções (EFT) no tratamento da depressão. **Método:** A pesquisa foi realizada em bases de dados eletrônicas (*PsycInfo, PsycArticles, PEP, Psychology and Behavioral Sciences Collection e Academic Search Complete*), com as palavras-chave *Depression* e *Emotion Focused Therapy*. **Resultados:** Foram encontrados vinte artigos que podem organizar-se em três grandes grupos: estudo da eficácia, análise do processamento emocional e EFT e narrativa. **Conclusões:** Os estudos sustentam a eficácia da EFT no tratamento da depressão em terapia individual e de casal. A integração da intensidade da expressão emocional, da aliança terapêutica e do processamento das vivências emocionais podem ser promotoras do progresso terapêutico na EFT. A compreensão das narrativas pessoais à luz das emoções pode ser importante para o estabelecimento de estratégias de intervenção mais eficazes no tratamento da depressão.

Palavras-chave: Terapia focada nas emoções; depressão; revisão de literatura.

Abstract

Framework: Emotion focused therapy (EFT) is one of the therapies with recognized efficiency in the depression treatment. However, there is still no literature review that synthesizes research results in this context. **Purpose:** Conduct a systematic review of studies on emotion-focused therapy (FET) in depression treatment. **Method:** The research was carried out in electronic databases (PsycInfo, PsycArticles, PEP, Psychology and Behavioral Sciences Collection and Academic Search Complete), with the keywords Depression and Emotion Focused Therapy. **Results:** 20 articles were found, that can be organized into three main groups: efficiency study, analysis of emotional processing and EFT and narrative. **Conclusions:** The studies support the efficiency of EFT in the treatment of depression in individual and couple therapy. The integration of the intensity of emotional expression, the therapeutic alliance and the processing of emotional experiences can be the promoter of therapeutic progress in EFT. The understanding of personal narratives in the light of emotions may be important for the establishment of more effective intervention strategies in the treatment of depression.

Keywords: Emotion focused therapy; Depression; Review of literature.

Introdução

O interesse pelo desenvolvimento de conhecimento no âmbito das terapias psicológicas mais recentes, como a terapia focada nas emoções (EFT), tem vindo a ser crescente. Apesar dos vários estudos realizados, nas últimas décadas, que comprovam a eficácia da utilização desta terapia em vários tipos de perturbações, como a depressão, não existe ainda nenhuma revisão de literatura ou meta-análise que sintetize os resultados desta investigação. Assim, este trabalho tem como principal objetivo a revisão sistemática dos estudos realizados sobre *terapia focada nas emoções* no tratamento da *depressão*. Foi conduzida uma pesquisa eletrónica, sem limite temporal, com as palavras-chave *depression* e *emotion focused therapy* em várias bases de dados: *PsycInfo*, *PsycArticles*, *PEP*, *Psychology* e *Behavioral Sciences Collection and Academic Search Complete*. Para além disso, foi realizada uma pesquisa adicional das referências bibliográficas dos artigos selecionadas. No total, foram encontrados e analisados vinte estudos. As primeiras publicações neste âmbito têm início na década de 90, mas começaram a crescer significativamente a partir dos anos 2000. A informação pode ser organizada em três grandes temas. Em primeiro lugar, serão apresentados os resultados dos estudos que investigam a eficácia da terapia focada nas emoções no tratamento da depressão. Posteriormente, serão abordadas as questões relacionadas com o processamento emocional. Por fim, serão apresentados os estudos que mais recentemente têm vindo a ser desenvolvidos neste contexto e que abordam a integração da narrativa na EFT.

Análise da eficácia

O principal objetivo dos estudos realizados nas últimas décadas foi o de comprovar a eficácia da terapia focada nas emoções no tratamento de diferentes perturbações, como a depressão. De facto, passou a ser aprovado e reconhecido pela *American Psychological Association Division* um modelo da terapia focada nas emoções aplicado ao tratamento da depressão: *12 Task Force* (Goldman, 2016). Em 1998, Greenberg & Watson desenvolveram um estudo pioneiro com o objetivo de comparar a eficácia da terapia focada nas emoções (EFT) com a terapia centrada no paciente (CC) no tratamento da depressão. Os resultados comprovaram a eficácia de ambas as abordagens no tratamento da depressão. No entanto, o grupo de pacientes da EFT apresentou resultados mais favoráveis nos índices de mudança no final da terapia, com diminuição da vivência de sentimentos depressivos e de sintomas de

sofrimento psicológico no geral e melhores níveis de auto-estima e de funcionamento interpessoal. Para além disso, durante a terapia, o grupo a receber EFT apresentou índices de mudança mais rápidos do que o outro grupo (CC). Num *follow-up* aos seis meses, os benefícios da terapia continuaram a manter-se mas já sem diferenças significativas entre os dois grupos. A principal conclusão deste estudo foi que a integração de intervenções experienciais de caráter mais ativo (EFT) ao tratamento centrado no cliente, na sua forma original, pode facilitar o processo de mudança e contribuir para a resolução de problemas interpessoais, melhorar a auto-estima e o sofrimento psicológico no geral. Este foi o primeiro estudo a comprovar a legitimidade da EFT no tratamento da depressão (Goldman, 2016).

Anos mais tarde, Watson, Stermac, Kalogeros & Steckley (2003) desenvolvem um estudo que permitiu sustentar a eficácia da EFT no tratamento da depressão e comparar os resultados com outras terapias psicológicas. O estudo foi desenvolvido como objetivo principal de comparar a eficácia da EFT com a Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT) no tratamento da depressão. Os resultados deste estudo são consistentes com os do estudo anterior e comprovam a eficácia das duas terapias. Não foram encontradas diferenças entre os grupos no que diz respeito aos níveis de depressão, auto-estima, atitudes disfuncionais e nível geral de sintomas de *distress*. Apesar das semelhanças, os clientes que participaram na EFT apresentaram uma diminuição mais significativa no relato de problemas interpessoais. Os autores apontam duas razões que podem justificar a mudança nos pacientes do grupo da EFT. Por um lado, o tipo de relação terapêutica - que enfatiza os princípios humanísticos e existenciais da empatia, aceitação e consideração positiva - e, por outro lado, a natureza das tarefas terapêuticas. Por exemplo, nas tarefas com a cadeira, os pacientes são encorajados a expressar os seus sentimentos e necessidades de forma apropriada e sem atribuir culpa, aprendendo, também, a ouvir a resposta. Os pacientes podem mais facilmente aprender formas de resolver conflitos de forma mais adaptada e transferir para os relacionamentos fora da terapia algumas das características da relação terapêutica, tal como a negociação.

Goldman, Greenberg & Angus (2006) replicaram o estudo de Greenberg & Watson (1998) com o objetivo de testar se a associação de intervenções da EFT a uma relação empática se traduz em maior eficácia no tratamento da depressão, comparando a terapia centrada no cliente com a terapia focada nas emoções. Os resultados reforçaram os que foram encontrados no primeiro estudo. Ambos os tratamentos foram eficazes no tratamento da depressão, com redução dos sintomas e melhoria dos níveis de auto-estima e de funcionamento interpessoal, não existindo diferenças na proporção de pacientes que recuperaram com o tratamento, em cada uma das condições. No entanto, o grupo da EFT apresentou melhores resultados nas medidas

de sintomas psicológicos no geral e de sintomas depressivos. Neste sentido, os autores sugerem que a associação de intervenções ativas e específicas, características da EFT, a uma relação empática sólida, característica da CC, parece ser mais eficaz no tratamento da depressão, do que a relação empática por si só, confirmando a hipótese inicial.

Ellison, Greenberg, Goldman & Angus (2009) realizaram um estudo com o objetivo de analisar os resultados do estudo anterior a longo prazo, fazendo um *follow-up* aos seis e aos dezoito meses após o tratamento. Relativamente a recaídas, não foram encontradas diferenças significativas nos dois grupos de tratamento num *follow-up* aos seis meses, mas se considerarmos o tempo completo de *follow-up*, o grupo da EFT apresenta menos recaídas. Para além disso, embora os dois grupos não difiram na média do número de semanas com ausência de sintomas ou sintomas mínimos de depressão num *follow-up* aos seis meses, o grupo da EFT mantém estes resultados durante um período mais longo comparativamente ao grupo da CC. Nas medidas de auto-avaliação, os grupos não apresentam diferenças significativas ao fim de seis meses. Contudo, aos dezoito meses, o grupo da EFT apresentou, em média, melhores resultados relativamente à sintomatologia depressiva e à auto-estima. Para além disso, este grupo apresenta resultados mais favoráveis nos sintomas de sofrimento psicológico no geral e problemas interpessoais, com uma diminuição mais significativa. Uma das principais conclusões do estudo é a de que os resultados das terapias parecem ser convergentes aos seis meses, mas com tendência para divergir aos 18 meses de *follow-up*, sugerindo que os benefícios da relação terapêutica empática, característica de ambos os tratamentos, se mantém durante os primeiros seis meses, mas que os benefícios das intervenções específicas da EFT, que promovem o processamento emocional mais profundo, tendem a prolongar-se durante um período de tempo mais longo, favorecendo o grupo em tratamento com esta terapia.

Para além dos estudos realizados no âmbito da terapia individual, alguns autores têm estudado o mesmo tema na modalidade de terapia de casal. Em 2006, Makinen & Jonhson realizaram um estudo com o objetivo de descrever o processo de resolução de problemas em casais tratados com EFT. Concluíram que os casais que completaram a terapia com sucesso apresentam maior capacidade para dar respostas afiliativas e menores níveis de hostilidade. Estes casais apresentam reduções significativas nos níveis de *stress* conjugal e melhores níveis de confiança na relação, com menor ansiedade e maior capacidade para o perdão, do que os casais com menor progresso durante a terapia. Dessaulles, Jonhson & Denton (2012) realizaram um estudo com objetivo de comparar o efeito da EFT com o uso de farmacoterapia no tratamento da depressão em casais. Os resultados deste estudo são reveladores do potencial da EFT para o tratamento da depressão em terapia de casal. Para além disso, esta terapia

demonstrou ser eficaz no tratamento da depressão nas mulheres, com uma redução mais significativa de sintomas depressivos e com ganhos clínicos significativos, tais como, a melhoria no ajustamento marital. Estes resultados mantiveram-se durante o período completo de *follow-up*.

Processamento emocional, intensidade da expressão emocional e aliança terapêutica

O foco da EFT é melhorar o acesso e a utilização do funcionamento emocional adaptativo para promover o crescimento e a mudança individual. A característica diferenciadora desta terapia é a possibilidade de serem conjugadas competências relacionais com competências de intervenção, num processo de acompanhamento e de orientação do processamento emocional dos clientes, sessão a sessão. A EFT no tratamento da depressão centra-se na vulnerabilidade do *self* e tem como finalidade devolver à pessoa a capacidade de experienciar a zanga e a tristeza de forma adaptativa e de sentir compaixão por si (Greenberg, 2010). Alguns autores têm-se preocupado com o estudo do processo terapêutico e com a análise dos fatores que podem ser promotores da mudança e otimizar os resultados da terapia.

Pos, Greenberg, Korman & Goldman (2003) realizaram um estudo com o objetivo de perceber a importância do processamento emocional (inicial e final) para a mudança nos sintomas depressivos e sintomatologia no geral, auto-estima e problemas interpessoais no tratamento da depressão com terapia experiencial (EFT e CC). Os autores utilizaram a escala *The Experiencing Scale* (EXP), uma escala com sete níveis, que permite medir o nível de profundidade do cliente em cada sessão. Os resultados revelaram que o processamento emocional se torna mais profundo à medida que a terapia avança, o que pode significar que esta intensificação reflete o processo de mudança conseguido pelo trabalho terapêutico. Para além disso, os níveis de profundidade conseguidos na fase final da terapia são melhores preditores dos resultados terapêuticos do que a capacidade de profundidade experiencial que os clientes apresentam no início da terapia.

Na continuidade da investigação anterior, Watson e Bedard (2006) desenvolveram um estudo com os objetivos de analisar o comportamento da profundidade do processamento emocional ao longo da terapia e de comparar os níveis da variável em casos de sucesso e de insucesso terapêutico no tratamento da depressão com a EFT e a terapia cognitivo-comportamental. Foi construída a hipótese de que os clientes do grupo da EFT apresentam níveis mais profundos de processamento emocional do que os clientes do grupo da CBT. Os

resultados demonstraram que os clientes que fazem parte dos casos de sucesso, em ambas as terapias, apresentam níveis de EXP superiores aos que pertencem aos casos de insucesso. Em ambas as terapias, o nível médio de EXP foi de três, sugerindo a presença de referências pessoais a sentimentos e experiências emocionais durante as sessões. Em relação à análise da EXP nas diferentes fases da terapia, nos grupos de sucesso, em ambas os tratamentos, a EXP aumenta até à fase de trabalho e começa a decrescer ligeiramente no final da terapia, o que sugere que o nível de envolvimento, exploração e resolução é mais profundo durante a fase de trabalho da terapia. Relativamente às diferenças entre as terapias, verificou-se que a EFT apresenta uma percentagem superior de valores superiores a cinco na escala EXP, o que vai ao encontro aos princípios e objetivos da terapia, que pressupõem um compromisso ativo com a reflexão e a exploração da experiência subjetiva e emocional, no sentido de serem trabalhadas a capacidade de reformulação de significados e a resolução de problemas. Em termos de eficácia, não foram encontradas diferenças significativas na redução de sintomas depressivos, comprovando a eficácia de ambas as terapias.

Concluindo, os pacientes com sucesso terapêutico apresentam níveis mais profundos de profundidade experiencial em todas as fases da terapia e estão mais comprometidos e focados em processos de exploração emocional e reflexão mais profundos, criando novos significados para as suas experiências do que os clientes com insucesso. O processamento emocional e a profundidade da experiência parecem ser um fator fundamental para a mudança nestas abordagens terapêuticas (Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire, 2013).

Em 2005, Missirlian e colaboradores conduziram um estudo com o objetivo de investigar a relação entre o nível de intensidade da expressão emocional, o processamento perceptual do cliente e a aliança terapêutica. A hipótese era a de que os episódios emocionais, com expressão emocional mais intensa e processados de forma mais reflexiva, no contexto de uma aliança terapêutica forte, estão associados à diminuição da sintomatologia depressiva e a melhorias no funcionamento interpessoal e nos níveis de auto-estima. Os autores procuravam verificar que a relação entre todas as variáveis é um preditor mais forte dos resultados da terapia, do que qualquer uma das variáveis sozinha.

Os resultados são reveladores da necessidade da presença de níveis mais intensos de expressão emocional para o progresso terapêutico. Esta variável é um preditor importante na redução de sintomas depressivos e na promoção da auto-estima, mas apenas quando são considerados os níveis da fase de trabalho. O processamento emocional é um forte preditor de mudança em todas as fases da terapia no que diz respeito à sintomatologia no geral, o que significa que a forma como o paciente gere a informação relacionada com experiências

problemáticas pode ser um fator importante para o progresso terapêutico. Níveis mais elevados de processamento perceptual estão associados a maior diminuição nos sintomas depressivos. Quando o processamento emocional é mais reflexivo e está associado à expressão de emoções mais intensas, pode ser esperada uma diminuição mais acentuada nos sintomas do que se considerarmos cada uma das variáveis isoladamente. Relativamente aos problemas interpessoais, apenas os níveis mais profundos de processamento perceptual nas fases de trabalho e final da terapia são preditores de progresso, o que significa que quando os pacientes aprendem a refletir sobre as suas experiências de forma mais diferenciada e integrativa, fortalecem as suas capacidades interpessoais.

Os resultados deste estudo sustentam a eficácia da EFT no tratamento da depressão. Suportam o princípio de que os resultados terapêuticos são potenciados quando as emoções do cliente são produzidas e reprocessadas de forma mais reflexiva e diferenciada. A aliança terapêutica aparece relacionada com a diminuição de sintomas depressivos, sobretudo na fase final da terapia. Resumidamente, o estudo conclui que a facilitação do processamento perceptual, a ativação emocional e a aliança terapêutica são elementos importantes para o sucesso da terapia, sobretudo quando integrados durante todo o processo.

Greenberg, Auszra & Herrmann (2007) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a relação entre a intensidade da expressão emocional e a produtividade das sessões durante a terapia com EFT. O que se verifica é que os pacientes com resultados mais fracos na terapia podem expressar emoções com a mesma intensidade que os clientes com maior progresso, ou seja, todos os pacientes podem expressar emoções de alta intensidade. No entanto, os pacientes com sucesso terapêutico expressam emoções com produtividade para a terapia, enquanto os clientes com menos progresso, expressam emoções intensas, mas não produtivas. Assim, para diferenciar grupos de sucesso e insucesso temos de ter em conta a produtividade da expressão emocional e não apenas a intensidade das emoções. Os autores concluíram que a produtividade da expressão de emoções mais intensas é mais importante para o sucesso terapêutico do que a intensidade emocional por si só.

Na continuidade da investigação no âmbito da produtividade nas sessões, Pascual-Leone e Greenberg (2007) conduziram um estudo com o objetivo de analisar as etapas do processamento emocional nas sessões produtivas da terapia experiencial (EFT e CC) no tratamento da depressão. Esta investigação incluiu a realização de dois estudos. No primeiro estudo, os autores analisaram seis casos clínicos e desenvolveram um modelo explicativo do processamento emocional em que as emoções, inicialmente processadas de forma insuficiente e indiferenciada, passam, com o decorrer da terapia, a ser processadas de forma avançada e

diferenciada, evidenciando a mudança. No segundo estudo, os autores aplicam este modelo a uma amostra de pacientes com depressão em tratamento com EFT e CC. As principais conclusões do estudo confirmam a presença de diferentes emoções ao longo da terapia que emergem durante as sessões em padrões sequenciais previsíveis e revelam que o modelo de processamento emocional é preditor de efeitos positivos durante as sessões.

Carryer & Greenberg (2010) desenvolveram um estudo com o principal objetivo de relacionar a aliança terapêutica com a intensidade da expressão emocional. Níveis mais baixos de intensidade de expressão emocional sugerem envolvimento deficitário, evitamento ou intelectualização excessiva e confirmam a relação anteriormente estudada entre níveis baixos de intensidade de expressão emocional e menor progresso na terapia. Os níveis mais intensos de expressão emocional aparecem linearmente relacionados com o progresso terapêutico. No entanto, este estudo conclui que níveis muito intensos de expressão emocional também podem ser prejudiciais para a terapia, sobretudo quando mantida durante muito tempo ou em sessões sucessivas. Durante as sessões nas fases de trabalho e final da terapia, uma taxa de 25% de expressão emocional moderada – elevada é preditora de bons resultados terapêuticos.

Pos, Paolone, Smith & Warwar (2017) estudaram a importância da ativação emocional para o sucesso terapêutico, avaliando a relação entre esta variável e a profundidade experiencial na EFT. Os autores defendem que a ativação emocional facilita o processo de atribuir significados às experiências e torna os pacientes mais atentos ao que está a acontecer durante a terapia. Os resultados revelaram que a ativação emocional se intensifica significativamente à medida que a terapia avança. A relação entre a ativação emocional e a profundidade experiencial depende da fase da terapia. A relação mais forte entre as duas variáveis está presente na fase de trabalho. Na fase final, a ativação emocional parece não ter um impacto tão grande na profundidade experiencial como na fase anterior, embora se mantenha uma associação positiva entre as variáveis.

Watson & Geller (2005) conduziram um estudo com o objetivo de investigar a relação entre a aliança terapêutica, as competências relacionais do terapeuta e os resultados da EFT, tendo por comparação a terapia cognitivo-comportamental. Os resultados do estudo são consistentes com a literatura. A avaliação dos pacientes sobre as condições da relação é preditor dos resultados da terapia nas medidas de depressão, atitudes disfuncionais e auto-estima, o que reforça a importância das condições relacionais para o progresso terapêutico. Contudo, no que diz respeito às dificuldades interpessoais, a mudança não parece ser medida pelas condições da relação terapêutica. Considerando que a relação terapêutica é um dos pilares da EFT, os autores construíram a hipótese de que as avaliações das condições da relação seriam superiores no

grupo dos pacientes tratados com esta terapia, comparativamente às do outro grupo. Contrariamente à hipótese inicial, não foram encontradas diferenças na avaliação dos pacientes em relação à empatia, aceitação incondicional e congruência. No entanto, os clientes da EFT sentem que são mais valorizados pelos seus terapeutas do que os do outro grupo. Os itens avaliados nesta categoria são a amabilidade, a capacidade de ser acolhedor, a apreciação e o respeito, o que é congruente com os princípios da relação na EFT.

Em 2011, Watson e seus colaboradores realizaram um estudo com a finalidade de avaliar a relação entre a regulação emocional (comprometida na depressão, com dificuldades cognitivas e emocionais no processamento), o processamento emocional nas sessões, a aliança e os resultados na terapia. Compararam os resultados da EFT e CBT no tratamento da depressão. Os autores concluíram que o nível de regulação afetiva inicial prevê o nível de processamento emocional durante as fases inicial e de trabalho da terapia. A qualidade e a profundidade do processamento emocional na sessão são mediadores da relação entre os níveis inicial e final da regulação emocional. O nível de regulação emocional na fase final da terapia é mediador da relação entre o nível mais elevado do processamento emocional na fase de trabalho e os resultados em todas as medidas, independentemente da aliança terapêutica. A capacidade inicial para a regulação emocional influencia a forma como o paciente se compromete com as suas emoções na terapia e com o envolvimento na sessão, particularmente a capacidade reflexiva. Assim, suporta os estudos que demonstram que a profundidade do processamento emocional está relacionada com o sucesso da terapia. Este estudo demonstra a importância do processamento emocional na sessão e reforça o papel do terapeuta como facilitador da simbolização, aceitação, regulação e diferenciação de emoções, através de intervenções específicas (Elliott et al., 2013).

Terapia focada nas emoções e narrativa

Nos últimos anos, os autores têm manifestado interesse em compreender a relação entre a emoção e a narrativa em psicoterapia. Os processos de simbolização e de diferenciação emocional a partir das narrativas pessoais parecem facilitar a capacidade de elaboração das experiências e de criação de novos significados, objetivo da terapia focada nas emoções. Assim, o processo reflexivo no contexto das narrativas pessoais surge como uma das intervenções centrais na EFT, tendo sempre presente que a capacidade de integrar com significado a narrativa e a emoção pode ser um instrumento para a mudança terapêutica. Os resultados dos estudos do

programa *Narrative Process Coding System* conduziram ao desenvolvimento de um modelo de intervenção na EFT que passa a integrar a narrativa. Neste modelo, os clientes são orientados para trabalhar na terapia as experiências emocionais mais dolorosas e difíceis. No tratamento da depressão pode ser importante que os pacientes tolerem as suas histórias e emoções mais vulneráveis através da reflexão, regulação emocional e atribuição de significados nas sessões (Angus, 2012).

Boritz e seus colaboradores (2011) desenvolveram um estudo com o principal objetivo de investigar a relação entre a especificidade das memórias auto-biográficas (MAB), a intensidade da expressão emocional e a sua importância para o sucesso da terapia. Esta relação foi analisada nas diferentes fases da terapia e nas duas terapias experienciais (EFT e CC). Foi encontrada uma associação positiva entre a especificidade das MAB e a intensidade da expressão emocional. Para os clientes com melhores progressos na terapia, as MAB estão associadas a níveis mais intensos de expressão emocional em todas as fases da terapia. Para os clientes com menor sucesso terapêutico as MAB estão associadas a níveis mais baixos de intensidade emocional. Resumidamente, o estudo parece concluir que não são as memórias auto-biográficas ou a intensidade emocional que são, por si só, promotoras do sucesso terapêutico, mas sim, a sua integração.

Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus & Greenberg (2010) têm vindo a preocupar-se em estudar a aplicação do conceito de *Innovative Moments* (IM), desenvolvido para a Terapia Narrativa, na Terapia Focada nas Emoções. Os *Innovative Moments* podem ser definidos como todos os eventos na terapia em que o cliente se descreve de forma diferente daquela que seria expectável se for considerado o seu funcionamento habitual, problemático, que motivou a terapia. Quando explorados, os IM podem promover a construção de novas narrativas pessoais, ou seja, novas formas de pensar, agir, sentir e relacionar. *The Innovative Moments Coding System* (IMCS) foi criado para permitir a identificação e classificação sistemática de cinco diferentes tipos de IM: ação, reflexão, protesto, reconceptualização e realização de mudanças. Este conceito tornou-se muito importante por tornar possível, via IM, a identificação precoce dos sinais de mudança durante a terapia.

Na análise intensiva de um caso de sucesso de EFT no tratamento da depressão através do IMCS, os mesmos autores perceberam que a aplicação deste modelo facilita uma compreensão mais rica e profunda da análise da mudança nesta terapia. Os IM com maior prevalência na análise do caso foram os de protesto, reflexão e de reconceptualização. Por outro lado, os IM de ação foram os menos significativos. Parece existir uma evolução dos diferentes de IM de acordo com as fases do processo psicoterapêutico. Os IM de reflexão aparecem em

momentos-chave na terapia, quando a paciente se envolve em processos de elaboração mais profundos. Na fase inicial da terapia, estes IM relacionam-se com novas formulações sobre o problema e compreensão das suas causas. Nas fases de trabalho e final, este tipo de IM traduz novas formas de conhecimento dos problemas e capacidade para identificar novas estratégias de resolução para o futuro.

Os IM de protesto aumentam de forma significativa até à fase de trabalho e depois começam a decrescer. Este tipo de IM emergem, habitualmente, das tarefas propostas pelo terapeuta. Na fase inicial estes IM representam a confrontação e a crítica do paciente com o problema. À medida que se desenvolve a capacidade de expressão emocional, a compreensão e o conhecimento sobre si, o paciente torna-se mais assertivo e os IM de protesto revelam esta atitude de maior conhecimento e assertividade face ao problema e a si mesmo. Os autores consideram que são os IM de protesto que facilitam o processamento cognitivo e emocional das experiências, que está associado, como vimos na secção anterior, ao sucesso terapêutico. Os IM de reconceptualização começam a surgir na fase de trabalho da terapia e mantêm a tendência crescente até ao final da terapia. Estes são os IM que refletem o processo de mudança.

Mendes et al. (2010) conduziram um estudo com o objetivo de analisar o desenvolvimento dos IM na EFT. A investigação pretendia, ainda, avaliar a aplicabilidade do conceito nesta modalidade terapêutica, para o tratamento da depressão. Os resultados demonstram que é possível identificar diferentes tipos de IM em todos os casos da amostra, o que sugere a possibilidade de aplicar este conceito para estudar a mudança na EFT. Nos casos de sucesso terapêutico foi encontrado um maior número de IM, sobretudo de reconceptualização e de realização de mudança, o que parece traduzir que, nestes casos, o processo de envolvimento e de elaboração é mais profundo e também se reflete no desenvolvimento dos IM. Verificou-se, ainda, que foram encontrados poucos IM de ação, o que faz sentido se considerarmos os princípios da EFT, que privilegia a elaboração e a experiência emocional, em detrimento da promoção de ações de inovação.

Angus & Kagan (2013) também analisaram um caso clínico de sucesso de EFT no tratamento da depressão para investigar as experiências de mudança do paciente e o processo de reconstrução de narrativas pessoais. Os resultados revelam a pertinência da relação entre a expressão e a criação de novas narrativas. A paciente reconhece a importância de entrar em contacto com os seus sentimentos e emoções em níveis de processamento mais profundos, para permitir a criação de novas narrativas. As narrativas que emergem da mudança na terapia reforçam o valor de ter experiências inicialmente bloqueadas e de articular o processamento emocional para a concretização da mudança.

O conceito de IM foi aplicado ao estudo da expressão da ambivalência durante o tratamento da depressão com a terapia focada nas emoções (Ribeiro et al., 2014). A hipótese deste estudo é a de que a expressão da ambivalência tende a diminuir ao longo da terapia em casos clínicos com progresso, mas não nos casos clínicos com resultados mais pobres. Para a análise da ambivalência, os autores partem dos conceitos de IM e de *Return-to-the-problems markers* (RPM). A ambivalência é conceptualizada como um movimento cíclico no qual a emergência de uma novidade na narrativa do cliente (*Innova*) é imediatamente seguida pelo retorno à forma dominante da narrativa do cliente, a sua forma habitual de compreender o mundo, ou seja, perante a mudança, o cliente rapidamente minimiza, banaliza ou contradiz a novidade, desvalorizando a sua importância (*Return-to-the-problems markers*- RPM).

Os resultados demonstram que os RPM emergem nos dois grupos de análise, sugerindo que a ambivalência integra o processo de mudança, o que é consistente com a teoria. Contudo, o sucesso terapêutico implica que este movimento seja progressivamente menor à medida que a terapia avança. Os resultados demonstram que os IM são mais vezes seguidos de RPM nos casos de insucesso terapêutico do que nos casos de sucesso terapêutico, o que vai ao encontro da visão construtivista do *self* na EFT, na qual a ameaça e o confronto entre duas formas de organização opostas (facilitado, por exemplo, pelo trabalho da cadeira vazia), permite integrar partes discrepantes do *self* e a construção e consolidação de um *self* auto-organizado, diminuindo a expressão da ambivalência. Compreende-se, então, que a diminuição de RPM nos casos de sucesso reflita a capacidade do paciente para integrar a mudança no funcionamento psicológico dominante (Ribeiro et al., 2014).

Conclusão

Os estudos realizados sustentam a eficácia da EFT no tratamento da depressão. Os benefícios da terapia são estudados quer em comparação com modalidades terapêuticas experienciais, como a terapia centrada no cliente, mas também com outras orientações teóricas, como a terapia cognitivo-comportamental. De facto, a EFT parece, não só, ser mais eficaz na redução de sintomas e de problemas interpessoais, como também na prevenção de recaídas, com os seus benefícios a prolongarem-se durante mais tempo. Se considerarmos os objetivos e os princípios da EFT verificamos que a terapia integra elementos da terapia centrada no cliente, sobretudo a relação terapêutica empática que lhe é característica. Para além disso, também

valoriza o papel da cognição para a concretização dos objetivos a que se propõe, tal como a terapia cognitivo-comportamental. Poderá a EFT ser uma abordagem mais eficaz pela sua concetualização mais completa? A verdade é que a EFT integra elementos das terapias experienciais, valorizando a relação terapêutica e acompanhando o processo experiencial do paciente, mas reforçando, simultaneamente, a importância da realização de intervenções mais ativas para o desenvolvimento de competências que tornem os esquemas emocionais mais adaptativos, reconhecendo, invariavelmente, o papel imprescindível e indissociável da percepção e da cognição (Yazar & Greenberg, 2010). Ainda que apresentem resultados promissores, estas investigações têm, na sua maioria, uma limitação importante relacionada com a amostra. Em alguns dos estudos existem poucos participantes e noutros estudos a amostra é, muitas vezes, reutilizada. Nesse sentido, sugere-se a replicação futura dos estudos com amostras de maiores dimensões e com outras características.

Os resultados relativos ao processamento emocional revelam a associação positiva entre a existência de níveis mais profundos de experiência na terapia e o progresso terapêutico. Tendo em conta que um dos objetivos da EFT no tratamento da depressão implica o acesso a esquemas emocionais que transformem emoções não adaptativas, em respostas adaptadas, conseguir orientar o paciente para conseguir envolver-se e comprometer-se mais profundamente com o trabalho terapêutico. As técnicas e as intervenções sugeridas pelo terapeuta promovem o processamento emocional e a intensificam a expressão emocional. (Greenberg, 2017). Contudo, os estudos mostram que a intensidade da expressão emocional não promove, por si só, a mudança na terapia, mas sim a integração deste fator com outras características do processo terapêutico, como a produtividade das sessões, ou a aliança terapêutica. Para além disso, é interessante que a expressão emocional mais intensa não se relacione, de forma linear, com o sucesso na terapia. De facto, apenas níveis moderados de expressão emocional associados ao processo reflexivo e de elaboração parecem estar diretamente relacionados com a mudança.

A integração da narrativa no estudo das emoções constitui o campo de investigação mais recente neste âmbito. A narrativa e a emoção influenciam-se mutuamente durante a terapia, pelo que os modelos de explicação e os instrumentos de avaliação já desenvolvidos começam a ter a sua aplicabilidade sustentada na EFT (Goldman, 2017). No entanto, continuam a ser necessários estudos que comprovem os benefícios deste encontro e que possibilitem estudar as vantagens da integração da narrativa nas ações de intervenção, para delinear estratégias terapêuticas eficazes.

Referências

- 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(4), 367-380. doi: 10.1080/10503307.2012.683988
- *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: 10.1037/a0033358
- * Boritz, T.Z., Angus, L., Monette, G., Hollis-Walker, L. & Warwar, S. (2011). Narrative and emotion integration in psychotherapy: Investigating the relationship between autobiographical memory specificity and expressed emotional arousal in brief emotion-focused and client-centered treatments of depression. *Psychotherapy Research*, 21(1), 16-26. doi: 101080/10503307.2010.504240.
- * Carryer, J. R. & Greenberg, L. S. (2010). Optimal Levels of Emotional Arousal in Experiential Therapy of Depression. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 78(2), 190-199.
- * Dessaulles, A., Jonhson, S. M. & Denton, W. H. (2003). Emotion-Focused Therapy for Couples in the Treatment of Depression: A Pilot Study. *The American Journal of Family Therapy*, 31(5), 345-353. doi: 10.1080/01926180390232266
- Elliott, R., Greenberg, L.S., Watson, J., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp.495-538). New York: Wiley.
- * Ellison, J., Greenberg, L., Goldman, R. & Angus, L. (2009). Maintenance of gains at follow-up in experiential therapies for depression. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 77(1), 103-112.
- Goldman, R. N. (2016). Emotion-Focused Therapy. In D. J. Cain, K. Keenan & S. Rubin (Eds.), *Humanistic Psychotherapies: Handbook of Research and Practise* (pp. 319-347). Washington, DC, US: American Psychological Association. doi: 10.1037/14775-011
- Goldman, R. N. (2017). Case formulation in emotion-focused therapy. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. Jun, 1-19. doi: 10.1080/14779757.2017.1330705
- * Goldman, R. N., Greenberg, L.S. & Angus, L. (2006). The effects of adding emotion-focused interventions to the client-centered relationship conditions in the treatment of depression. *Psychotherapy Research*, 16(5), 537-549. doi: 10.1080/10503300600589456

- * Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L. E. & Greenberg, L. S. (2010). Innovative moments and change in emotion-focused therapy: The case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 267-294. doi: 10.1080/10720537.2010.489758.
- * Greenberg, L. S., Auszra, L. & Herrmann, I. R. (2007). The relationship among emotional productivity, emotional arousal and outcome in experiential therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 17(4), 482-493. doi: 10.1080/10503300600977800
- Greenberg, L.S. Emotion-Focused Therapy: A clinical Synthesis (2010). *Focus*. III (1). 32-42. doi: <https://doi.org/10.1176/foc.8.1.foc32>
- Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 16 (2). 106-117. doi: 10.1080/14779757.2017.1330702
- * 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. doi: 1080/1050330981231332317
- * Makinen, J.A. & Johnson, S.M. (2006). Resolving Attachment Injuries in Couples Using Emotionally Focused Therapy: Steps Toward Forgiveness and Reconciliation. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 74(6), 1055-1064. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1055
- * 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
- * Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H., Greenberg, L.S. (2005). Emotional Arousal, Client Perceptual Processing and the Working Alliance in Experiential Psychotherapy for Depression. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73(5), 861-871. doi: 10.1037/0022-006X.73.5.861
- * Pascual-Leone, A. & Greenberg, L.S. (2007). Emotional Processing in Experiential Therapy: Why the “Only Way Out Is Through”. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875-887.
- * Pos, A. E., Greenberg, L. S., Korman, L. M. & Goldman, R. N. (2003). Emotional Processing During Experiential Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6). doi: 1007-1016, 10.1037/0022-006X.71.6.1007

- * Pos, A. E., Paolone, D. A., Smith, C. E. & Warwar, S. H. (2017). How does client expressed emotional arousal relate to outcome in experiential therapy for depression?. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 173-190. doi: 10.1080/14779757.2017.1323666
- * Ribeiro, A. P., Mendes, I., Stiles, W. B., Angus, L., Sousa, I. & Gonçalves, M. M. (2014). Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: The maintenance of problematically dominant self-narratives. *Psychotherapy Research*, 24(6), 702-710. doi: 10.1080/10503307.2013.879620
- * Watson, J.C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogeranos, F. & Steckley, P. (2003). Comparing the Effectiveness of Process – Experiential With Cognitive – Behavioral Psychotherapy in the Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 773-781. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.773
- * Watson, J. C. & Geller, S. M. (2005). The relation among the relationship conditions, working alliance, and outcome in both process-experiential an cognitive-behavioral psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15 (1), 1-8. doi: 10.1080/10503300512331327010
- * Watson, J. C., Bedard, D. L. (2006). Clients' Emotional Processing in Psychotherapy: A Comparison Between Cognitive-Behavioral and Process-Experiential Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 152-159. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.152
- * Watson, J. C., McMullen, E. J., Prosser, M. C. & Bedard, D. L. (2011). An examination of the relationships among clients' affect regulation, in-session emotional processing, the working alliance, and outcome. *Psychotherapy Research*, 21 (1), 86-96. doi: 10.1080/10503307.2010.518637
- Yazar, K. & Greenberg, L. S. (2010). Emotion – focused therapy: na overview. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*. 4 (33). 1-12.

* Estudos empíricos incluídos na revisão de literatura

Tabela dos estudos sobre terapia focada nas emoções e depressão

Estudo	Objectivo	Amostra	Terapia	Método	Instrumentos	Resultados
Greenberg & Watson (1998)	Comparar a eficácia da EFT com a CC no tratamento da depressão.	N=34; idade média de 39,64. Diagnóstico de depressão <i>major</i> .	EFT CC 16-20 Sessões semanais áudio e vídeo gravadas 11 Terapeutas com formação adicional em EFT e CC.	Preenchimento de questionários no início e no final de cada sessão. PEQ sessão 4,7,16 20 BDI,SER,IIP, SCL-90 e TCBS (uma semana antes, depois da sessão 8, no final da terapia e numa sessão de FU 6 aos meses)	BDI SCL-90-R RSE IIP TCBS Longitudinal Interval Follow-up Evaluation II WAI BLRI TAES	O tratamento com a EFT apresentou melhores resultados na fase de trabalho e final da terapia. (Sintomas, Problemas interpessoais auto-estima). Os tratamentos não apresentaram alterações num FU aos 6 meses após a terapia.
Dessaulles, Johnson & Denton (2003)	Comparar EFT para casais e farmacoterapia no tratamento da depressão.	7 Casais no grupo da EFT e 5 casais no grupo de farmacoterapia.	EFT – 14 sessões individuais semanais + 1 sessão individual 6 Terapeutas.	Aplicação do IDD e DAS antes do tratamento, 7ª semana, depois do tratamento e 6 meses depois.	DAS CDIS IDD	EFT eficaz no tratamento da depressão no casal mas, mais eficaz no grupo das mulheres.
Pos, Greenberg & Goldman (2003)	Analisar a importância do processamento emocional para a mudança nos sintomas depressivos, auto-estima e problemas interpessoais.	N=34 Diagnóstico de depressão <i>major</i> .	CC EFT (16-20 sessões) 8 Terapeutas com formação adicional em EFT e CC	Identificação e cotação de eventos emocionais	EXP BDI SCL-90-R RSE IIP Session Change Measure Helpful Aspects of Therapy Form	O processamento emocional torna-se mais profundo ao longo da terapia. O processamento emocional é preditor de redução nos sintomas e melhoria nos níveis de auto-estima.
Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos & Steckley (2003)	Comparar a eficácia da EFT com CBT no tratamento da depressão.	N=66 Diagnóstico de depressão <i>major</i> .	EFT CBT 16 Sessões semanais 15 Terapeutas com formação adicional em EFT e CBT	Sessões vídeo e áudio gravadas. Preenchimento de todos os instrumentos no início e no final da terapia.	SCID-IV BDI IIP RSESCL-90-R DAS (PF-SOC)	As 2 terapias são eficazes no tratamento da depressão. Não foram encontradas diferenças nos grupos nos níveis de depressão, auto-estima, atitudes disfuncionais e níveis gerais de distress. O grupo EFT apresenta maior diminuição nos problemas interpessoais.

Missirlian, Toukmanian Warwar & Greenberg (2005)	Investigar se os EE com processamento mais profundo e no contexto de uma relação terapêutica empática, estão associados ao progresso.	N=32 Diagnóstico de depressão <i>major</i> .	EFT CC (14-20 sessões semanais áudio-gravadas e transcritas) 11 Terapeutas com treino adicional nas terapias.	Selecionadas as 2 primeiras, as 2 últimas e as 2 sessões do meio da terapia. Selecionados e cotados os eventos emocionais.	BDI RSE IIP WAI CEAS-III LCPP	A presença de níveis de expressão emocional mais intensos é mais importante na fase de trabalho da terapia. Níveis de processamento emocionais mais profundos promovem a redução de sintomatologia depressiva. A facilitação do processamento emocional, pela terapia, facilita a redução de sintomas depressivos. Suporte a eficácia da EFT.
Watson & Geller (2005)	Investigar a relação entre a aliança terapêutica, as competências relacionais do terapeuta e os resultados na EFT tendo por comparação a CBT.	N=66 Idade média 41.70 diagnóstico de depressão <i>major</i> .	EFT CBT 16 Sessões semanais 15 Terapeutas (8 CBT e 7 EFT)	Instrumentos preenchidos na sessão 8 e 16. RI na sessão 9 e 12 WAI depois de todas as sessões	BDI IIP RSE DAS RI WAI	A classificação que os clientes fazem das condições da relação terapêutica pode prever os resultados da terapia em ambos os grupos, nas medidas de depressão, atitudes disfuncionais e auto-estima. Não foram encontradas diferenças entre as terapias na avaliação dos clientes em relação à empatia, aceitação incondicional e congruência. Na EFT os clientes sentem que são mais considerados pelos seus terapeutas.
Goldman, Greenberg & Angus (2006)	Analisar os efeitos da associação de intervenções de EFT à relação da CC no tratamento da depressão.	N=38 com idade média de 39.5. Diagnóstico de depressão <i>major</i> .	EFT CC (16-20 sessões semanais) 14 Terapeutas (pelo menos 1 ano de experiência e formação adicional).	BLRI aplicada depois da sessão 2 e 8 Aplicação de todos os instrumentos no início, depois da 8ª sessão e no final da terapia.	BDI SCL-90-R RSE IIP BLRI Perceived Empathy Scale Truax Accurate Empathy Scale Task-Specific Intervention Adherence Measure.	Os 2 tratamentos foram eficazes no tratamento da depressão (redução dos sintomas e melhoria dos níveis de auto-estima e funcionamento interpessoal). A associação de intervenções EFT à relação terapêutica empática melhora a eficácia do tratamento.

Makinen & Jonhson (2006)	Descrição do processo de resolução de problemas na terapia de casal com EFT.	24 Casais	EFT 12 Sessões	13 Terapeutas com treino em EFT	EXP SASB AIM PSRQ Couples Therapy Alliance Scale DAS RTS ECR IRRS	Casais com sucesso no processo de resolução são mais afiliativos e apresentam menor hostilidade no final da terapia e apresentação níveis mais elevados de profundidade experiencial à medida que o tratamento progride comparando com casais que tenham insucesso.
Watson & Bedard (2006)	Analisar o processamento emocional nos casos de sucesso e insucesso terapêutico no tratamento da depressão em clientes que receberam CBT e EFT.	N=40 com idade média de 41.13 Diagnóstico de depressão <i>major</i> .	EFT TCC 16 Sessões Terapeutas: 7 EFT e 8 CBT.	Formação de 2 grupos (<i>Good Outcome / Bad Outcome</i> – BDI). Aplicada EXP a 3 sessões da terapia (3, 6-10, 11-15).	EXP CTSC-R BDI IIP SCL-90-R DAS	Os clientes do grupo de sucesso apresentam valores mais elevados na EXP do que os do outro grupo em ambas as terapias. Os níveis de EXP aumentam de um nível base até à fase de trabalho, decrescendo no final. EFT apresenta % mais altas de níveis de EXP mais elevados do que CBT.
Greenberg, Auszra & Herrmann (2007)	Análise da produtividade e do grau de intensidade da expressão emocional de casos clínicos com sucesso e insucesso terapêutico na terapia experiencial no tratamento da depressão.	N= 8 Diagnóstico de depressão <i>major</i> que completaram tratamento com EFT ou CC e que foram selecionados de uma amostra de 72.	EFT CC (16-20 sessões) Terapeutas: 8 com treino adicional em EFT e CC.	Seleção dos clientes de acordo com o resultado da terapia (2 melhores, 2 piores dos 5 melhores e 5 piores).	Client Expressed Emotional Arousal Scale-III Productivity Scale	Não foram encontradas diferenças significativas no grau de intensidade de expressão emocional nos 2 grupos. Os casos de sucesso terapêutico expressam emoções mais produtivas do que os casos de insucesso. É a produtividade emocional e não a intensidade da expressão emocional que facilita a mudança terapêutica.
Pascual-Leone & Greenberg (2007)	Analisar as etapas do processamento emocional nas sessões mais produtivas da terapia experiencial. (2 estudos)	Estudo 1 - N= 6 Estudo 2 – N= 34 com idade média de 42 anos	Estudo 1 – EFT Estudo 2 – EFT e CC 19 Terapeutas	Estudo 1 – Seleccionada 1 sessão por cliente 3 dos 6 casos analisados na totalidade para construir um modelo do processo de mudança.	Estudo 2- CAMS EXP	O processamento sequencial de emoções promovido pelo EFT pode prever valores mais elevados de processamento emocional durante a terapia.

Greenberg, Goldman & Angus (2009)	Comparar as taxas de recaída num FU aos 18 meses entre EFT e CC.	N= 43 participantes com terapia completa em EFT ou TCC diagnóstico de depressão <i>major</i> .	EFT CC (16-20 sessões semanais)	Follow-up aos 6,12 e 18 meses (Realização de entrevista preenchimento o de todos os instrumentos)	LIFE-II BDI SCL-90-R RSE IIP	Não foram encontradas diferenças significativas nos 2 grupos num FU de 6 meses. Aos 18 meses o grupo da EFT apresenta menor número de recaídas. Nas medidas de auto-avaliação, os grupos não apresentam diferenças significativas ao fim de 6 meses. Aos 18 meses, o grupo da EFT apresentou melhores resultados na sintomatologia depressiva e auto-estima.
Carrier & Greenberg (2010)	Explorar a relação entre a intensidade da expressão emocional e os resultados terapêuticos.	N=38 com idade média de 39.5 Diagnóstico de depressão <i>major</i> .	EFT CC 14 Terapeutas com treino adicional nas terapias.	Aplicação da WAI na 4ª sessão Aplicação do BDI, GSI, SCL-90-R, IIP e RSES antes e depois da terapia. Identificação das 3 sessões com intensidade de expressão emocional mais elevada.	CEAS-R WAI TPSQ BDI SCL-90-R RSE IPP	Emoções de intensidade moderada são promotoras do progresso terapêutico.
Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus & Greenberg (2010)	Aplicação do modelo <i>Innovative Moments Coding System</i> (IMCS) à análise intensiva do processo de mudança de um caso de sucesso de EFT no tratamento da depressão.	Mulher de 27 anos com diagnóstico de depressão <i>major</i> .	EFT	Estudo de caso	<i>Innovative Moments Coding System</i> manual (IMCS)	Foram encontradas tanto semelhanças como diferenças com outros casos de sucesso terapêutico na terapia narrativa. Os <i>i-moments</i> têm quase o dobro da duração neste caso quando comparados com casos na terapia narrativa. Quase não existem <i>i-moments</i> de <i>performing change</i> . Os <i>i-moments</i> de <i>protest</i> são facilitados pelas técnicas da EFT (maior nº de <i>i-moments</i> de <i>reconceptualização</i>).

Mendes, Ribeiro, Angus, Greenberg, Sousa & Gonçalves (2010)	Analisar o desenvolvimento dos <i>Innovative Moments</i> na EFT através do IMCS.	N=6 com idade média de 45.50 Diagnóstico de depressão <i>major</i>	EFT (16-20 sessões) 5 Terapeutas	Codificação dos casos através do IMCS Definição das narrativas problemáticas Identificação dos IM	IMCS	O IMCS consegue identificar os diferentes IM na EFT e pode ser utilizado como método efetivo de avaliação. Nos casos de sucesso terapêutico todos os IM estão presentes. Nos casos de insucesso terapêutico só estão presentes IM de <i>reflection</i> e <i>protest</i> .
Boritz, Angus, Monette, Hollis-Walker & Warwar (2011)	Investigar a relação entre a especificidade das memórias autobiográficas, a intensidade da expressão emocional e a sua importância para o sucesso da terapia (EFT e CC).	N=34 com idade média de 39.64 Diagnóstico de depressão <i>major</i> .	EFT CC (15-20 sessões semanais) 11 Terapeutas	Codificação de EEs e MAB.	EEs CEAS-III NPCS ABM Specificity BDI	A especificidade das MAB e a intensidade da expressão emocional estão positivamente relacionadas em todas as fases da terapia. A integração das MAB e da intensidade da expressão emocional é promotora do sucesso terapêutico.
Watson, McMullen, Prosser & Bedard (2011)	Examinar a relação entre a regulação afetiva, o processamento emocional nas sessões, a aliança e os resultados terapêuticos.	66 Participantes (67% Mulheres e 33% Homens com idade média de 41.52 anos)	CBT EFT (16 sessões semanais) 15 Terapeutas	BDI, RSE, SCL-90-R, IIP, DAS completados no final da terapia O-MAR, EXP e WAIS-S aplicados na sessão 1 ou 2 e 15 ou 16.	EXP O-MAR WAI-S BDI IIP RSE SCL-90-R DAS	O nível de regulação afetiva inicial prevê o nível de processamento emocional durante a fase inicial e de trabalho. A profundidade do processamento emocional está relacionada com o sucesso na terapia.
Angus & Kagan (2013)	Análise das experiências de mudança e o processo de reconstrução de narrativas pessoais num caso clínico de sucesso de EFT no tratamento da depressão.	Mulher de 29 anos com diagnóstico de depressão <i>major</i>	EFT (16 sessões semanais) 1 Terapeuta com treino e supervisão em EFT	Estudo de caso Aplicação do NAI à paciente depois da primeira sessão e no final da terapia	NAI CTSM WAY BDI	O processamento profundo das experiências emocionais é importante para a construção de novas narrativas pessoais.

Ribeiro, Mendes, Stiles, Angus, Sousa & Gonçalves (2014)	Testar a hipótese de que a expressão da ambivalência diminui ao longo da terapia em casos com bons resultados, mas não em casos com maus resultados.	N= 6 com idade média de 45.50 Diagnóstico de depressão <i>major</i>	16-20 Sessões semanais de EFT (3 casos de sucesso e 3 casos de insucesso terapêutico) 5 Terapeutas	Codificação dos IM e RPM	BDI IMCS RPCS	Os IM são habitualmente seguidos por RPM nos casos de insucesso terapêutico, ou seja a expressão da ambivalência tende a ser superior nestes casos.
Pos, Paolone, Smith & Warwar (2017)	Analisar a importância da profundidade da experiência e da intensidade da expressão emocional para terapias experienciais no tratamento da depressão.	N=32 com idade média de 37 anos Diagnóstico de depressão <i>major</i>	CC EFT 16-20 Sessões semanais	Identificação e cotação de EE em 6 sessões para cada cliente (2 fase inicial + 2 fase média + 2 fase final) com valores mais intensos de expressão emocional	CEAS-III-R EXP BDI	A intensidade da expressão emocional prediz de forma indireta o resultado mediado pela profundidade da experiência. A terapia experiencial faz aumentar a ativação emocional ao longo do tratamento.

Artigo empírico

**Profundidade da experiência, evocação de memórias episódicas e mudança em
Psicanálise**

Resumo

Enquadramento: Já existem estudos sobre a profundidade da experiência em psicoterapia e da sua relação com os resultados terapêuticos mas limitam-se a alguns modelos terapêuticos humanista e experienciais e a psicoterapias de curta duração. **Objetivo:** Análise do nível de profundidade da experiência e da sua relação com os incidentes de mudança e com a recordação de memórias episódicas, durante um processo de psicanálise. **Método:** A cada uma das sessões de psicanálise (N=383) aplicou-se o *The Experiencing Scale*, e o *Change After Psychotherapy Scales* e foram identificadas as memórias episódicas. **Resultados:** A participante manteve níveis médio-altos de profundidade experiencial durante os primeiros 3 anos da análise e valores mais baixos na fase final do processo. Os níveis mais altos de EXP são coincidentes com fases de frequência mais alta de mudanças ao nível do insight, conflitos básicos ou capacidade adaptativa no CHAP, enquanto os níveis mais baixos estão associados a fases da terapia de maior estagnação. Sessões com níveis de EXP mais altos estão associados à evocação de maior número de memórias.

Palavras-Chave: Psicanálise; Estudo de caso; Profundidade da experiência; Incidentes de mudança; Memórias episódicas.

Abstract

Framework: There are already studies on the depth of experience in psychotherapy and its relation to therapeutic outcomes but are limited to some humanistic and experiential therapeutic models and short-term psychotherapies. **Purpose:** Analysis of the depth of the experience and its relationship with the incidents of change and with the memory of episodic memories, during a process of psychoanalysis. **Method:** *The Experiencing Scale* and the *Change After Psychotherapy Scales* were applied in each of the sessions of psychoanalysis (N = 383) and the episodic memories were identified. **Results:** The participant maintained medium-high levels of experiential depth during the first three years and lower values in the final stage of the process. The highest levels of EXP are coinciding with phases of higher frequency of changes at the level of insight, conflicts or adaptive capacity in CHAP, while lower levels are associated with more stagnant therapy phases. Sessions with higher EXP levels are associated with evoking a greater number of memories.

Key-Words: Psychoanalysis; Study case; Depth of experience; Psyc change; Episodic memory.

Introdução

A experiencição (EXP) surge como um constructo no âmbito das psicoterapias experienciais e relaciona-se, essencialmente, com a capacidade do indivíduo estar atento aos seus sentimentos e utilizar as vivências interiores como referência para a exploração e mudança. A experiencição pode ser conceptualizada como um *continuum*. Num extremo, o indivíduo desconhece os seus sentimentos e no outro extremo tem a sua atenção diretamente focada nas suas vivências interiores e nos seus sentimentos. É esta atitude que permite encontrar resoluções e construir novos significados. O progresso na psicoterapia é revelado pela progressão através deste *continuum*, utilizando as experiências interiores como referência pessoal de ação e significação (Hager, 1986).

Rogers (1958) e Gendlin (1969) foram os primeiros autores a desenvolver este conceito e a destacar a sua importância para o sucesso terapêutico. Rogers (1958) definiu o progresso do cliente na terapia como um movimento sequencial através de sete etapas, caracterizadas por mudanças específicas em diferentes vertentes: capacidade relacional, comunicação com o *self*, nível de incongruência, relação com problemas, construção da experiência, relação com sentimentos e experiencição. A progressão pelas diferentes fases implica a passagem de estados gerais de rigidez e inflexibilidade para níveis mais profundos de fluxo e de mudança. A conceptualização de Rogers (1958) e Gendlin (1969) é semelhante. Os dois autores enfatizam que o sucesso da terapia depende de mudanças progressivas qualitativas na forma como o cliente vivencia as suas experiências. No entanto, Rogers (1958) dá mais importância à forma como os sentimentos e os constructos influenciam o *self*, enquanto Gendlin (1969) valoriza mais fortemente as mudanças sensório-perceptuais reveladas pelos sentimentos do cliente e que acompanham os significados que emergem dessas mudanças (Hager, 1986). A patologia é compreendida como estando associada a níveis mais baixos de EXP, enquanto a mudança e o crescimento estão associadas ao aumento de EXP (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016). A profundidade experiencial pode ser definida como o grau de compromisso e de envolvimento do cliente, no processo emergente em cada sessão de terapia, na exploração de novos sentimentos e na criação de significados, em relação com o *self* (Gendlin, 1969).

Vários trabalhos têm sido desenvolvidos no âmbito do estudo da profundidade experiencial durante o processo psicoterapêutico. A primeira revisão teórica neste âmbito, referido por Pascual-Leone & Yeryomenko (2016), foi realizada por Luborsky, Crits-Christoph, Mintz e Auerbach (1988). Os autores apresentam uma revisão de 11 estudos com o objetivo de

analisar a relação entre a profundidade experiencial e os resultados da terapia, em diferentes abordagens. Concluíram que o nível de profundidade experiencial pode ser um preditor fiável do sucesso terapêutico, embora a conclusão seja provisória devido a limitações metodológicas do estudo. Hendricks (2002, 2009) procurou estudar não só esta relação, mas a possibilidade de capacitar o cliente para aprofundar os níveis de EXP durante a terapia. Na sua revisão, concluiu que níveis de EXP mais elevados estão relacionados com melhores resultados terapêuticos, em diferentes dimensões de análise. Os estudos evidenciam, ainda, que mesmos os clientes que iniciam a terapia com níveis mais baixos de EXP podem ser capacitados para atingirem níveis mais profundos como parte do seu processo terapêutico. Elliott, Greenberg, Watson, Timulak & Freire (2013) apresentaram uma revisão no âmbito das terapias humanísticas e experienciais com mais de 200 estudos. Alguns destes estudos suportam as conclusões de Hendricks (2002, 2009). Existe uma associação entre a *EXP* e os resultados da terapia e os clientes podem melhorar a sua capacidade para experienciar de forma mais profunda através das intervenções do terapeuta.

Pos, Greenberg, Korman & Goldman (2003) verificaram que o nível de profundidade experiencial no final da terapia corresponde ao progresso psicoterapêutico. Goldman, Greenberg & Pos (2005) concluíram que a evolução dos níveis EXP da fase inicial para a fase final da terapia pode ser considerada um forte preditor do sucesso terapêutico, superando a influência da aliança terapêutica. Watson & Bedard (2006) compararam casos de sucesso e de insucesso terapêutico em terapia experiencial e verificaram que os casos de sucessos apresentam, em todas as fases da terapia, níveis mais elevados de EXP. Em 2011, os resultados encontrados por Watson e seus colaboradores vêm sustentar os do estudo anterior – a profundidade do processamento emocional durante as sessões está relacionada com o sucesso da terapia.

Missirlan, Toukmanian, Warwar & Greenberg (2005) e Pos et al. (2003) acrescentam a importância de integrar a intensidade da expressão emocional com a profundidade experiencial, para potenciar o sucesso da terapia. Estes resultados são sustentados pelo estudo de Pos, Paolone, Smith & Warwar (2017). Watson, McMullen, Prosser & Bedard (2011) concluíram, ainda, que a capacidade inicial de regulação emocional do cliente tem um impacto significativo na qualidade do processamento emocional durante as sessões e no resultado da terapia. Na terapia de casal com EFT, Mäkinen & Johnson (2006) concluíram que os casais bem resolvidos apresentam níveis de EXP mais elevados do que os casais com problemas por resolver.

A profundidade experiencial pode ser considerada um fator comum do processo de mudança em psicoterapia e preditor do sucesso terapêutico (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016). Os estudos anteriormente apresentados são realizados no âmbito das terapias experienciais (Terapia Centrada no Cliente e Terapia Focada nas Emoções) e Terapia Cognitivo-Comportamental. O único estudo encontrado com abordagem psicodinâmica foi o de Rudkin e seus colaboradores (2007), que concluíram que quando comparados com os clientes em terapia cognitivo-comportamental, os clientes da abordagem psicodinâmica apresentam níveis mais elevados de EXP, que se relacionam com maior capacidade de assimilação. Em todos os estudos encontrados, independentemente da abordagem terapêutica, foram analisadas terapias mais intensivas, as terapias de intervenção breve. Na pesquisa realizada, não foram encontrados estudos realizados no âmbito da profundidade experiencial em terapias de longa duração.

Na sua meta-análise, Pascual-Leone & Yeryomenko (2016) analisaram os resultados de dez estudos e procuraram sustentar não só a relação entre a profundidade experiencial e os resultados terapêuticos, como também, analisar o comportamento da variável EXP nas diferentes fases do processo, construindo a hipótese de que esta associação pode ser mais forte se forem considerados os níveis de EXP da fase de trabalho da terapia, quando a relação terapêutica já está estabelecida e se espera que o processo de mudança seja revelado em níveis de experienciação mais profundos. Concluíram que os níveis de EXP tendem a aumentar desde a *baseline* (fase inicial) até ser atingido o nível máximo durante a fase de trabalho e mantendo-se estável até ao final do tratamento, mas sempre com valores mais elevados do que no início. Reforçaram a relação positiva entre a EXP e os resultados da terapia, traduzida, sobretudo, através das medidas de auto-avaliação (por exemplo BDI, IIP, RSE ou SCL-90-R). Assim, quanto mais profundo for o nível de experienciação do cliente, mais significativa será a redução dos sintomas psicopatológicas (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016).

Este estudo surge com a finalidade de contribuir para a compreensão da profundidade experiencial durante a psicoterapia, mais especificamente durante um processo de terapia de longa duração como a psicanálise, zona de investigação ainda por explorar. Pretende, assim, através de um estudo de caso, analisar o comportamento da EXP nas diferentes fases de um processo de psicanálise, bem como investigar a sua relação com outros fatores – incidentes de mudança e memórias episódicas – já investigados em estudos anteriores (Pires, Gonçalves, Sá, Silva & Sandell, 2016 & Pereira, 2016).

Método

Participante

Foi analisado o processo analítico de uma cliente de 43 anos, M. (nome fictício), com a duração total de três anos e oito meses (383 sessões). Quando iniciou a terapia as suas queixas principais eram a vivência de sentimentos depressivos e culpa, tendência para a inibição de sentimentos e emoções como a zanga e a raiva, demonstrando uma desconfiança básica (medo de abandono) e a necessidade de controlo permanente. Referia também queixas somáticas como cefaleias e odinofagia. M. é divorciada, não tem filhos, vive sozinha e tem um cargo executivo numa empresa em Lisboa.

Sensivelmente aos dois anos e meio, a mãe de M. morre, vítima de cancro, o que impulsiona a mudança de M. para casa dos avós paternos, com o pai e o irmão mais novo. M. sempre se sentiu limitada na expressão de sentimentos relacionados com a morte da mãe. Por volta dos cinco/seis anos manifesta enurese secundária, o que motiva a procura de ajuda psicológica, pelo pai. Aos dez anos o pai volta a casar-se e aos onze anos nasce uma irmã. M. é enviada para um colégio interno (onde a mãe tinha estudado). A relação com a madrasta construiu-se tendo por base sentimentos de rivalidade e de ressentimento relativamente ao pai. Apesar de se sentir traída, M. continuava a tentar aproximar-se da madrasta, com a finalidade de conseguir agradar o pai. Sempre se sentiu privilegiada, mas culpada por não conseguir satisfazer os desejos do pai. Quando descobriu que o pai tinha desejado um filho rapaz, rejeitou o feminino e assumiu papéis e características masculinas.

Aos doze anos vive uma experiência traumática de tentativa de violação. O episódio provoca a vivência de sentimentos de ansiedade de grande intensidade. Um anos depois, a visita a umas grutas desencadeia sintomas de claustrofobia, que se mantêm até à idade adulta. Durante a adolescência, M. descreve o ambiente familiar marcado pela repressão da sexualidade e pelos níveis de exigência muito elevados do pai. A intelectualização surge como forma de esconder a confusão interna, que aliada às crenças religiosas a faziam associar o sexo à perda de controlo.

Com vinte anos viaja para realizar uma pós-graduação. Inicia uma relação amorosa e vai viver com esse rapaz. Sente-se livre do controlo do pai. Três anos depois muda de país e envolve-se com outra pessoa, com quem acaba por casar. Refere-se ao casamento como um erro, por já não se sentir apaixonada e por ter uma vida sexual insatisfatória. Adiou a maternidade, mas já se encontrava a frequentar consultas de fertilidade, quando o marido se apaixonou por colega. O divórcio aconteceu dois anos e meio depois do casamento. O pai morre

pouco tempo depois e M. sai novamente do país, em trabalho. Por vivência de sentimentos depressivos, inicia psicoterapia de inspiração psicanalítica, com uma periodicidade de três vezes por semana, durante um ano e meio. Durante a terapia, os sintomas claustrofóbicos desaparecem. Quando regressa a Portugal, inicia este processo de psicoterapia psicanalítica.

Durante a terapia, M. demonstrou capacidade de expressar os seus principais conflitos. Conseguiu refletir e elaborar a sua relação com o pai, no que se refere, por exemplo, à repressão da sexualidade e à vivência de sentimentos de raiva e de ressentimento, algumas vezes projetados para o analista. Estas sessões alternavam com sessões em que era dominante o tema da perda precoce da mãe e dificuldade de identificação com o feminino, com a verbalização de sentimentos de inveja e de competição com o masculino. Na relação com a mãe predominam os sentimentos de tristeza e de abandono. Está presente uma insegurança básica, que impulsiona a procura permanente de aprovação e o medo do abandono. Nas relações amorosas, M. tende a evitar os parceiros quando se sente atraída para evitar a desilusão, o abandono e fantasias incestuosas. Casou com um homem que cuidada de si, mas pelo qual não se sentia atraída. Até determinada fase da sua vida foi incapaz de imaginar viver a experiência da maternidade. M. revelou capacidade de compreensão das interpretações, elaborando-as nas sessões seguintes. No contexto da relação terapêutica, a transferência evoluiu da hostilidade inicial (dizia gostar mais do terapeuta anterior) para uma transferência positiva e erotizada que se manteve até ao final do terceiro ano de análise, quando acontece o confronto com o analista real, não fantasiado.

Instrumentos

The Experiencing Scale

O instrumento *The Experiencing Scale* foi desenvolvido para avaliar o nível de profundidade da experiência na terapia (Klein et al., 1969). Apesar de ter nascido na terapia centrada no cliente, a escala pode ser aplicada noutros contextos, já que analisa o processo em si, independentemente da orientação da terapia (Hager, 1986; Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016). É uma escala de sete pontos que permite avaliar o grau de orientação e de simbolização do cliente e a sua capacidade para usar experiências internas como meio de resolução de problemas interpessoais (Angus, 2012).

Num dos extremos da escala, o cliente não tem consciência dos seus sentimentos. No outro extremo, a sua atenção está diretamente focada nos seus sentimentos, o que lhe permite concretizar novas resoluções e construir novos significados para as experiências internas. O material para aplicação da escala é o discurso do cliente durante as sessões (áudio ou vídeo / gravação ou transcrição). O método convencional da cotação consiste na atribuição de 2 pontuações para cada segmento analisado: *mode* (nível médio de EXP) e *peak* (nível mais elevado de EXP). O método alternativo consiste na atribuição de uma pontuação a cada declaração do cliente dentro de um segmento analisado. A pontuação é baseada na frequência de ocorrência de um determinado nível da escala.

No nível mais baixo da escala, o conteúdo da narrativa ou a forma como o cliente se expressa é impessoal. Em alguns casos, o conteúdo não está relacionado com o cliente, mas com pessoas ou eventos externos, nos quais não participa e descreve de forma geral e superficial. Noutros casos, apesar da natureza pessoal do conteúdo, o envolvimento é impessoal e o cliente não revela nada importante ou significativo sobre si mesmo. A utilização da primeira pessoa apenas define o cliente como objeto, espectador ou participante acidental. Não existe referência a sentimentos ou vivências pessoais. A forma de expressão é remota, superficial ou de qualidade mecânica. A interação é evitada ou minimizada. As respostas são redutoras e não estão presentes comentários espontâneos.

No segundo nível, já existe uma relação entre o paciente e a natureza da narrativa. O paciente pode narrar eventos nos quais está pessoalmente envolvido, embora a descrição não faça referência à qualidade do seu envolvimento. Ainda assim, explicita a importância do conteúdo para si. O discurso mantém-se centrado no externo, revelando muito poucas reações internas. A narrativa até pode incluir pensamentos, desejos ou atitudes do paciente, mas são observações intelectuais ou superficiais que oferecem uma perspetiva periférica do paciente. As ideias e os pensamentos são descritos como sentimentos. Os sentimentos são revelados de forma implícita, ou seja, o envolvimento emocional traduz-se pela forma de estar e não pela narrativa. Quando mencionados, os sentimentos são considerados de forma abstrata e impessoal. A utilização frequente da terceira pessoa indica despersonalização. Os sonhos, fantasias ou associações livres, quando não integram a revelação de sentimentos devem ser incluídos neste nível.

No nível três, a narrativa, construída em torno de aspetos externos ou comportamentais, já inclui comentários adicionais sobre sentimentos ou experiências íntimas. Estas observações são limitadas às situações descritas, conferindo um toque pessoal sem descrever, ainda assim, o paciente de forma mais generalizada. As auto-descrições restritas a uma situação ou papel específicos também são incluídas nesta etapa. Quando questionado diretamente, o paciente consegue expressar os seus sentimentos.

No quarto nível o conteúdo é uma apresentação clara dos sentimentos do paciente, que passa a dar uma perspectiva interna e pessoal sobre si. Esta atitude pode manifestar-se de diversas formas: O conteúdo inicial é uma situação específica que é ampliada e aprofundada pelas referências pessoais do paciente no sentido de o revelar pessoalmente. As narrativas são totalmente contadas de um ponto de vista pessoal. Ainda assim, este tipo de envolvimento não é usado como base para a autoanálise.

Nos níveis mais elevados da escala, o conteúdo é uma exploração intencional dos sentimentos e das experiências do paciente. No discurso, passa a ser utilizado o tempo presente em vez do pretérito perfeito e passam a ser frequentes pausas mais longas, reveladoras do processo introspectivo da criação de significados. O paciente deve ser capaz de explicitar os sentimentos relacionados com o problema que identificou e tem de o explorar e elaborar de forma pessoal, ou seja, integrando referências internas que permitam aumentar a consciencialização sobre si. O problema pode ser apresentado de diferentes formas: sentimentos, reações ou processos interiores definidos como problemáticos; pensamentos sobre a especificidade de determinados sentimentos; implicações pessoais, relações ou ramificações internas de um sentimentos, incluindo a sua origem, o seu modo de expressão e as suas implicações; comparação de sentimentos, reações e processos interiores.

No nível seis, o assunto relaciona-se com a experiência emergente. É transmitido um sentimento de envolvimento ativo e imediato na experiência, com a evidência da sua resolução ou aceitação. O conteúdo é uma síntese de sentimentos ou de experiências prontamente acessíveis, recém-reconhecidas ou realizadas, que permitem criar estruturas significativas de resolução de problemas. Neste nível de envolvimento, o paciente tem novas experiências interiores e os sentimentos mudam. Alguns elementos na estruturação do problema que emerge podem ser externos, comportamentais ou intelectuais. Contudo, devem estar claramente relacionados com sentimentos imediatos. Não é suficiente declarar que se iniciou uma resolução, as experiências subjacentes ao processo têm de ser reveladas para satisfazer os critérios deste nível.

O último nível corresponde ao nível de maior profundidade, em que o paciente revela uma auto-consciência crescente em relação aos seus sentimentos presentes, imediatos e processos interiores. Experimentar nesta fase é expansivo e revelador. O paciente consegue alternar entre referências internas transformando os seus sentimentos, pensamentos e reações em função do momento experiencial atual. O paciente transmite a sensação de que as coisas rapidamente e de forma significativa se vão encaixando.

Change After Psychotherapy (CHAP)

A escala desenvolvida por Sandell (1977) e traduzida por Sá (2008) permite avaliar as mudanças que ocorrem durante ou após um processo de psicoterapia ou psicanálise. O método de avaliação consiste na realização de entrevistas de *follow-up* durante ou depois da terapia, para aceder às experiências subjetivas de mudança do paciente, ou na utilização dos registos das sessões. O objetivo é aceder à mudança que o paciente sente que ocorreu, de forma consciente ou inconsciente, em cinco variáveis: Sintomas (S); Capacidade Adaptativa (CA); Insight (I); Conflitos básicos (CB) e fatores extra-terapêuticos (FE).

Identificação de memórias

Foi realizada a identificação de memórias episódicas através da operacionalização da variável em dois níveis: memórias episódicas de infância / adolescência (período de vida inferior aos vinte anos de idade) e memórias episódicas recentes/ vida adulta (período de vida a partir dos vinte anos de idade). Esta conceptualização tem por base o estudo realizado por Lavova et al (2013).

Procedimento

O material de análise foram as notas retiradas pelo analista depois de cada sessão. Estes registos têm um carácter descritivo e incluem segmentos do discurso da paciente, das intervenções do terapeuta e alguns comentários subjetivos do analista. Inicialmente, as notas foram tiradas para supervisão e não com a finalidade de serem utilizadas para a investigação. Para garantir a confidencialidade da paciente, foram retirados os aspetos ou detalhes que pudessem revelar a sua identidade. Apesar do material ser da mesma paciente, a análise das três variáveis consideradas no presente estudo (identificação dos incidentes de mudança através do CHAP (Pires et al., 2016), identificação de memórias episódicas (Pereira, 2016) e análise da profundidade experiencial) foram feitas de forma independente por investigadores diferentes.

Previamente à aplicação da escala EXP, foi realizada uma fase de treino com objetivo de melhorar a capacidade da avaliadora na sua utilização. Assim, foram cotadas diferentes sessões de vários casos clínicos e discutidas as discrepâncias encontradas com o investigador mais experiente. Posteriormente, foi realizada a cotação das sessões de forma randomizada, de 10 em 10 sessões (1, 10, 20, 30...), para garantir a distribuição aleatória das sessões cotadas nas diferentes fases da terapia. A cada sessão foi atribuída a pontuação correspondente ao nível de profundidade experiencial mais elevado conseguido pela paciente – *peak* EXP. Os resultados foram agrupados em trimestres e introduzidos no programa estatístico *SPSS*, para a realização de estatísticas descritivas da variável EXP. A variável pode ser classificada como ordinal. No entanto, para possibilitar a utilização de testes paramétricos como, por exemplo, a comparação de médias, os dados foram tratados como se de uma variável quantitativa se tratasse. Apesar de podermos estar a correr algum erro o teste é suficientemente robusto para admitir a utilização de dados ordinais.

Resultados

Análise das frequências relativas da profundidade experiencial

A análise das frequências relativas de cada um dos níveis de profundidade experiencial da paciente, ao longo do processo de análise, permite-nos constatar que nas 383 sessões, a M. apresentou 7 sessões (1.8%) com nível EXP 1, 32 sessões (8.4%) com nível EXP 2, 124 sessões (32.4%) com nível EXP 3, 134 sessões (35%) com nível EXP 4, 65 sessões (17%) com nível EXP 5, 20 sessões (5.2%) com nível EXP 6 e apenas uma sessão (0.3%) com nível EXP 7. A M. apresentou um nível médio de profundidade experiencial de 3.74 (com desvio padrão de 1.076).

Análise da Profundidade Experiencial ao longo do processo psicanalítico

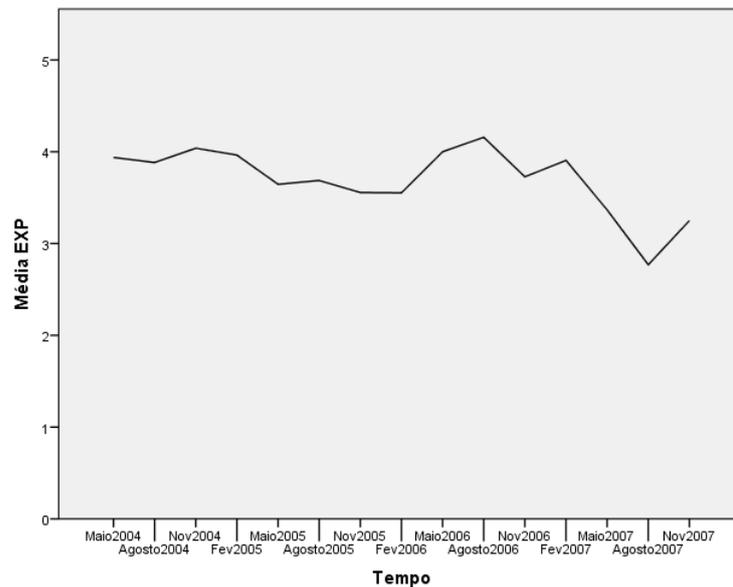


Figura 1. Distribuição da profundidade experiencial durante o processo analítico

A figura 1 analisa a média das frequências relativas dos diferentes níveis de EXP e a sua distribuição ao longo da terapia. Com a construção deste gráfico, o principal objetivo foi o de investigar a existência de variações nos níveis de profundidade tendo em conta as fases da terapia. As sessões foram organizadas em trimestres e foram calculados os níveis de EXP médios em cada trimestre. No primeiro ano de análise os valores de EXP são relativamente estáveis (entre o nível 3 e o nível 4), apresentando pequenas oscilações – ligeiramente ascendente entre o 2º e o 3º trimestre e descendente no 4º trimestre. No 2º ano de análise os valores mantêm-se a um nível mais baixo que na fase inicial, mas ainda assim com valores médios próximos entre o nível 3 e o nível 4. No 3º ano os valores são tendencialmente mais altos, com aumento desde Fevereiro de 2006, mas mais acentuado em Maio e Agosto, com valores médios de EXP superiores a 4. O último ano de análise é caracterizado por uma curva descendente nos níveis EXP, com uma diminuição dos valores mais acentuada e significativa a partir de Fevereiro de 2007, apresentando valores inferiores ao nível 3.

Análise da relação entre a profundidade experiencial e os incidentes de mudança

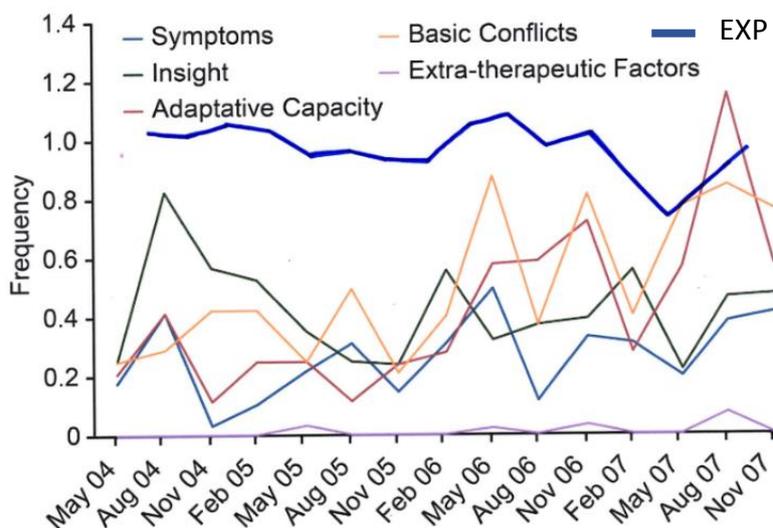


Figura 2. Frequência relativa dos incidentes de mudança nas 5 dimensões do CHAP (Pires et al., 2016) e da profundidade experiencial

O gráfico apresentado na figura 2 acrescenta a distribuição da variável EXP (gráfico 2) ao gráfico realizado anteriormente com as variáveis do CHAP (Pires et al., 2016). É possível observar que o primeiro ano de análise, caracterizado por um maior número de insights, corresponde a uma fase com níveis EXP relativamente estáveis e de nível superior a 4. O 2º ano, caracterizado por números mais baixos em todos os indicadores de mudança, corresponde à fase em que são apresentados os níveis de EXP com valores médios mais baixos. No terceiro, encontramos os níveis mais elevados de incidentes de mudança e de EXP, simultaneamente. No último ano da terapia, o decréscimo nos valores EXP estão associados a valores mais elevados de incidentes de mudança relacionados com os conflitos básicos e com a capacidade adaptativa.

Análise da relação entre a profundidade experiencial e a evocação de memórias

Comparámos a média da profundidade experiencial nas sessões em que há evocação de memórias episódicas com a média da profundidade experiencial em sessões em que não há evocação de memórias. A diferença entre as médias não é significativa. Nas sessões em que há evocação de memórias a média de EXP é de 3.77 e nas sessões em que não há evocação de memórias é de 3.69. Por outro lado, comparámos as médias da profundidade experiencial com o número de memórias evocadas nas sessões (1- 6 memórias). Podemos verificar que tende a haver evocação de maior número de memórias em sessões com níveis mais elevados de EXP.

Discussão

A análise das frequências relativas da profundidade experiencial e a leitura integral do caso permitem-nos fazer uma apreciação global das capacidades de profundidade experiencial da paciente. Em primeiro lugar, é importante referir que os níveis de EXP se mantêm em valores médio-altos ao longo de todo o processo terapêutico. Recorrendo à definição dos diferentes níveis da escala EXP é possível considerar que a M. tem, no geral, uma boa capacidade de reflexão e de elaboração, sendo capaz de expor claramente os seus problemas interpessoais e de descrever e simbolizar os seus pensamentos e sentimentos. As sessões são ricas em narrativas com referências internas e pessoais.

À semelhança do que Watson e Bedard (2006) concluem relativamente aos casos de sucesso terapêutico, com níveis EXP mais elevados, podemos considerar que M. está envolvida em processos de exploração profunda, fazendo mais referência às suas emoções e refletindo sobre a sua experiência no sentido de criar novos significados e de resolver os seus conflitos pessoais.

Se compararmos os valores médios da EXP da paciente (3.74) com os valores EXP apresentados nos estudos anteriores, realizados no âmbito das terapias experienciais e cognitivo-comportamental, verificamos que os níveis apresentados pela M. são, no geral, ligeiramente superiores. No estudo de Watson e Bedard (2006), os valores médios de *peak* EXP apresentados pelos participantes nas fases inicial, média e final da terapia foram de 2.66, 3.05 e 2.9 (EFT) e de 2.35, 2.78, 2.65 (CBT), respetivamente. Greenberg et al. (2003) encontraram valores médios de *peak* EXP (aplicada a eventos emocionais) de 2.85 na fase inicial e de 3.13 na fase final da terapia. Pos et al. (2017) encontraram valores médios de *peak* EXP de 3.34, 4.24 e de 4.32 na fase inicial, média e final da terapia, respetivamente. Torna-se pertinente questionar se os níveis mais elevados de EXP apresentados pela M. em comparação à maioria dos estudos realizados se relacionam com o processo psicanalítico em si. De facto, Rudkin et al. (2007), no único estudo realizado no âmbito da psicoterapia psicodinâmica, encontraram níveis médios de *peak* EXP de 5.16 para os pacientes deste grupo, em comparação com níveis mais baixos de 2.96 no grupo da CBT, o que sustenta a hipótese de que a terapia na abordagem psicodinâmica poderá implicar a experiencição de níveis de profundidade mais elevados do que outras abordagens terapêuticas.

Nos estudos realizados anteriormente, em terapias de intervenção breve (16-20 sessões) foram consideradas 3 principais fases para a análise dos dados: fase inicial, fase de trabalho e fase final. A fase inicial corresponde às primeiras 4 sessões, em que é estabelecida a relação terapêutica. Os níveis de EXP apresentados nesta fase correspondem às capacidades bases do paciente para a profundidade experiencial. A fase de trabalho corresponde às sessões intermédias e corresponde à fase de maior intervenção terapêutica. Os níveis de EXP nesta fase são representativos do processo de mudança relacionado com a terapia. A fase final corresponde às 2 últimas sessões. Nesta fase, o trabalho terapêutico é revisto e o paciente sente-se capaz de seguir a sua vida sem sentir necessidade de intervenção terapêutica. Nos estudos analisados por Pascual-Leone & Yeryomenko (2016), os níveis de EXP têm tendência a aumentar desde o nível base a um nível máximo na fase de trabalho, que se mantém até ao final.

Enquanto a teoria prevê uma curva ascendente dos níveis EXP ao longo da terapia, nas modalidades terapêuticas investigadas, a análise dos dados deste caso de psicanálise apresenta algumas diferenças. Em primeiro lugar, não podemos considerar, numa terapia tão longa, que as primeiras quatro sessões sejam reveladoras das capacidades base do paciente para a profundidade experiencial. Se, à semelhança do que acontece nas terapias breves, o estabelecimento da relação terapêutica constitui o critério para o fim da fase inicial da terapia, teremos de considerar, pelo menos, o primeiro semestre de terapia. Nestes primeiros meses, os valores EXP são relativamente estáveis, apresentando pequenas oscilações, mas sempre entre o nível três e o nível quatro. Possivelmente, podemos assumir este nível como o nível EXP base da paciente.

Outras das diferenças relaciona-se com o ligeiro declínio dos níveis EXP no 2º ano da análise. Segundo os estudos anteriores, a curva é ascendente ao longo da terapia, não prevendo nenhum período de decréscimo dos valores de EXP. Embora não seja um decréscimo significativo (mantendo-se os níveis 3 - 4), como explicar esta diferença à luz da psicanálise? No terceiro ano de terapia verifica-se um aumento dos níveis de EXP (Novembro 2015 – Maio 2016) ficando entre 4-5. Este é o crescimento mais significativo durante a análise, superando os valores base da paciente. Tendo em conta estas características, podemos considerar esta a fase de maior crescimento e de mudança? O aumento dos níveis EXP nesta fase podem levar-nos a considerar, à semelhança do que acontece nas terapias de intervenção breve, que estamos perante a fase mais produtiva da terapia em que o processamento emocional, a exploração e a resolução de problemas é mais profunda (Watson & Bedard, 2006).

A partir de Fevereiro de 2007 os valores de EXP voltam a decrescer até ao final da terapia e chegam a ser apresentados níveis mais baixos do que no início da terapia. Estes dados vão contra a maioria dos estudos realizados no âmbito das terapias de intervenção breve (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016), em que os valores no final da terapia são sensivelmente os mesmos do que na fase de trabalho, revelando que o paciente se sente capaz de transferir as aprendizagens para fora do setting terapêutico. Como interpretar este resultado discrepante à luz da psicanálise? A diferença relaciona-se com a modalidade terapêutica em si. Nas terapias de intervenção breve, o processo é interrompido no final de um número determinado de sessões, quando o paciente ainda está a desenvolver e a elaborar muitos processos, mantendo ativo o seu envolvimento com o trabalho terapêutico. O fim de um processo de psicanálise depende de uma decisão entre o analista e a paciente e surge numa fase em que não existem mais assuntos a serem resolvidos.

Os dados apresentados na figura 2 também podem ajudar-nos a responder a algumas destas questões. O estudo realizado por Pires et al. (2016) com a mesma participante, considera que o processo terapêutico pode dividir-se em 4 fases principais, tendo em conta os resultados da análise da aplicação do CHAP. O 1º ano de análise é caracterizado por um elevado número de incidentes de mudança relacionados com o insight, enquanto no segundo ano existe um número muito menor de incidentes de mudança relacionados com todas as variáveis do CHAP. No terceiro ano é encontrado um número muito elevado de incidentes de mudança relacionado com a capacidade adaptativa, que supera os incidentes relacionados com o insight e 4º existe uma intensificação da mudança relacionada com a capacidade adaptativa, possivelmente como consequência da mudança nos conflitos básicos. Tendo que a paciente apresenta na fase inicial da terapia níveis médio-altos de EXP, podemos considerar que a elevada frequência de insights, característica da fase inicial do processo de análise, é possibilitada pelas capacidades de envolvimento e profundidade que a paciente apresenta desde o início. É importante considerar, ainda, que a paciente já tinha estado num processo de psicoterapia psicanalítica anterior, por um período de um ano e meio, o que poderá ter contribuído para melhorar a sua capacidade para o envolvimento experiencial e justificar, também, a presença de níveis altos de EXP na fase inicial da análise.

O segundo ano da análise é considerado como uma fase de estagnação, caracterizada pelo aparecimento de fantasias eróticas relacionadas com o terapeuta (transferência erótica) e com menor número de incidentes de mudança (Pires et al, 2016). Os dados da análise da profundidade experiencial parecem ser congruentes com o empobrecimento dos incidentes de mudança. De facto, é a fase em que a paciente apresenta os níveis de EXP mais baixos, o que parece reforçar a associação positiva entre as variáveis, ou seja, quando o compromisso e a atenção aos processos interiores é menor, também os incidentes de mudança na terapia tendem a diminuir. Assim, podemos considerar que os incidentes de mudança, relacionados com qualquer uma das variáveis do CHAP, implicam processos de experienciação mais profundos, que permitam a reflexão e a resolução de problemas.

A fase de maior progresso ocorre no terceiro ano da terapia, com a elaboração dos processos de luto e a resolução da transferência erótica. Nesta fase, os incidentes de mudança com maior expressão, são os relacionados com os conflitos básicos e com a capacidade adaptativa (Pires et al., 2016). É nesta fase que encontramos, também, os níveis de profundidade experiencial mais elevados, o que reforça a relação entre as variáveis. Assim, incidentes de mudança mais exigentes implicam que o paciente seja capaz, na terapia, de processos de reflexão mais profundos, que possibilitem a criação de novos significados para os sentimentos,

pensamentos e modos de ação, contribuindo para a resolução das dificuldades, o que se traduz em níveis mais elevados de EXP.

No último ano da terapia, os níveis de profundidade experiencial tendem a decrescer de forma progressiva. Nesta fase, os incidentes de mudança relacionados com os conflitos básicos também diminuem, embora se mantenham elevados os que se relacionam com a capacidade adaptativa (Pires et al., 2016). Assim, podemos considerar que níveis de EXP mais profundos são necessários, fundamentalmente, para a resolução de dificuldades interpessoais e de conflitos básicos. O elevado número de incidentes de mudança relacionados com a capacidade adaptativa no final da terapia diz-nos que os conflitos resolvidos estão a ser consolidados. Por outro lado, níveis mais baixos de profundidade experiencial no fim da psicanálise podem revelar-nos que o paciente resolveu profundamente as suas dificuldades e que já não encontra, por isso, sentido em continuar a terapia.

Conclusão

Resumindo, os períodos de maior mudança e trabalho terapêutico, correspondem a níveis de profundidade experiencial mais elevados, o que vai de encontro aos estudos realizados anteriormente (Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016; Watson & Bedard, 2006; Pos et al., 2003; Rudkin et al., 2007 e Pos et al., 2017).

As fases com níveis mais elevados de profundidade experiencial, como o terceiro ano da análise, correspondem a fases onde se verifica um maior número de incidentes de mudança. Esta poderá ser a fase de trabalho terapêutico mais profundo, com processos de reflexão e de elaboração mais exigentes que se refletem em níveis de EXP mais altos e que possibilitam a ocorrência de um maior número de incidentes de mudança, especialmente relacionados com a resolução de conflitos básicos e a capacidade adaptativa. Pelo contrário, nas fases em que o trabalho terapêutico é mais lento, como no 2º ano da análise, os níveis de profundidade são mais baixos e não é tão frequente a ocorrência de incidentes de mudança.

Nas sessões onde são evocadas mais memórias os níveis de EXP são mais elevados. Por um lado, pode sustentar a hipótese de que a evocação de memórias durante a terapia pode contribuir para potenciar processos de reflexão interior. Por outro lado, será que maior profundidade experiencial propicia maior evocação de memórias? Em estudos futuros seria interessante perceber se são as memórias que facilitam a experiência emocional, o inverso ou ambas. Para além disso, poderia ser pertinente a realização de uma análise mais profunda da

relação entre a evocação de memórias e a profundidade experiencial, tendo em conta, por exemplo, o conteúdo das memórias (memórias passadas ou recentes) ou a caracterização da evocação (espontânea ou induzida pelo terapeuta).

Uma das limitações deste estudo relaciona-se com a metodologia escolhida. De facto, os resultados de um estudo de caso não podem ser generalizados. No entanto, permitem uma compreensão mais profunda do fenómeno. O facto de ter sido apenas uma avaliadora a aplicar a escala EXP também pode constituir-se como uma limitação. Futuramente poderia ser interessante replicar este estudo com amostras de maior dimensão e com a aplicação de outros instrumentos de avaliação, por exemplo, avaliação de sintomas, auto-estima ou problemas interpessoais, que analisem a profundidade experiencial, mas em psicoterapias de longa duração, para ser possível validar os resultados deste estudo. Também poderia ser pertinente avaliar, em simultâneo, a profundidade experiencial com outros fatores comuns da terapia, como, por exemplo, a aliança terapêutica.

Referências

- Elliott, R., Greenberg, L.S., Watson, J., Timulak, L. & Freire, E. (2013). Research on humanistic-experiential psychotherapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp.495-538). New York: Wiley.
- Gendlin, E. T. (1969). Focusing. *Psychotherapy: Teory, Research & Practise*, 6(1), 4-15. doi: 10.1037/h0088716
- Goldman, R. N., Greenberg, L. S., Pos, A. (2005). Depth of emotional experience and outcome. *Psychotherapy Research*, 71(6), 1007-1016. doi: 10.1080/10503300512331385188.
- Hager, D.L. (1986). *Experiencing Scale discrimination between more and less productive psychotherapy sessions* (tese de doutoramento). Western Michigan University, Michigan.
- Hendricks, M. (2002). Focusing-oriented/experiential psychotherapy. In D. Cain & J. Seeman (Eds.), *Humanistic psychotherapies: Handbook of research and practise* (221-251). Washington, DC: American Psychological Association.
- Hendricks, M. (2009). Experiencing level: An instance of developing a variable from a first person process so it can be reliably measured and taught. *Journal of Counciousness Studies*, 16, 10-12.
- Klein, M. H., Mathieu, P. L., Gendlin, E. T. & Kiesler, D. J. (1969). *The experiencing Scale: a research and training manual*. Madison: University of Wisconsin.
- Lalova, M., Baylé, F., Grillon, M. L., Houet, L., Moreau, E., Rouam, F., Cacot, & P., Piolino, P. (2013). Mechanisms of insight in schizophrenia and impact of cognitive remediation therapy. *Comprehensive Psychiatry*, 54(4), 369-380. doi: 10.1016/j.comppsy.2012.10.005
- Makinen, J.A. & Jonhson, S.M. (2006). Resolving Attachment Injuries in Couples Using Emotionally Focused Therapy: Steps Toward Forgiveness and Reconciliation. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 74(6), 1055-1064. doi: 10.1037/0022-006X.74.6.1055
- Missirlian, T. M., Toukmanian, S. G., Warwar, S. H. & Greenberg, L. S. (2005). Emotional Arousal, Client Perceptual Processing and the Working Alliance in Experiential Psychotherapy for Depression. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 73(5). doi: 861-871. 10.1037/0022-006X.73.5.861

- Pascual- Leone, A. & Yeryomenko, N. (2016). The client “experiencing” scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 1-13. doi: 10.1080/10503307.2016.1152409
- Pereira, I. D. P. (2016). *Quem sou eu? Psicanálise, memória episódica e insight*. (Dissertação de mestrado). ISPA-IU, Lisboa.
- Pires, A. P., Gonçalves, J., Sá, V., Silva, A. & Sandell, R. (2016). Assessment of change in psychoanalysis: another way of using the change after psychotherapy scales. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 64(2), 285-305. doi: 10.1177/0003065116644743
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., Korman, L. M. & Goldman, R. N. (2003). Emotional Processing During Experiential Treatment of Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6). doi: 1007-1016, 10.1037/0022-006X.71.6.1007
- Pos, A. E., Paolone, D. A., Smith, C. E. & Warwar, S. H. (2017). How does client expressed emotional arousal relate to outcome in experiential therapy for depression?. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 173-190. doi: 10.1080/14779757.2017.1323666
- Rogers, C. (1958). A process conception of psychotherapy. *American psychologist*, 13(4), 142-149. doi: 10.1037/h0042129
- Rudkin, A., Llewelyn, S., Hardy, G., Stiles, W. B. & Barkham, M. (2007). Therapist and client process affecting assimilation and outcome in brief psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17 (5). doi: 613-621, 10.1080/10503300701216298
- Sá, V. (2008). *Avaliação de mudança em psicanálise*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, não publicada, ISPA, Lisboa.
- Watson, J. C. & Bedard, D. L. (2006). Clients’ Emotional Processing in Psychotherapy: A Comparison Between Cognitive-Behavioral and Process-Experiential Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 152-159. doi: 10.1037/0022-006X.74.1.152
- Watson, J. C., McMullen, E. J., Prosser, M. C. & Bedard, D. L. (2011). An examination of the relationships among clients’ affect regulation, in-session emotional processing, the working alliance, and outcome. *Psychotherapy Research*, 21(1), 86-96. doi: 10.1080/10503307.2010.518637

Anexos

Anexo A - The Experiencing Scale (tradução)

Nível 1 – O conteúdo não é sobre o paciente. O paciente conta uma história, descreve outras pessoas ou eventos nos quais não participa ou não está envolvido, ou então apresenta uma descrição ou consideração generalizada e imparcial, ou desprendida, ou desapaixonada de ideias. A principal característica desta etapa é a de que o conteúdo ou a forma como o paciente se expressa é impessoal. Em alguns casos, o conteúdo é intrinsecamente impessoal, sendo um relato de eventos ou de ideias abstrato, geral e superficial sem o estabelecimento de nenhuma referência pessoal. Noutros casos, apesar da natureza pessoal do conteúdo, o envolvimento do paciente é impessoal, tanto que não revela nada importante sobre si mesmo e as suas observações podiam igualmente ser sobre um estranho ou um objeto.

O conteúdo não é sobre o paciente – O paciente conta uma história e descreve outras pessoas ou eventos em que não está envolvido, de forma generalizada. Nada torna o conteúdo pessoal.

O paciente identifica-se de alguma forma com o conteúdo transmitido, mas a associação não é clara – O paciente refere-se a si próprio de passagem, mas estas referências não são estabelecidas com envolvimento. A utilização da primeira pessoa, apenas define o paciente como objeto, espetador ou participante acidental. O foco da atenção são eventos externos. Por exemplo *Enquanto estava a andar pela rua, vi isto acontecer...*; *Li um livro que dizia...*; *Ele pisou o meu pé*. O paciente não dá a conhecer as suas atitudes, sentimentos ou reações. Trata-se a si mesmo como um objeto ou instrumento. A história poderia ser sobre outra pessoa qualquer. A sua forma de expressão é remota, factual, superficial ou então de qualidade mecânica ou ensaiada.

O conteúdo é conciso, há uma recusa inexplicável para participar numa interação
- Evitamento ou minimização da interação. Respostas redutoras sem comentários espontâneos pertencem a este primeiro nível.

Nível 2 – Ou o paciente é o personagem principal na narrativa ou o seu interesse é claro. Os comentários e as reações servem para transmitir a história mas não se referem aos sentimentos do paciente. A associação entre o paciente e o conteúdo é explícita. O envolvimento do paciente não ultrapassa esse conteúdo ou essa situação específica. Todos os comentários, associações, reações e observações são importantes para contar a história ou a ideia, mas nunca se referem ou definem os sentimentos do paciente.

O conteúdo é uma narrativa de eventos nos quais o paciente está pessoalmente envolvido. As observações estabelecem a importância do conteúdo mas não fazem referência à qualidade do seu envolvimento. As observações e as associações referem-se a facetas externas da narrativa, a outras pessoas, a eventos, a objetos ou a ações do paciente, não dão a conhecer as suas reações ou perspectivas internas. Se a narrativa incluir os pensamentos, opiniões, desejos ou atitudes do paciente, apenas o descrevem se forma intelectual ou superficial. Alguns pacientes descrevem ideias e pensamentos como se fossem sentimentos, por exemplo: *Eu sinto que as pessoas deviam ser mais atenciosas*. Se expressões como *eu penso* ou *eu desejo* puderem ser substituídos por *eu sinto* sem alterar o sentido do que é dito, a observação pertence ao segundo nível.

Os eventos são narrados de forma impessoal, mas o paciente estabelece de forma explícita que o conteúdo é importante para si. Por exemplo, o paciente mostra interesse ou avalia um evento, mas sem expressar a qualidade ou o valor do seu interesse ou preocupação.

O conteúdo é uma auto-descrição superficial, abstrata, generalizada ou intelectualizada. Não é feita qualquer referência aos sentimentos ou perspectiva interior do paciente. São apresentadas as ideias, atitudes, opiniões, julgamentos morais, desejos, preferências, aspirações ou capacidades que descrevem o paciente, mas de uma perspectiva externa ou periférica. É como se estivéssemos a observar o paciente de fora.

O conteúdo revela os sentimentos do paciente de forma implícita mas não explícita. Se o paciente está emocionalmente desperto, este envolvimento traduz-se pela sua forma de estar, mas não pelas suas palavras. Se o paciente menciona os seus sentimentos, trata-os de forma abstrata e impessoal, como objetos ou atribuindo-os a outros. A utilização da terceira pessoa indica despersonalização.

O conteúdo relaciona-se como um sonho, uma fantasia, uma alucinação ou uma associação livre. Este tipo de conteúdos deve ser tratado como narrativa de eventos externos. Incluem-se neste nível se as observações do paciente o associarem ao que está a contar, mas sem divulgar os seus sentimentos ou reações.

Nível 3 – O conteúdo é uma narrativa sobre o paciente em termos externos ou comportamentais, com comentários adicionais sobre os seus sentimentos ou experiências íntimas. Pode referir-se ao passado, presente ou futuro. Estas observações são limitadas às situações descritas, dando à narrativa um toque pessoal sem descrever, contudo, o paciente de forma mais generalizada. Relatos de sonhos, alucinações, fantasias e associações livres pertencem a esta etapa se foram mencionados sentimentos. As auto-descrições que são restritas a uma situação ou papel específicos, também fazem parte desta etapa. As observações pessoais do paciente podem estar relacionadas com:

- 1) Os sentimentos do paciente no tempo do evento ou em retrospectiva. Por exemplo: *Ele não me telefonou de volta e eu estava zangada; Ele não me telefonou de volta; Pensar nisto agora faz-me sentir zangada.*
- 2) O significado pessoal da situação em relação à experiência privada do paciente. Por exemplo: *Isto lembrou-me o ser repreendido como uma criança; Foi um daqueles humores estranhos que aparecem quando me sinto cansado.*
- 3) O nível de consciência do paciente no momento do acontecimento. Estas observações incluem detalhes, motivos ou colocação de hipóteses limitadas ao evento. Por exemplo: *Eu soube na altura que estava a reagir de forma exagerada; Eu estava consciente de que queria defender-me; Eu fiz isso, mesmo a sentir que estava a agir mal.*

O conteúdo é uma auto-descrição de aspetos circunscritos de papéis, do estilo de vida do paciente ou dos seus sentimentos e reações, mas apenas em termos comportamentais. O paciente pode descrever, por exemplo, como funciona enquanto pai ou no seu trabalho, ou dizer o que faz quando se chateia. Observações pessoais enriquecem estas descrições, mas são limitadas a este contexto imediato.

Como resposta a uma questão direta, o paciente diz quais são ou foram os seus sentimentos. As palavras do entrevistador não são necessárias para a identificação dos sentimentos do paciente.

Nível 4 – Os sentimentos ou a experiência dos eventos, em vez dos próprios eventos, são o tema central do discurso. O paciente tenta atender e manter a referência interna de experienciar e torná-la a base para a comunicação. O conteúdo é uma apresentação clara dos sentimentos do paciente que consegue dar a sua perspectiva interna e pessoal sobre si mesmo. Ao apresentar as suas experiências, o paciente comunica o que é ser ele mesmo. Este tipo de envolvimento é apresentado ou descrito mas não aparece relacionado e não é usado como forma básica para a auto-análise ou elaboração.

O conteúdo inicial é uma situação específica que é ampliada e aprofundada pelas referências pessoais do paciente. O paciente descreve os seus sentimentos com detalhe, referindo de que forma ocorreram em várias situações, fornece reações pessoais a sentimentos específicos, ou relaciona essas reações com a sua auto-imagem. Os sentimentos podem ser imediatamente respostas, ou respostas lembradas de situações passadas. Os comentários auto-descritivos devem lidar com aspetos internos e pessoais do paciente e não como avaliações externas, morais ou características comportamentais.

O conteúdo é uma história totalmente contada de um ponto de vista pessoal. Os detalhes dos sentimentos, reações e hipóteses são parte integrante da narrativa, tanto que o que emerge é uma imagem detalhada sobre a experiência pessoal do paciente dos eventos.

O conteúdo é uma auto-caracterização na qual o paciente fala da sua perspectiva pessoal. Ao falar de si mesmo, o paciente torna explícitos os seus sentimentos, personalidade, objetivos e perceções privadas. Ao revelar estas partes internas de si mesmo, o paciente dá uma figura detalhada dos seus estados. O material apresentado não é relacionado ou analisado. A utilização de vocabulários abstratos para descrever elementos da personalidade deve ser completada com alguns detalhes internos. Por exemplo, a afirmação *o meu ego foi quebrado* tem de ser elaborada para *eu sentia-me como se não fosse nada, que ninguém iria reparar em mim*.

Nível 5 – O conteúdo é uma exploração intencional dos sentimentos e das experiências do paciente. O paciente deve representar ou definir um problema ou assunto sobre si mesmo e ser explícito em termos dos seus sentimentos. Deve explorar ou trabalhar com o problema de forma pessoal. O paciente consegue focar-se no vago, em aspetos de significação implícitos da experiência e luta para conseguir elaborá-los.

O conteúdo é uma exploração propositada dos sentimentos e experiências do locutor. Existem duas componentes necessárias. Primeiro, o paciente deve definir um problema explicitamente em termos dos seus sentimentos. O problema deve envolver a origem, a sequência ou as implicações dos sentimentos. Segundo, o paciente tem de explorar o problema de forma pessoal. A exploração e a elaboração têm de ser claramente relacionadas com a proposição inicial e têm de conter referências internas para que esses processos permitam que o paciente expanda a sua consciência. Ambos os componentes, o problema e a elaboração, têm de estar presentes.

O problema tem de ser exposto de forma clara, forte e deve incluir referências aos sentimentos ou à experiência pessoal em questão. Se a base do problema for fraca em referências a comportamentos ou estilos indesejados, proposições acerca das causas externas de comportamentos ou sentimentos, ou apresentação de sequências temporais de sentimentos, então a exploração e a elaboração têm de ter referências internas. Tem de ser claro que o locutor está a focar-se na sua experiência interior e não simplesmente a justificar o seu comportamento. O problema ou a hipótese sobre o *self* têm que ser direcionados para os sentimentos, reações privadas ou suposições básicas do paciente sobre si. Podem ser apresentados de diferentes formas:

- 1) Um sentimento, reação ou processo interior e em alguns casos um comportamento padronizado, podem ser definidos como problemáticos por si só ou parecendo entrar em conflito com outros sentimentos ou aspetos do *self*; por exemplo: *A minha raiva é o problema* ou *porque estou eu tão chateado?*
- 2) O paciente pode pensar se ou até que ponto tem um sentimento específico. Em vez de: *O que é que eu sinto?*, que seria um nível três ou quatro dirá: *Sinto-me mesmo chateado* ou *quão chateado estou realmente?*

- 3) O problema pode ser definido em termos de implicações pessoais, relacionamentos, ou ramificações internas de um sentimento. Pode incluir as suas causas, o seu lugar numa sequência temporal de sentimentos ou de episódios interiores e o seu modo de expressão. Por exemplo: *Sinto-me chateado quando me sinto inadequado?*; *Sentir-me chateado significa que perdi o controlo de mim mesmo*; *Eu sinto-me chateado da mesma maneira que a minha mãe se sentia.*
- 4) Comparação de sentimentos, reações e processos interiores.

Todos os problemas ou proposições sobre o *self* têm de explorados ou elaborados com referências internas. Exemplos ou ilustrações podem demonstrar como o paciente experiencia o problema em diferentes fases; se assim for, a pertinência da ilustração para o problema tem de ser explícita. O problema tem de estar relacionado com outros processos internos ou reações. Alternativamente, através de hipóteses, especulações ou analogias, o paciente clarifica a natureza ou a implicação privada do problema central, a sua causa ou ramificações.

Nível 6 - O assunto relaciona-se com o presente do paciente, com a experiência emergente. Um sentimento de envolvimento ativo e imediato na experiência é transmitido com a evidência da sua resolução ou aceitação. Os próprios sentimentos mudam. O conteúdo é uma síntese de sentimentos ou de experiências prontamente acessíveis, recém - reconhecidos ou mais plenamente realizados para produzir estruturas pessoalmente significativas ou para resolver problemas. O paciente comunica uma nova ou enriquecida experiência e o impacto experiencial das mudanças das suas atitudes ou sentimentos em relação a si mesmo. As suas narrativas podem refletir mudanças ou intuições no momento em que elas ocorrem. Estas narrativas são elaboradas ao detalhe. O paciente transmite um senso de um envolvimento ativo e imediato num problema enraizado experiencialmente com provas da sua resolução ou aceitação.

Os sentimentos envolvidos devem ser totalmente apresentados. Sentimentos passados ou mudanças passadas de sentimentos são experienciados ou revividos como parte da experiência atual do locutor.

O processo de estruturação relaciona estes eventos imediatamente sentidos com outros aspetos da perspetiva privada do paciente. Um sentimento poderá estar relacionado com a auto-imagem do paciente, com as suas perceções privadas, motivos, suposições, ou com outras facetas externas da sua vida, tais como o seu comportamento. Em qualquer um dos casos, a natureza da relação tem de ser definida para que os detalhes de como o paciente funciona internamente e o impacto preciso das mudanças seja revelado. Não é apenas a existência de uma relação nem uma listagem sequencial de sentimentos ou de experiências internas, mas sim a natureza e a qualidade da associação que é esclarecida.

O processo sintético e estruturante leva a uma experiência pessoal significativa ou resolve um problema. Como resultado de trabalhar com os seus sentimentos e experiências pessoais o paciente tem novas experiências interiores. Estas podem ser novos sentimentos ou sentimentos de compaixão, como quando o locutor diz: *Agora começo a ver que o meu sentimento de culpa é causado pelas minhas ideias sobre o trabalho e isso faz-me sentir muito menos preocupado em relação a esse sentimento de culpa. Que alívio!* Em alternativa, um problema pode ser resolvido: *Sabe, eu mantive a minha raiva guardada porque sempre tive medo de perder o meu auto-controlo ou controlo de mim mesmo. Agora percebo que não seria assim tão mau se o fizesse; se calhar se eu gritasse ou atirasse qualquer coisa, só isso.* Se o paciente começar com um problema externo concreto, os sentimentos relacionados têm de ser apresentados como parte da sua experiência atual e o processo de elaboração tem de mudar a sua perceção do problema de alguma maneira. Por exemplo: *Nunca convidei uma miúda para sair porque sou baixo. Ainda tenho medo de que uma miúda me chame ‘camarão’ ou assim, mas estou disposto a correr esse risco agora. Deve ser porque agora percebo que mesmo que ela o fizesse, não me ‘quebraria’. Não ia gostar muito dela mas sentir-me-ia melhor comigo mesmo por ter tentado.* Alguns elementos na estruturação emergente podem ser externos, comportamentais ou intelectuais, como uma decisão de agir de maneira diferente. Mesmo assim devem ser claramente relacionados com sentimentos imediatos. Nunca é suficiente apenas declarar que se deu início a uma resolução; as experiências subjacentes ao processo de estruturação têm de ser reveladas ou aliviadas para satisfazer o critério do nível seis.

Nível 7 - Experimentar nesta etapa é expansivo, revelador. O paciente rapidamente utiliza uma forma renovada de se conhecer e de expandir esse conhecimento e envolvimento. A perspectiva experimental é uma fonte confiável de auto-consciência e passa a ser referente primário para o pensamento e ação, podendo ser utilizada de forma contínua. O conteúdo revela a crescente consciência do paciente em relação aos seus sentimentos imediatos e processos interiores. O paciente demonstra claramente que consegue passar de uma referência interna para outra, alterando e modificando as concepções sobre si mesmo, os seus sentimentos e as suas reações privadas para com os seus pensamentos ou ações. Cada novo nível da sua autoconsciência funciona como um trampolim para exploração futura. A forma de estar do paciente nesta fase é muitas vezes eufórica, flutuante ou confiante, transmitindo uma sensação de que as coisas rápida e significativamente se vão encaixando no seu lugar.

Formulações sobre o *self* no nível sete cumprem os requisitos do nível seis com a estipulação adicional de que estes são aplicados a um raio crescente de eventos interiores ou dão origem a novas intuições. O desenvolvimento deve seguir um de vários padrões diferentes:

- 1) O paciente tem de começar por um problema internamente enraizado, explorá-lo e chegar a uma conclusão também internamente enraizada que pode ser aplicada a uma série de outros problemas.
- 2) O paciente pode chegar a várias soluções relacionadas com um só problema e reintegrá-las. Qualquer auto-análise é procedida por uma síntese mais compreensiva ou extensiva.
- 3) O paciente pode usar várias formulações diferentes sobre ele mesmo (com os requisitos do nível seis) e integra-as ou relaciona-as através de uma formulação mais básica ou geral.
- 4) O paciente pode começar por uma conclusão do tipo alcançado no nível seis e aplicá-la a uma série de situações, cada uma delas com referências internas explícitas, para demonstrar de que forma o princípio geral se pode aplicar a uma área mais da sua experiência.

Referências:

Klein, M. H., Mathieu, P. L., Gendlin, E. T. & Kiesler, D. J. (1969). *The experiencing Scale: a research and training manual*. Madison: University of Wisconsin.

Anexo B – Cotação das sessões com a escala EXP e quantificação das memórias

Sessões	Mês	Ano	Trimestre	EXP	*Nº de memórias episódicas
1	Maio	2004	Maio2004	3	0
2	Maio	2004	Maio2004	3	0
3	Maio	2004	Maio2004	5	0
4	Maio	2004	Maio2004	3	0
5	Maio	2004	Maio2004	4	2
6	Maio	2004	Maio2004	4	2
7	Maio	2004	Maio2004	3	3
8	Junho	2004	Maio2004	4	4
9	Junho	2004	Maio2004	4	4
10	Junho	2004	Maio2004	3	1
11	Junho	2004	Maio2004	4	2
12	Junho	2004	Maio2004	3	1
13	Junho	2004	Maio2004	4	1
14	Junho	2004	Maio2004	3	3
15	Junho	2004	Maio2004	4	1
16	Junho	2004	Maio2004	4	1
17	Junho	2004	Maio2004	4	0
18	Junho	2004	Maio2004	4	1
19	Junho	2004	Maio2004	4	0
20	Junho	2004	Maio2004	5	1
21	Junho	2004	Maio2004	4	4
22	Julho	2004	Maio2004	4	0
23	Julho	2004	Maio2004	4	2
24	Julho	2004	Maio2004	4	1
25	Julho	2004	Maio2004	4	0

26	Julho	2004	Maio2004	4	1
27	Julho	2004	Maio2004	6	2
28	Julho	2004	Maio2004	4	0
29	Julho	2004	Maio2004	3	0
30	Julho	2004	Maio2004	6	1
31	Julho	2004	Maio2004	3	1
32	Julho	2004	Maio2004	5	1
33	Setembro	2004	Agosto2004	3	1
34	Setembro	2004	Agosto2004	3	1
35	Setembro	2004	Agosto2004	4	3
36	Setembro	2004	Agosto2004	4	0
37	Setembro	2004	Agosto2004	4	0
38	Setembro	2004	Agosto2004	4	2
39	Setembro	2004	Agosto2004	3	0
40	Outubro	2004	Agosto2004	4	0
41	Outubro	2004	Agosto2004	4	0
42	Outubro	2004	Agosto2004	5	0
43	Outubro	2004	Agosto2004	5	0
44	Outubro	2004	Agosto2004	4	0
45	Outubro	2004	Agosto2004	3	1
46	Outubro	2004	Agosto2004	4	2
47	Outubro	2004	Agosto2004	4	0
48	Outubro	2004	Agosto2004	5	0
49	Outubro	2004	Agosto2004	3	0
50	Novembro	2004	Nov2004	5	1
51	Novembro	2004	Nov2004	4	3
52	Novembro	2004	Nov2004	5	2
53	Novembro	2004	Nov2004	3	2
54	Novembro	2004	Nov2004	6	2
55	Novembro	2004	Nov2004	4	2
56	Novembro	2004	Nov2004	4	1
57	Novembro	2004	Nov2004	4	1
58	Novembro	2004	Nov2004	4	0

59	Novembro	2004	Nov2004	4	1
60	Novembro	2004	Nov2004	3	1
61	Dezembro	2004	Nov2004	3	2
62	Dezembro	2004	Nov2004	5	3
63	Dezembro	2004	Nov2004	5	3
64	Dezembro	2004	Nov2004	4	0
65	Dezembro	2004	Nov2004	4	1
66	Dezembro	2004	Nov2004	3	0
67	Dezembro	2004	Nov2004	3	4
68	Dezembro	2004	Nov2004	5	0
69	Dezembro	2004	Nov2004	3	1
70	Janeiro	2005	Nov2004	5	1
71	Janeiro	2005	Nov2004	3	0
72	Janeiro	2005	Nov2004	5	2
73	Janeiro	2005	Nov2004	3	1
74	Janeiro	2005	Nov2004	5	1
75	Janeiro	2005	Nov2004	3	0
76	Fevereiro	2005	Fev2005	5	1
77	Fevereiro	2005	Fev2005	2	0
78	Fevereiro	2005	Fev2005	4	1
79	Fevereiro	2005	Fev2005	4	0
80	Fevereiro	2005	Fev2005	3	0
81	Fevereiro	2005	Fev2005	5	0
82	Fevereiro	2005	Fev2005	3	0
83	Fevereiro	2005	Fev2005	4	1
84	Fevereiro	2005	Fev2005	4	3
85	Fevereiro	2005	Fev2005	5	0
86	Fevereiro	2005	Fev2005	3	1
87	Março	2005	Fev2005	7	0
88	Março	2005	Fev2005	4	0
89	Março	2005	Fev2005	4	2
90	Março	2005	Fev2005	3	1
91	Março	2005	Fev2005	4	0

92	Março	2005	Fev2005	4	1
93	Março	2005	Fev2005	4	0
94	Março	2005	Fev2005	4	0
95	Março	2005	Fev2005	3	0
96	Março	2005	Fev2005	3	1
97	Abril	2005	Fev2005	5	1
98	Abril	2005	Fev2005	5	0
99	Abril	2005	Fev2005	3	0
100	Abril	2005	Fev2005	3	0
101	Abril	2005	Fev2005	5	0
102	Abril	2005	Fev2005	3	0
103	Abril	2005	Fev2005	5	1
104	Maio	2005	Maio2005	5	3
105	Maio	2005	Maio2005	3	1
106	Maio	2005	Maio2005	3	0
107	Maio	2005	Maio2005	6	3
108	Maio	2005	Maio2005	4	1
109	Maio	2005	Maio2005	5	0
110	Maio	2005	Maio2005	5	0
111	Maio	2005	Maio2005	4	0
112	Maio	2005	Maio2005	3	2
113	Maio	2005	Maio2005	4	0
114	Maio	2005	Maio2005	2	0
115	Maio	2005	Maio2005	4	0
116	Maio	2005	Maio2005	3	0
117	Junho	2005	Maio2005	2	2
118	Junho	2005	Maio2005	5	1
119	Junho	2005	Maio2005	3	3
120	Junho	2005	Maio2005	3	3
121	Junho	2005	Maio2005	4	0
122	Junho	2005	Maio2005	3	1
123	Junho	2005	Maio2005	3	5
124	Junho	2005	Maio2005	5	2

125	Junho	2005	Maio2005	3	0
126	Julho	2005	Maio2005	4	3
127	Julho	2005	Maio2005	4	3
128	Julho	2005	Maio2005	4	1
129	Julho	2005	Maio2005	3	0
130	Julho	2005	Maio2005	3	0
131	Julho	2005	Maio2005	4	1
132	Julho	2005	Maio2005	3	0
133	Julho	2005	Maio2005	2	1
134	Julho	2005	Maio2005	4	0
135	Agosto	2005	Agosto2005	2	1
136	Setembro	2005	Agosto2005	3	0
137	Setembro	2005	Agosto2005	5	0
138	Setembro	2005	Agosto2005	5	0
139	Setembro	2005	Agosto2005	3	1
140	Setembro	2005	Agosto2005	3	0
141	Setembro	2005	Agosto2005	4	0
142	Setembro	2005	Agosto2005	3	6
143	Setembro	2005	Agosto2005	5	0
144	Setembro	2005	Agosto2005	4	0
145	Outubro	2005	Agosto2005	3	0
146	Outubro	2005	Agosto2005	4	1
147	Outubro	2005	Agosto2005	4	1
148	Outubro	2005	Agosto2005	4	0
149	Outubro	2005	Agosto2005	3	0
150	Outubro	2005	Agosto2005	4	2
151	Novembro	2005	Nov2005	3	1
152	Novembro	2005	Nov2005	5	1
153	Novembro	2005	Nov2005	4	1
154	Novembro	2005	Nov2005	4	0
155	Novembro	2005	Nov2005	3	4
156	Novembro	2005	Nov2005	3	1
157	Novembro	2005	Nov2005	3	1

158	Novembro	2005	Nov2005	5	2
159	Novembro	2005	Nov2005	5	1
160	Novembro	2005	Nov2005	4	1
161	Novembro	2005	Nov2005	4	0
162	Dezembro	2005	Nov2005	5	1
163	Dezembro	2005	Nov2005	3	1
164	Dezembro	2005	Nov2005	2	1
165	Dezembro	2005	Nov2005	5	0
166	Janeiro	2006	Nov2005	3	4
167	Janeiro	2006	Nov2005	4	1
168	Janeiro	2006	Nov2005	3	2
169	Janeiro	2006	Nov2005	3	2
170	Janeiro	2006	Nov2005	3	1
171	Janeiro	2006	Nov2005	3	1
172	Janeiro	2006	Nov2005	4	2
173	Janeiro	2006	Nov2005	3	2
174	Janeiro	2006	Nov2005	3	2
175	Janeiro	2006	Nov2005	4	0
176	Janeiro	2006	Nov2005	2	1
177	Janeiro	2006	Nov2005	3	0
178	Janeiro	2006	Nov2005	3	5
179	Fevereiro	2006	Fev2006	6	1
180	Fevereiro	2006	Fev2006	4	2
181	Fevereiro	2006	Fev2006	4	1
182	Fevereiro	2006	Fev2006	4	0
183	Fevereiro	2006	Fev2006	3	4
184	Fevereiro	2006	Fev2006	5	1
185	Fevereiro	2006	Fev2006	4	1
186	Fevereiro	2006	Fev2006	3	0
187	Fevereiro	2006	Fev2006	4	2
188	Fevereiro	2006	Fev2006	4	4
189	Março	2006	Fev2006	2	0
190	Março	2006	Fev2006	2	0

191	Março	2006	Fev2006	4	0
192	Março	2006	Fev2006	3	3
193	Março	2006	Fev2006	2	2
194	Março	2006	Fev2006	4	0
195	Março	2006	Fev2006	3	1
196	Março	2006	Fev2006	2	0
197	Março	2006	Fev2006	4	3
198	Março	2006	Fev2006	2	2
199	Março	2006	Fev2006	4	3
200	Abril	2006	Fev2006	2	1
201	Abril	2006	Fev2006	4	0
202	Abril	2006	Fev2006	5	4
203	Abril	2006	Fev2006	3	0
204	Abril	2006	Fev2006	5	1
205	Abril	2006	Fev2006	4	1
206	Abril	2006	Fev2006	4	2
207	Maio	2006	Maio2006	4	0
208	Maio	2006	Maio2006	3	0
209	Maio	2006	Maio2006	4	1
210	Maio	2006	Maio2006	3	1
211	Maio	2006	Maio2006	4	0
212	Maio	2006	Maio2006	4	1
213	Maio	2006	Maio2006	4	2
214	Maio	2006	Maio2006	3	1
215	Maio	2006	Maio2006	4	0
216	Maio	2006	Maio2006	3	2
217	Maio	2006	Maio2006	3	2
218	Junho	2006	Maio2006	4	5
219	Junho	2006	Maio2006	4	4
220	Junho	2006	Maio2006	4	0
221	Junho	2006	Maio2006	5	0
222	Junho	2006	Maio2006	4	2
223	Junho	2006	Maio2006	4	1

224	Junho	2006	Maio2006	4	2
225	Junho	2006	Maio2006	6	6
226	Junho	2006	Maio2006	4	0
227	Junho	2006	Maio2006	3	0
228	Junho	2006	Maio2006	3	3
229	Julho	2006	Maio2006	5	1
230	Julho	2006	Maio2006	3	2
231	Julho	2006	Maio2006	5	2
232	Julho	2006	Maio2006	4	0
233	Julho	2006	Maio2006	5	2
234	Julho	2006	Maio2006	6	2
235	Julho	2006	Maio2006	4	1
236	Julho	2006	Maio2006	4	1
237	Julho	2006	Maio2006	5	1
238	Julho	2006	Maio2006	4	1
239	Julho	2006	Maio2006	4	0
240	Julho	2006	Maio2006	3	0
241	Setembro	2006	Agosto2006	4	0
242	Setembro	2006	Agosto2006	4	1
243	Setembro	2006	Agosto2006	5	0
244	Setembro	2006	Agosto2006	5	1
245	Setembro	2006	Agosto2006	3	0
246	Setembro	2006	Agosto2006	5	0
247	Setembro	2006	Agosto2006	6	1
248	Setembro	2006	Agosto2006	5	0
249	Setembro	2006	Agosto2006	3	1
250	Setembro	2006	Agosto2006	4	0
251	Outubro	2006	Agosto2006	1	0
252	Outubro	2006	Agosto2006	4	1
253	Outubro	2006	Agosto2006	3	2
254	Outubro	2006	Agosto2006	4	2
255	Outubro	2006	Agosto2006	6	0
256	Outubro	2006	Agosto2006	6	1

257	Outubro	2006	Agosto2006	4	0
258	Outubro	2006	Agosto2006	4	0
259	Outubro	2006	Agosto2006	3	1
260	Novembro	2006	Nov2006	1	0
261	Novembro	2006	Nov2006	4	1
262	Novembro	2006	Nov2006	4	2
263	Novembro	2006	Nov2006	6	1
264	Novembro	2006	Nov2006	3	3
265	Novembro	2006	Nov2006	5	1
266	Novembro	2006	Nov2006	3	1
267	Novembro	2006	Nov2006	4	1
268	Novembro	2006	Nov2006	4	1
269	Novembro	2006	Nov2006	4	1
270	Dezembro	2006	Nov2006	3	0
271	Dezembro	2006	Nov2006	4	3
272	Dezembro	2006	Nov2006	3	1
273	Dezembro	2006	Nov2006	5	3
274	Dezembro	2006	Nov2006	5	1
275	Dezembro	2006	Nov2006	4	2
276	Dezembro	2006	Nov2006	3	1
277	Dezembro	2006	Nov2006	4	0
278	Dezembro	2006	Nov2006	3	0
279	Janeiro	2007	Nov2006	6	1
280	Janeiro	2007	Nov2006	3	1
281	Janeiro	2007	Nov2006	2	1
282	Janeiro	2007	Nov2006	3	0
283	Janeiro	2007	Nov2006	4	3
284	Janeiro	2007	Nov2006	4	4
285	Janeiro	2007	Nov2006	3	1
286	Janeiro	2007	Nov2006	6	0
287	Janeiro	2007	Nov2006	3	1
288	Janeiro	2007	Nov2006	6	1
289	Janeiro	2007	Nov2006	4	0

290	Janeiro	2007	Nov2006	5	2
291	Janeiro	2007	Nov2006	1	1
292	Janeiro	2007	Nov2006	1	1
293	Fevereiro	2007	Fev2007	6	1
294	Fevereiro	2007	Fev2007	5	2
295	Fevereiro	2007	Fev2007	2	1
296	Fevereiro	2007	Fev2007	3	0
297	Fevereiro	2007	Fev2007	4	3
298	Fevereiro	2007	Fev2007	6	0
299	Fevereiro	2007	Fev2007	3	0
300	Fevereiro	2007	Fev2007	5	1
301	Março	2007	Fev2007	6	5
302	Março	2007	Fev2007	2	0
303	Março	2007	Fev2007	4	1
304	Março	2007	Fev2007	4	0
305	Março	2007	Fev2007	2	0
306	Março	2007	Fev2007	3	0
307	Março	2007	Fev2007	2	0
308	Março	2007	Fev2007	6	1
309	Março	2007	Fev2007	5	1
310	Março	2007	Fev2007	6	0
311	Março	2007	Fev2007	2	0
312	Março	2007	Fev2007	3	0
313	Março	2007	Fev2007	4	0
314	Abril	2007	Fev2007	3	1
315	Abril	2007	Fev2007	5	0
316	Abril	2007	Fev2007	3	0
317	Abril	2007	Fev2007	5	1
318	Abril	2007	Fev2007	3	1
319	Abril	2007	Fev2007	6	0
320	Abril	2007	Fev2007	4	0
321	Abril	2007	Fev2007	3	0
322	Abril	2007	Fev2007	2	1

323	Abril	2007	Fev2007	3	1
324	Abril	2007	Fev2007	5	0
325	Maio	2007	Maio2007	5	0
326	Maio	2007	Maio2007	3	0
327	Maio	2007	Maio2007	5	1
328	Maio	2007	Maio2007	3	0
329	Maio	2007	Maio2007	4	1
330	Maio	2007	Maio2007	3	0
331	Maio	2007	Maio2007	4	0
332	Maio	2007	Maio2007	2	1
333	Maio	2007	Maio2007	4	0
334	Maio	2007	Maio2007	3	1
335	Maio	2007	Maio2007	4	1
336	Junho	2007	Maio2007	2	2
337	Junho	2007	Maio2007	2	1
338	Junho	2007	Maio2007	3	0
339	Junho	2007	Maio2007	5	0
340	Junho	2007	Maio2007	4	0
341	Junho	2007	Maio2007	3	1
342	Junho	2007	Maio2007	3	0
343	Junho	2007	Maio2007	1	0
344	Junho	2007	Maio2007	4	1
345	Junho	2007	Maio2007	3	0
346	Junho	2007	Maio2007	5	1
347	Junho	2007	Maio2007	3	0
348	Julho	2007	Maio2007	3	1
349	Julho	2007	Maio2007	4	0
350	Julho	2007	Maio2007	2	0
351	Julho	2007	Maio2007	3	0
352	Julho	2007	Maio2007	3	1
353	Julho	2007	Maio2007	3	0
354	Julho	2007	Maio2007	5	0
355	Setembro	2007	Agosto2007	3	2

356	Setembro	2007	Agosto2007	5	0
357	Setembro	2007	Agosto2007	2	1
358	Setembro	2007	Agosto2007	2	1
359	Setembro	2007	Agosto2007	2	1
360	Setembro	2007	Agosto2007	2	2
361	Outubro	2007	Agosto2007	1	0
362	Outubro	2007	Agosto2007	5	0
363	Outubro	2007	Agosto2007	3	0
364	Outubro	2007	Agosto2007	3	0
365	Outubro	2007	Agosto2007	4	0
366	Outubro	2007	Agosto2007	1	1
367	Outubro	2007	Agosto2007	3	1
368	Novembro	2007	Nov2007	4	2
369	Novembro	2007	Nov2007	3	0
370	Novembro	2007	Nov2007	2	1
371	Novembro	2007	Nov2007	5	0
372	Novembro	2007	Nov2007	4	1
373	Novembro	2007	Nov2007	3	1
374	Dezembro	2007	Nov2007	3	1
375	Dezembro	2007	Nov2007	2	1
376	Dezembro	2007	Nov2007	4	0
377	Dezembro	2007	Nov2007	3	0
378	Dezembro	2007	Nov2007	3	1
379	Dezembro	2007	Nov2007	2	1
380	Janeiro	2008	Nov2007	2	0
381	Janeiro	2008	Nov2007	4	1
382	Janeiro	2008	Nov2007	5	0
383	Janeiro	2008	Nov2007	3	0

* Pereira, I. D. P. (2016). *Quem sou eu? Psicanálise, memória episódica e insight*. (Dissertação de mestrado). ISPA-IU, Lisboa.

Anexo C – Tabelas e gráficos para análise de resultados

Profundidade Experiencial (EXP)		
N	Válido	383
	Omisso	0
Média		3,74
Mediana		4,00
Desvio Padrão		1,076
Amplitude		6
Mínimo		1
Máximo		7

Profundidade Experiencial (EXP)					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Nível	1	7	1,8	1,8	1,8
	2	32	8,4	8,4	10,2
	3	124	32,4	32,4	42,6
	4	134	35,0	35,0	77,5
	5	65	17,0	17,0	94,5
	6	20	5,2	5,2	99,7
	7	1	0,3	0,3	100,0
	Total	383	100,0	100,0	

Figura 1. Tabelas das estatísticas descritivas da profundidade experiencial

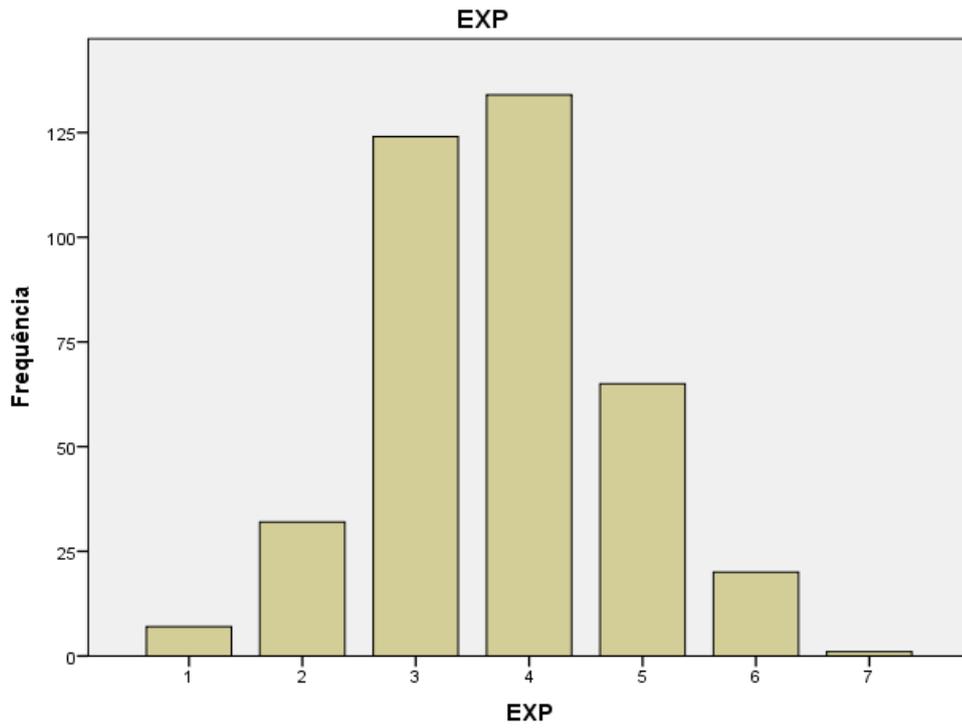


Figura 2. Frequências relativas da profundidade experiencial

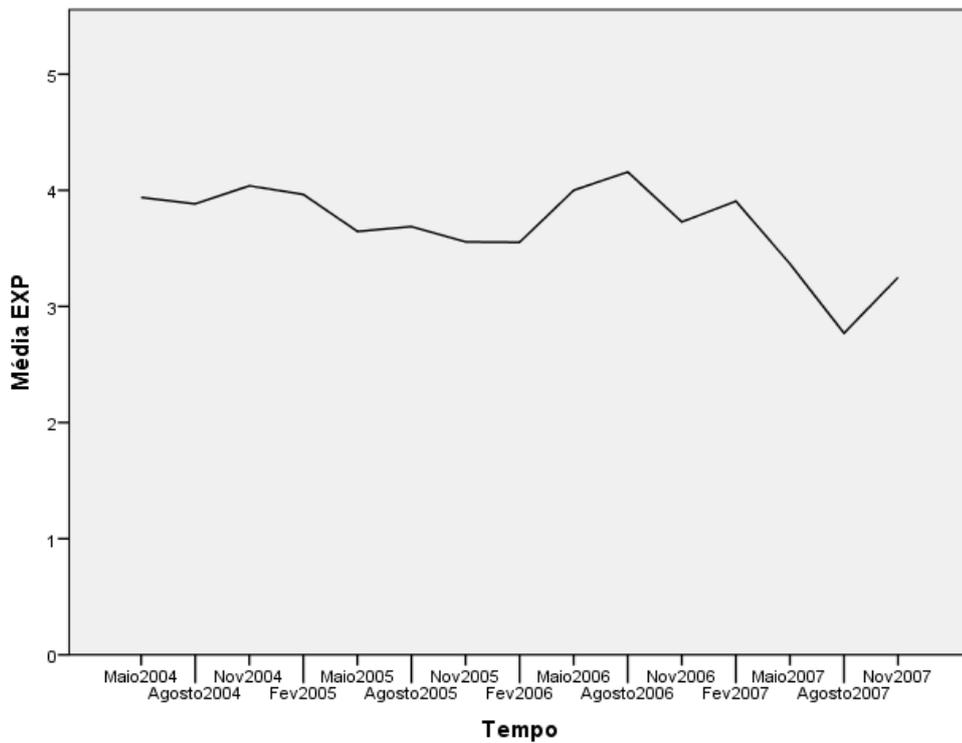


Figura 3. Distribuição da profundidade experiencial durante a análise

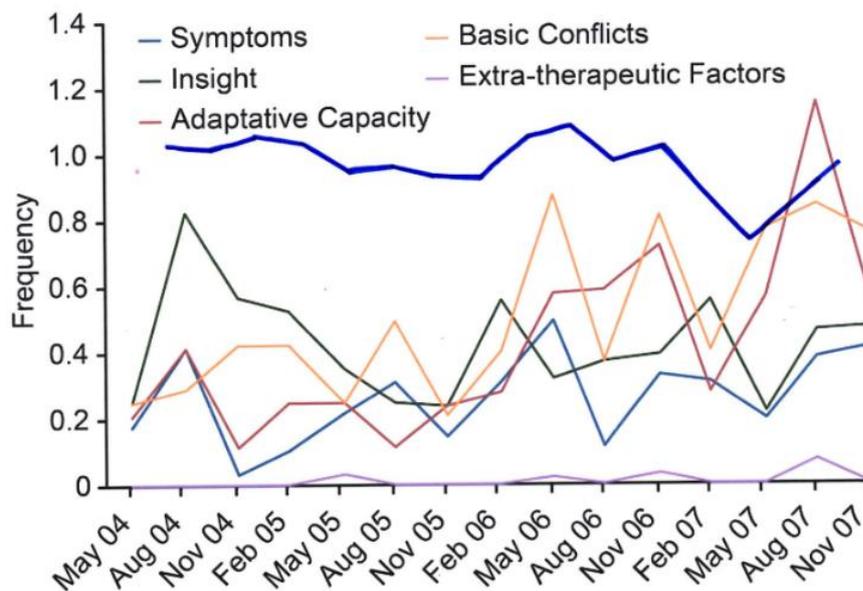


Figura 4. Frequência relativa dos incidentes de mudança nas 5 dimensões do CHAP (Pires et al., 2016) e da profundidade experiencial

Profundidade Experiencial (EXP)			
Nº memórias	Média	N	Desvio Padrão
0	3,69	160	1,058
1	3,69	137	1,148
2	3,86	49	1,041
3	3,95	22	,844
4	3,67	9	,707
5	4,00	4	1,414
6	4,50	2	2,121
Total	3,74	383	1,076

Figura 5. Valores médios da profundidade experiencial em função do nº de memórias evocadas por sessão

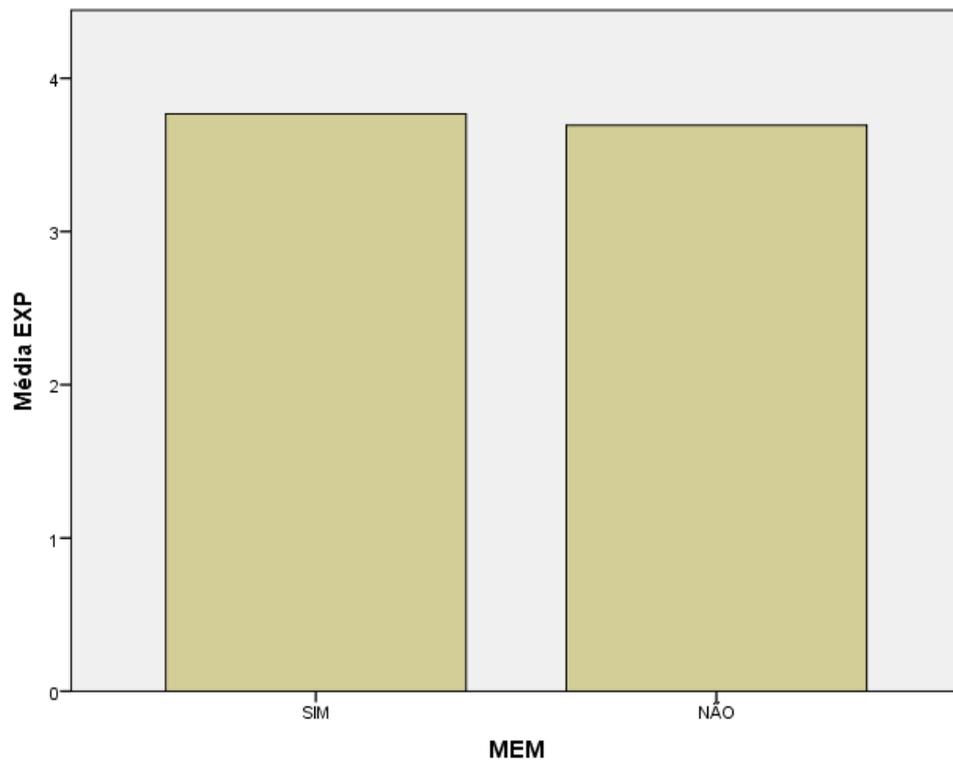


Figura 6. Média da profundidade experiencial e presença / ausência de memórias evocadas nas sessões

Referências:

Pires, A. P., Gonçalves, J., Sá, V., Silva, A. & Sandell, R. (2016). Assessment of change in psychoanalysis: another way of using the change after psychotherapy scales. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 64(2), 285-305. doi: 10.1177/0003065116644743