

Sofia Alexandra Coelho Reis

**A Interação entre Terapeuta e Cliente nas
Sessões Iniciais da Terapia para
as Fobias e Afetos**



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2022

Sofia Alexandra Coelho Reis

A Interação entre Terapeuta e Cliente nas Sessões Iniciais da Terapia para Fobias a Afetos

Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Dissertação de Mestrado efetuada sob orientação de:

Prof. Dr. Luís de Brito Janeiro



Universidade do Algarve

Faculdade de Ciências Humanas e Sociais

2022

**A Interação entre Terapeuta e Cliente nas Sessões Iniciais da Terapia para
Fobias a Afetos**

Declaração de Autoria de Dissertação

Declaro ser a autora desta dissertação de mestrado, que é original e inédita. Ao autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da listagem de referências incluídas.

Sofia Alexandra Coelho Reis

Copyright by **Sofia Alexandra Coelho Reis**

A Universidade do Algarve tem o direito perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar esta dissertação através de exemplares impressos reproduzidos em papel, em formato digital e por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado. Tem o direito de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito à autora e editor.

Agradecimentos

Quero começar por agradecer à Universidade do Algarve, em especial à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, pelas importantes bases que me forneceu.

De seguida, agradecer ao corpo docente da FCHS, em especial aos professores com quem tive o prazer de aprender muito e que sempre demonstraram imensa dedicação em ajudar os alunos.

Agradeço aos meus pais e avós, por estarem sempre presentes, mesmo nos meus piores momentos, amo-vos muito!

Um especial obrigada, ao meu irmão Afonso, por ser um puto incrível, muito talentoso, que há de chegar mais longe que eu!

Um agradecimento especial ao meu orientador de dissertação, o Prof. Dr. Luís Janeiro, pela compreensão e tempo que despendeu comigo. Foi uma ajuda extremamente necessária e sem ela esta dissertação de mestrado não teria sido realizada. Obrigada, mesmo, mais uma vez.

Queria agradecer a um elemento que foi fulcral para a realização desta dissertação de mestrado, a Dr.^a Laura Ferreira, sem a sua colaboração esta dissertação não tinha prosseguido, obrigada, de coração.

Gostaria de agradecer, à Mariana Raposo, por ser a minha principal confidente e mais que amiga, irmã. Sem ti não teria conseguido!

Por fim, tendo em conta as minhas raízes, um obrigada ou um bem-haja a todos!

Resumo

A Terapia para as Fobias e Afetos (TFA) preconiza que o caminho para o sucesso terapêutico passa por dois objetivos principais: a Reestruturação das Defesas e a Reestruturação dos Afetos. Apesar desta expectativa teórica, escassas investigações têm procurado analisar como decorre o processo de mudança na TFA, particularmente na fase inicial dos tratamentos.

O presente estudo pretendeu avaliar o tipo de intervenções terapêuticas e respostas do cliente mais salientes no início da terapia e examinar a associação entre a intervenção do terapeuta e a categoria proporcionada pelo cliente no momento imediatamente a seguir, com o objetivo de validar empiricamente o decurso da fase inicial da TFA. Para o efeito, foram visualizadas e codificadas as sessões 2, 5 e 10 de cinco clientes em psicoterapia de acordo com o modelo TFA (*Midade* = 24,6 anos; 60% do sexo feminino). Cada fala dos elementos da díade terapêutica foi categorizada de acordo com a ATOS, um sistema de codificação das sessões gravadas, cujas subescalas correspondem aos objetivos de tratamento do modelo em estudo.

As análises feitas através do teste do Qui-Quadrado revelaram que as intervenções de *Motivação*, *Experiência* e *Insight* são as mais predominantes nos terapeutas, ao passo que os clientes proporcionam mais respostas relacionadas com os *Afetos Inibitórios*, a *Perceção do Self e dos Outros*. De modo geral, verificou-se uma associação significativa entre as intervenções terapêuticas e as respostas imediatas dos clientes, com semelhanças entre a díade no que diz respeito ao tipo de categoria proporcionada.

Os dados encontrados possibilitam uma maior compreensão face ao processo de mudança dentro das sessões terapêuticas da TFA, corroborando a ocorrência de um trabalho de Reestruturação das Defesas e dos Afetos nas primeiras sessões. As principais descobertas deste estudo são discutidas com base na literatura atual acerca do estudo do processo de mudança em psicoterapia psicodinâmica.

Palavras-chave: Psicoterapia; Fase inicial; Terapia para as Fobias de Afetos; Reestruturação das Defesas; Reestruturação dos Afetos; Processo de Mudança

Abstract

Affect Phobias Therapy (APT) advocates that the path to therapeutic success involves two main objectives: the Restructuring of Defenses and the Restructuring of Affects. Despite this expectation theory, few research have looked at how to study the process of change in APT, particularly at the beginning of treatments.

The present study aimed to assess the type of therapeutic interventions and client responses that were most salient at the beginning of therapy and to examine the association between the therapist's intervention and the category provided by the client at the moment immediately after, with the aim of empirically validating the course of the initial phase of APT. For this purpose, sessions 2, 5 and 10 of five clients on undergoing psychotherapy, were visualized and coded according to the APT model (*Mage* = 24,6 years; 60% were female). Each speech of the therapeutic dyad elements was categorized according to the ATOS, a coding system of recorded sessions, whose subscales correspond to the treatment objectives of the model under study.

The analyzes carried out using the Chi-Square test revealed that the interventions of *Motivation*, *Experience* and *Insight* are the most prevalent in therapists, while clients provide more responses related to *Inhibitory Affects*, *Perception of Self and Others*. Overall, there was a significant association between therapeutic interventions and immediate client responses, with similarities between the dyad in terms of the type of category provided.

The data found allow a greater understanding of the process of change within the therapeutic sessions of APT, corroborating the occurrence of Restructuring of

Defenses and Affections in the first sessions. The main findings of this study are discussed based on the current literature on the study of the process of change in psychodynamic psychotherapy.

Keywords: Psychotherapy; Early stage; Affect Phobias Therapy; Restructuring of Defenses; Restructuring of Affects; Process of Change

Índice Geral

1. Introdução	1
1.1 Na presente dissertação	8
2. Metodologia	10
2.1 Participantes	10
2.2 Instrumentos	10
2.2.1 <i>Escala de Aquisição de Objetivos Terapêuticos (Achievment of Therapeutic Objectives Scale; ATOS)</i>	10
2.3 Procedimentos de Recolha de Dados	13
2.4 Procedimentos de Análise de Dados	14
3. Resultados	15
3.1 Associação entre o tipo de intervenção (subescala da ATOS) e o interveniente da díade (terapeuta vs. cliente) na segunda sessão	15
3.2 Associação entre o tipo de intervenção (subescalas da ATOS) e o interveniente da díade (terapeuta vs. cliente) na quinta sessão	17
3.3 Associação entre o tipo de intervenção (subescalas da ATOS) e o interveniente da díade (terapeuta vs. cliente) na décima sessão	19
3.4 Associação entre as intervenções predominantes dos terapeutas e as respostas dos clientes no momento posterior na segunda sessão	22
3.5 Associação entre as intervenções predominantes dos terapeutas e as respostas do cliente no momento posterior na quinta sessão	24
3.6 Associação entre as intervenções predominantes dos terapeutas e as respostas do cliente no momento posterior na décima sessão	26

4. Discussão	31
5. Referências Bibliográficas.....	36
6. Anexos.....	41

Lista de Tabelas

Tabela 1: Distribuição de frequências das categorias ATOS pelos intervenientes (terapeuta vs. cliente) na segunda sessão	16
Tabela 2: Distribuição de frequências das categorias ATOS pelos intervenientes (terapeuta vs. cliente) na quinta sessão	18
Tabela 3: Distribuição de frequências das categorias ATOS pelos intervenientes (terapeuta vs. cliente) na décima sessão	20
Tabela 4: Resumo da associação entre o tipo de intervenções (ATOS) e o interveniente (terapeuta ou cliente) nas sessões iniciais da terapia.....	21
Tabela 5: Distribuição de frequências das respostas dos clientes pelas intervenções dos terapeutas na segunda sessão	23
Tabela 6: Distribuição de frequências das respostas dos clientes pelas intervenções dos terapeutas na quinta sessão	25
Tabela 7: Distribuição de frequências das respostas dos clientes pelas intervenções dos terapeutas na décima sessão	27
Tabela 8: Resumo da associação entre as intervenções dos terapeutas e as respostas dos clientes no momento posterior nas sessões iniciais de terapia	29

Lista de Anexos

Anexo 1: Alterações Classificações ATOS.....	41
Anexo 2: ATOS versão Cliente.....	45
Anexo 3: ATOS versão Terapeuta.....	48
Anexo 4: Exemplo de sessão convertida e classificada no Audacity.....	51
Anexo 5: Tabela de Excel com os dados para análise no SPSS.....	52
Anexo 6: Tabela SPSS para análise estatística	53

Lista de Abreviaturas

APT: Affect Phobia Therapy

APTМ: Treating Affect Phobia Model.

АТОS: Achievement of Therapeutic Objectives Scale (Escala de Aquisição dos Objetivos Terapêuticos);

GAF: Global Assessment of Functioning;

MTFA: Modelo de Tratamento para Fobias a Afetos;

TFA: Terapia para Fobia a Afetos;

1.Introdução

Na psicoterapia, as “fobias” são tipicamente caracterizadas como medos intensos relativos a objetos do mundo externo que surgem, na sua maioria, associadas à terapia cognitivo-comportamental (TCC). Contudo, na terapia psicodinâmica, Leigh McCullough e colaboradores (1998) observaram-se padrões fóbicos semelhantes à TCC, nos quais os estímulos fóbicos seriam internos, isto é, emoções. Partindo deste pressuposto, de que os indivíduos podem desenvolver fobias a estímulos internos (emoções), McCullough et al. (1997), desenvolveram o Modelo de Tratamento para as Fobias a Afetos (MFTA).

A conceptualização deste modelo tem por base o Triângulo do Conflito de Malan (1979). Segundo este, os conflitos intrapsíquicos, ocorrem quando a experiência e expressão de uma determinada emoção (Pólo dos Sentimentos), provoca ansiedade (Pólo da Ansiedade) e, de modo a evitá-la, são realizados comportamentos defensivos (Pólo das Defesas) (McCullough et al., 2003). A título de exemplo, um indivíduo que sofra a perda de um parente próximo, cuja emoção tristeza (afeto ativador) esteja associada a vergonha (afeto inibitório), pode desenvolver um comportamento defensivo (defesa) de apatia. Assim, no decorrer do funeral, ao invés de expressar tristeza (através do choro), este indivíduo manter-se-á apático (defesa) por sentir vergonha de expressar a tristeza.

Os afetos ativadores são sentimentos que motivam a interagir e conduzem à ação, tais como a raiva/assertividade, alegria, proximidade/carinho, tristeza/luto, excitação/interesse e o desejo sexual. Contrariamente, os afetos

inibitórios levam ao evitamento/afastamento da ação, sendo eles a ansiedade/pânico, vergonha/humilhação, culpa, dor emocional/angústia e o desprezo/desgosto (Julien & O'Connor, 2017).

Relativamente à sua etiologia, os autores do modelo teorizam que estas fobias e afetos se originam na infância, nas relações com as figuras de vinculação precoce. Ou seja, provêm de padrões desadaptativos aprendidos com os pais ou pessoas significativas ao longo de várias experiências no decorrer da infância (Julien & O'Connor, 2017), que se vão repetir posteriormente nas relações contemporâneas do sujeito. Esta explicação compõe o Triângulo das Pessoas de Malan (1979), cujos vértices correspondem às Pessoas do Passado (com as quais os padrões fóbicos se originam), as Pessoas do Presente (os relacionamentos atuais nos quais os padrões são repetidos) e ao Terapeuta (com o qual os padrões são reencenados e, conseqüentemente, trabalhados). Exemplificando: caso uma criança que, ao magoar o dedo num carrinho, sinta tristeza e a manifeste através do choro seja repreendida pelos pais (com uma frase do gênero “*Os homens não choram*”), sentirá vergonha por ter chorado. Caso isto se repita e os pais refiram sempre este tipo de frases, a criança começará a associar vergonha aos momentos de tristeza (conflito intrapsíquico entre afetos) e desenvolverá formas (desadaptativas) de evitar ou acabar com o desconforto do conflito, como, por exemplo, demonstrando apatia. Estes padrões desadaptativos serão repetidos na idade adulta e generalizados para todas as situações que provoquem tristeza. Mais tarde, esta criança tornar-se-á um adulto que, perante um qualquer acontecimento que provoque tristeza e vontade de chorar, terá associada a esta

reação a vergonha e irá defender-se através da demonstração de apatia (Julien & O`Connor, 2017).

Segundo o MTFA, a psicopatologia resulta deste padrão desadaptativo aprendido, uma vez que os sintomas são entendidos como defesas que mantêm o conflito longe da consciência (Julien & O`Connor, 2017). Assim, as fobias a afetos estão associadas a determinadas perturbações, como a depressão, o abuso de substâncias, perturbações alimentares. Verifica-se ainda que, a Fobia Social, pode caracterizar-se como uma fobia à proximidade/carinho e aos sentimentos positivos face ao *Self*, e que indivíduos com personalidades do cluster A também podem apresentar fobia à proximidade. As perturbações da personalidade narcísica e borderline podem caracterizar-se por uma perceção incorreta do *Self*, e a perturbação da personalidade obsessivo-compulsiva pode estar associada a fobias a afetos no geral (Julien & O`Connor, 2017).

Atendendo a que se trata de uma fobia a afetos, o principal objetivo da Terapia para as Fobias a Afetos (TFA) é reestruturar a fobia relativamente ao afeto ativador. O processo de tratamento implica a exposição gradual do cliente aos afetos ativadores, impedindo que a defesa ocorra (Prevenção da Resposta) através da Regulação da Ansiedade (i.e., dos afetos inibitórios), até que esta ansiedade seja diminuída (McCullough et al., 1999). Para que este processo ocorra e para que os clientes experienciem e expressem os afetos de forma adaptativa (McCullough et al., 2003), existem duas fases principais de tratamento: em primeiro lugar, a Reestruturação das Defesas (o Reconhecimento e Renúncia às Defesas Desadaptativas) e, em segundo, a Reestruturação dos Afetos (a Experiência e Expressão dos Afetos).

A Reestruturação das Defesas é composta pelas subfases de Reconhecimento das Defesas e a Renúncia das Defesas. Na primeira, o terapeuta auxilia o cliente a perceber as suas respostas defensivas e o papel que assumem, através da clarificação (ex: *A Josefina ri-se enquanto expressa acontecimentos tristes. Tem perceção que isso acontece?*), da confrontação (ex: *Será que está a sorrir por ser-lhe muito difícil sentir tristeza?*) e da interpretação (ex: *Aprendeu com os seus pais que uma boa menina não demonstra tristeza*). O objetivo passa por levar o cliente a reconhecer quais os padrões desadaptativos e onde estes surgiram, sublinhando que os comportamentos defensivos faziam sentido no contexto em que foram originados. Na segunda subfase, o terapeuta ajuda o cliente a adquirir a motivação necessária para abdicar das suas defesas, com recurso ao “*self-disclosure*” (e.g, *Como acha que me sinto, ao ouvir que não tem o direito de se sentir triste?*), revelando ao cliente as desvantagens destas respostas defensivas e permitindo que este se aperceba dos custos das mesmas (e.g., *Como é ter vontade de chorar e não permitir que isso aconteça?*); identificando os ganhos secundários que tem o seu comportamento (e.g., *Deve sentir-se orgulhosa, quando os outros dizem que é muito forte*), e devolvendo a responsabilidade da mudança ao cliente (e.g., *Não foi culpa sua ter crescido dessa forma, contudo, cabe a si alterar a sua situação atual*).

A segunda fase principal da TFA, a Reestruturação dos Afetos, subdivide-se em Experiência e Expressão dos Afetos. Na Experiência dos Afetos, o cliente aprende a nomear as suas emoções, focando-se nos aspetos físicos que cada uma provoca e explorando o que pretende fazer com as mesmas. O psicoterapeuta encoraja a experiência dos afetos (e.g., *Como se sentiu quando*

ele lhe disse que queria terminar a relação?) e procura regular a ansiedade (e.g., *O que lhe custa mais em deixar-se sentir triste?*). Já na subfase seguinte, o cliente aprende a expressar adequadamente as suas emoções. Para o efeito, utilizam-se habitualmente técnicas de *role-play*, técnicas de treino de competências e exposição *in vivo*.

Existem outros dois objetivos de tratamento, a Reestruturação do Self e a Reestruturação dos Outros. Estes são opcionais mas tornam-se prementes quando os clientes apresentam perceções depreciativas de si mesmos e/ou imagens desadequadas dos outros. A Reestruturação do Self pretende desenvolver positivamente, o autorrespeito, a autoimagem, a autocompaixão, o autointeresse e o autocuidado, ao passo que a Reestruturação dos Outros visa construir uma imagem mais ajustada dos outros, com compaixão, empatia e correta receção aos sentimentos alheios. Em alguns casos, estas perceções (de si e dos outros) estão muito comprometidas e, nessas situações, o tratamento poderá mesmo iniciar-se pelas mesmas. Mas podem também surgir só ao longo da terapia ou apenas pontualmente, alternadas com as principais fases do MTFA.

A decisão acerca dos objetivos a incidir sobre no início do tratamento deve ser feita com base numa avaliação inicial. Essa avaliação pode ser feita com recurso a instrumento aplicados no início da terapia, tais como a Escala de Avaliação Global de Funcionamento (Global Assessment of Functioning; GAF). Os indivíduos com pontuações entre 51 e 70 constituem a maioria dos clientes aptos para as Terapias Breves Psicodinâmicas, são capazes de trabalhar e manter relações, no entanto, têm dificuldades no funcionamento social ou ocupacional ou revelam sintomas intrapsíquicos que não prejudicam o seu

rendimento. Nesses casos, é recomendado, que a intervenção se inicie com a Reestruturação das Defesas, tal como preconizado pelo racional original da TFA. Para se iniciar a Reestruturação das Defesas rapidamente, o terapeuta deverá auxiliar os clientes a reconhecerem as suas defesas e o sentido que estas fizeram no passado, tendo em conta o momento em que surgiram. Esta postura terapêutica de suporte para com os padrões defensivos reduz a vergonha que lhes está associada e torna o processo mais rápido. A literatura na área apresenta evidências de que as defesas são mais facilmente reestruturadas através de estratégias de suporte, empáticas e de clarificação, do que, das confrontativas (Joseph, 1988; Makyne, 1992; Salerno et al., 1992).

No que diz respeito aos estudos empíricos sobre este modelo de tratamento, os resultados têm permitido comprovar a eficácia da TFA no tratamento de perturbações da personalidade do Cluster C (Svartberg et al., 2004), na perturbação da personalidade não especificada (Bhatia et al., 2009), nos problemas nas relações interpessoais (Berggraf et al., 2014; Ryum et al., 2010), no abuso de álcool (Frankl et al., 2020), *distress* (Johansen et al., 2011) e nas perturbações da ansiedade e depressão (Dornelas et al., 2010; Johansson et al., 2013; Mowlaie et al., 2018).

Já no que concerne às investigações acerca do processo de mudança ao longo desta terapia, são possíveis encontrar sete estudos (Bhatia et al., 2009; McCullough & Magil, 2009; Kallested et al., 2010; Johansen et al., 2011; Schanche et al., 2011; Johansen et al., 2013; Berggraf et al., 2014). De um modo geral, estes estudos mostraram que valores altos de Reconhecimento e Renúncia das Defesas, Experiência, Expressão, Perceção do Self e a dos Outros, seriam preditores de níveis menores de psicopatologia, bem como de

valores reduzidos de Ansiedade. Além disso, em todos eles se verificam alterações significativas nas variáveis do processo de mudança conforme o teoricamente esperado.

Por exemplo, Dornelas et al. (2010) conduziram um estudo piloto com dez mulheres grávidas diagnosticadas com depressão major para avaliar a redução da sua sintomatologia quando acompanhadas pela TFA. Os resultados revelaram uma significativa diminuição do pré para o pós-tratamento de sintomas de depressão e uma ligeira redução da ansiedade (Dornelas et al., 2010). Mais especificamente sobre o processo de mudança em si, destaca-se a investigação de Bhatia et al. (2009) em que, através de design de estudo de caso, os autores procuram descrever a evolução dos mecanismos da mudança na fase inicial da TFA (10 primeiras sessões), explorando as intervenções do terapeuta e, conseqüentemente, as respostas do cliente. Para esse efeito, utilizaram a ATOS (*Achievement of Therapeutic Objectives Scale*), um sistema de classificação que se baseia na observação de gravações em vídeo de sessões de terapia para analisar sete objetivos terapêuticos específicos, são estes, o Insight, a Motivação, a Experiência, Afetos Inibitórios, Nova Aprendizagem, Perceção do Self e Perceção dos Outros, que espelham todas as subfases da TFA. (McCullough et al., 2003). Os resultados desta investigação indicam que a cliente passou do nível patológico para o não-patológico após a 10ª sessão nas medidas de sintomatologia depressiva, de ansiedade, *distress* e problemas interpessoais; a sua autoestima passou do nível moderado para o elevado; os valores de *Insight* e Motivação para a Renúncia das Defesas ficaram num nível considerado muito bom e a Perceção do Self e dos Outros atingiram patamares muito adaptativos. Por fim, os Afetos Inibitórios diminuíram do pré-tratamento para a 10ª sessão e

a Experiência dos Afetos aumentou. Estes resultados, sugerem assim, que as mudanças ocorridas em termos de sintomatologia se devem à redução das defesas e dos afetos inibitórios e aumento nos valores de experiência emocional (Bhatia et al., 2009). Todavia, neste estudo não foram realizadas análises estatísticas. Ademais, não existem mais investigações que permitiram explorar aprofundadamente o que acontece dentro dos processos terapêuticos de acordo com o modelo proposto pela TFA.

1.1 O presente estudo

Pelos argumentos supramencionados, percebe-se que são escassos os estudos empíricos relativamente ao modo como decorre o processo de mudança na Terapia para as Fobias de Afetos. Além disso, nenhuma investigação até à data procurou analisar na totalidade a assimilação do cliente às intervenções do terapeuta (Greenberg & Foerster, 1996; McCullough et al., 2003), bem como a importância do que faz o terapeuta no decorrer das sessões para obter determinadas respostas do cliente e o conduzir à mudança terapêutica (e.g., Frankl et al., 2020).

Como tal, o presente estudo teve como principal objetivo examinar o processo de mudança em três das 10 primeiras sessões da TFA, com o intuito de verificar se o que sucede vai ao encontro do estipulado pelo MTFA. Mais especificamente, pretendeu-se explorar qual a tipologia das intervenções dos terapeutas e consequentes respostas dos clientes, através da escala de observação ATOS. Atendendo ao racional teórico do modelo, esperar-se-ia que, nas primeiras sessões, houvesse uma maior associação entre os tipos de

intervenções do terapeuta e respostas dos clientes relacionadas com as categorias da Reestruturação das Defesas (subescalas de *Insight* e *Motivação*) e/ou na Reestruturação do Self e dos Outros, com gradual diminuição da ansiedade (subescala de Afetos Inibitórios) e aumento de Novas Experiências.

2. Metodologia

2.1. Participantes

A amostra foi constituída por cinco clientes em acompanhamento psicoterapêutico na Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde do Serviço de Psicologia da Universidade do Algarve e pelos seus terapeutas. Três dos clientes eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 23 e os 26 anos. Como critérios de inclusão, todos os participantes tinham de apresentar pontuação na Escala de Avaliação Global do Funcional (AGF) entre 57 e 70. Além disso, à data da recolha, todos os clientes cumpriram mais do que 10 sessões de acompanhamento terapêutico.

Os terapeutas foram dois psicólogos clínicos do Serviço de Psicologia da Universidade do Algarve. Um deles é do sexo masculino, clínico sénior em psicoterapia psicodinâmica; a outra terapeuta é do sexo feminino, estudante de Doutoramento e psicóloga clínica com dois anos de experiência. Ambos os terapeutas aplicam o modelo psicoterapêutico em análise na sua prática.

2.2. Instrumentos

2.2.1 Escala de Aquisição dos Objetivos Terapêuticos (Achievement of Therapeutic Objectives Scale; ATOS)

A ATOS é um sistema de classificação a partir da observação das sessões terapêuticas, que tem duas versões, uma dedicada ao que à comunicação por parte do cliente e outra que se centra nas intervenções do terapeuta. Assim, é

possível examinar como o cliente está a responder às intervenções terapêuticas e, paralelamente, quais as intervenções dos terapeutas (McCullough e Magil, 2008; adaptação portuguesa de Ferreira e Janeiro, 2020). Nos anexos encontram-se discriminadas as duas versões da escala, utilizadas na recolha dos dados estudados.

Explicitando, o sistema de classificações da ATOS realiza-se através da observação de sessões gravadas em vídeo, cotadas em segmentos de 10 minutos. Os comportamentos do paciente e, também, as atitudes dos terapeutas são analisadas através de sete objetivos terapêuticos/subescalas específicas: Reconhecimento das Defesas (Insight), a Renúncia às Defesas (Motivação), Experiência dos Afetos (Exposição), Nova Aprendizagem Emocional (Expressão dos Afetos), Afetos Inibitórios, Sentimentos Positivos face ao Self e a Perceção dos Outros.

O Reconhecimento das Defesas (Insight), mede o nível em que os clientes reconhecem e compreendem o próprio padrão de comportamento defensivo ou esquema cognitivo desadaptativo e a intensidade com que o terapeuta trabalha esse padrão. Na versão do terapeuta, esta subescala mede a consciência/insight do terapeuta relativamente aos padrões desadaptativos do cliente e a capacidade de transmiti-los adequadamente.

A Renúncia às Defesas (*Motivação*) reflete o grau de motivação apresentado pelo cliente para mudar ou abandonar o comportamento defensivo. No caso do terapeuta, esta subescala prende-se com a capacidade que este possui para fomentar a motivação do cliente em renunciar ao comportamento defensivo.

A Experiência dos Afetos (*Exposição*), mede a quantidade de ativação emocional do cliente produzida pelo afeto adaptativo durante a sessão, que é experienciado conscientemente pelo cliente. Em relação ao terapeuta, pretende verificar se o psicólogo é capaz de expor adequadamente o cliente à vivência emocional adaptativa (com capacidade para nomear, descrever fisicamente as sensações emocionais e fantasiar com a expressão do afeto).

A Nova Aprendizagem Emocional (*Expressão dos Afetos*) mede o grau em que o cliente aprendeu a expressar os seus afetos nas interações fora da terapia ou com o terapeuta nas sessões. Relativamente ao terapeuta, esta subescala avalia se este assinala as evoluções e auxilia o cliente a perceber as suas mudanças.

A subescala dos Afetos Inibitórios visa examinar o nível em que as emoções inibitórias interferem na experiência dos afetos. Na versão para terapeutas, o foco incide sobre a capacidade de o profissional regular os afetos inibitórios do cliente.

Os Sentimentos Positivos face ao Self (*Autoperceção*) destina-se à avaliação da perceção do cliente sobre si mesmo, se este expressa orgulho nas suas qualidades positivas e a aceitação face às suas próprias limitações, por exemplo. Na versão dos terapeutas, pretende analisar se o psicólogo auxilia o cliente a melhorar a sua autoimagem. Por fim, a subescala relativa à Perceção dos Outros mede o nível em que os clientes são capazes de reconhecer e responder aos outros de forma positiva, sem desvalorização ou idealização. No caso do terapeuta, avalia a capacidade de este ajudar o cliente a melhorar a sua perceção relativamente às outras pessoas (McCullough & Magil, 2008; adaptação portuguesa: Ferreira & Janeiro, 2020).

2.3 Procedimentos de Recolha de Dados

Este estudo insere-se num desenho de investigação a decorrer na Unidade de Psicologia Clínica e da Saúde do Serviço de Psicologia da UAlg (SP-UAlg), com o qual os terapeutas envolvidos concordaram previamente em participar. Todos os clientes foram convidados a participar na investigação na sua primeira sessão, sendo explicados os procedimentos necessários e as questões éticas associadas à investigação. Os participantes que autorizaram a gravação das suas sessões assinaram um consentimento informado para o efeito, salvaguardando que poderiam desistir da recolha a meio da mesma sem que tal prejudicasse o tratamento.

Para a gravação das sessões e posterior manipulação, divisão e rotulagem de segmentos dos áudios, utilizou-se o programa de software digital *Audacity* (*Audacity 2.4.2*: Mazzoni e e Dannenberg, 2000).

A utilização original da ATOS consiste na classificação de segmentos de 10 minutos das sessões, contudo, neste estudo a escala foi classificada a cada fala, tanto do terapeuta como do cliente (McCullough et al., 2003). Cada fala foi cotada por três juízes, estudantes do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve, com supervisão do orientador da presente dissertação. A cotação de cada sessão foi feita de modo independente por cada um dos juízes. Posteriormente, os juízes reuniam e, na falta de consenso, debatiam a cotação atribuída até obterem concordância. Não tendo sido alcançado um acordo entre os três juízes, eram discutidas as cotações dadas com o orientador.

2.4 Procedimentos de Análise dos Dados

A análise dos dados obtidos foi realizada com recurso ao software *IBM SPSS* (versão 26). O procedimento estatístico utilizado foi o teste do Qui-quadrado, tendo sido considerado valores absolutos superiores a 1,96 (\cong dois) como o valor indicativo de associação entre duas categorias das duas variáveis em teste.

O teste foi, primeiro, usado com a finalidade de examinar a associação entre os Intervenientes da terapia (i.e., terapeuta e cliente) e as categorias da ATOS por sessão. Após esta primeira análise, utilizou-se o teste para avaliar se existia associação entre as categorias da ATOS do terapeuta (i.e., as intervenções terapêuticas predominantes realizadas pelos terapeutas) e as categorias da ATOS do cliente (i.e., as respostas do cliente imediatamente após as intervenções predominantes do terapeuta) nas três sessões em estudo.

3.Resultados

3.1. Associação entre o tipo de intervenção (subescalas da ATOS) e o interveniente da díade (terapeuta vs. cliente) na segunda sessão

Na sessão dois, verificou-se uma associação entre o tipo de participação na interação (subescalas da ATOS) e o elemento da díade (terapeuta vs. cliente) [$\chi^2(6) = 71,272, p = ,000$].

Tabela 1*Distribuição de frequências das categorias ATOS pelos intervenientes**(terapeuta vs. cliente) na segunda sessão*

ATOS	Insight		Intervenientes		
			Terapeuta	Cliente	Total
		Frequências Observadas	80	70	150
		Frequências Esperadas	72,6	77,4	150,0
		% ATOS	53,3%	46,7%	100,0%
		Resíduos Ajustados	1,3	-1,3	
	Motivação	Frequências Observadas	57	22	79
		Frequências Esperadas	38,2	40,8	79,0
		% ATOS	72,2%	27,8%	100,0%
		Resíduos Ajustados	4,4	-4,4	
	Experiência	Frequências Observadas	115	49	164
		Frequências Esperadas	79,4	84,6	164,0
		% ATOS	70,1%	29,9%	100,0%
		Resíduos Ajustados	6,0	-6,0	
	Afetos Inibitórios	Frequências Observadas	100	158	258
		Frequências Esperadas	124,9	133,1	258,0
		% ATOS	38,8%	61,2%	100,0%
		Resíduos Ajustados	-3,5	3,5	
	Nova Aprendizagem	Frequências Observadas	7	10	17
		Frequências Esperadas	8,2	8,8	17,0
		% ATOS	41,2%	58,8%	100,0%
		Resíduos Ajustados	-,6	,6	
	Perceção do Self	Frequências Observadas	62	85	147
		Frequências Esperadas	71,2	75,8	147,0
		% ATOS	42,2%	57,8%	100,0%
		Resíduos Ajustados	-1,6	1,6	
	Perceção dos Outros	Frequências Observadas	128	191	319
		Frequências Esperadas	154,4	164,6	319,0
		% ATOS	40,1%	59,9%	100,0%
		Resíduos Ajustados	-3,5	3,5	
	Total	Frequências Observadas	549	585	1134
		Frequências Esperadas	549,0	585,0	1134,0
		% ATOS	48,4%	51,6%	100,0%

Na tabela 1, através da análise dos resíduos ajustados, identificou-se que tipo intervenção (subescalas ATOS) se associava a cada um dos intervenientes da díade. Na segunda sessão, constatou-se que a intervenção do terapeuta se associava às intervenções de *Motivação* (Res. Ajust. = 4,4) e de *Experiência* (Res. Ajust. = 6,0). Este padrão de resultados pode ser analisado através das percentagens de respostas em cada categoria da ATOS por interveniente (terapeuta vs. cliente). Por exemplo, em relação à *Motivação* a percentagem de repostas deste tipo foi significativamente maior nos terapeutas (72,2%) que nos clientes (27,8%). No que se refere à *Experiência*, estas intervenções foram maioritariamente observadas no terapeuta (70,1 vs. apenas 29,9% nos clientes).

A participação dos Clientes, nesta segunda sessão, associou-se aos *Afetos Inibitórios* (Res. Ajust. = 3,5) e à *Perceção dos Outros* (Res. Ajust. = 3,5). Os *Afetos Inibitórios* foram, maioritariamente, observados nos clientes (61,2% vs. apenas 38,8 % nos terapeutas). Em relação à *Perceção dos Outros*, verificou-se a mesma tendência de associação aos clientes, ao qual correspondeu a maioria das intervenções (59,9% vs. 40,1% foram associadas aos terapeutas).

3.2. Associação entre o tipo de intervenção (subescalas da ATOS) e o interveniente da díade (terapeuta vs. cliente) na quinta sessão

Na quinta sessão, verifica-se uma associação significativa entre os intervenientes da TFA e o tipo de categorias utilizadas (baseadas nas subescalas ATOS) [$\chi^2(28) = 202,329, p = ,000$].

Tabela 2

Distribuição de frequências das categorias ATOS pelos intervenientes (terapeuta vs. cliente) na quinta sessão

ATOS			Interveniente		Total	
			Terapeuta	Cliente		
Insight		Frequências Observadas	96	72	168	
		Frequências Esperadas	81,2	86,8	168,0	
		% ATOS	57,1%	42,9%	100,0%	
		Resíduos Ajustados	2,5	-2,5		
	Motivação		Frequências Observadas	113	45	158
			Frequências Esperadas	76,4	81,6	158,0
			% ATOS	71,5%	28,5%	100,0%
			Resíduos Ajustados	6,2	-6,2	
	Experiência		Frequências Observadas	96	57	153
			Frequências Esperadas	74,0	79,0	153,0
			% ATOS	62,7%	37,3%	100,0%
			Resíduos Ajustados	3,8	-3,8	
Afetos Inibitórios		Frequências Observadas	96	175	271	
		Frequências Esperadas	131,0	140,0	271,0	
		% ATOS	35,4%	64,6%	100,0%	
		Resíduos Ajustados	-4,8	4,8		
Nova Aprendizagem		Frequências Observadas	20	26	46	
		Frequências Esperadas	22,2	23,8	46,0	
		% ATOS	43,5%	56,5%	100,0%	
		Resíduos Ajustados	-,7	,7		
Percepção do Self		Frequências Observadas	41	68	109	
		Frequências Esperadas	52,7	56,3	109,0	
		% ATOS	37,6%	62,4%	100,0%	
		Resíduos Ajustados	-2,3	2,3		
Percepção dos Outros		Frequências Observadas	138	198	336	
		Frequências Esperadas	162,4	173,6	336,0	
		% ATOS	41,1%	58,9%	100,0%	
		Resíduos Ajustados	-3,1	3,1		
Total		Frequências Observadas	600	641	1241	
		Frequências Esperadas	600,0	641,0	1241,0	
		% Total	48,3%	51,7%	100,0%	

Na tabela, recorrendo à análise dos resíduos ajustados, visualizou-se que a intervenções dos terapeutas se associavam ao *Insight* (Res. Ajust= 2,5), *Motivação* (Res. Ajust.= 6,2) e à *Experiência* (Res. Ajust.=3,8). Aos clientes associaram-se as intervenções relativas aos *Afetos Inibitórios* (Res. Ajust.= 4,8), à *Percepção do Self* (Res.Ajust.= 2,3) e à *Percepção dos Outros* (Res. Ajust.= 3,1).

3.3. Associação entre o tipo de intervenção (subescalas da ATOS) e o interveniente da díade (terapeuta vs. cliente) na décima Sessão

Na décima sessão, verificou-se que existia uma associação significativa entre as intervenções dos elementos da díade (clientes vs. terapeutas) e as subescalas da ATOS [$\chi^2(6) = 128,948, p = ,000$].

Tabela 3*Distribuição de frequências das categorias ATOS pelos intervenientes**(terapeuta vs. cliente) na décima sessão*

ATOS			Interveniente		Total
			Terapeuta	Cliente	
Insight	Motivação	Frequências Observadas	103	58	161
		Frequências Esperadas	81,1	79,9	161,0
		% ATOS	64,0%	36,0%	100,0%
		Resíduos Ajustados	3,7	-3,7	
	Experiência	Frequências Observadas	135	45	180
		Frequências Esperadas	90,6	89,4	180,0
		% ATOS	75,0%	25,0%	100,0%
		Resíduos Ajustados	7,1	-7,1	
	Afetos Inibitórios	Frequências Observadas	127	62	189
		Frequências Esperadas	95,2	93,8	189,0
		% ATOS	67,2%	32,8%	100,0%
		Resíduos Ajustados	5,0	-5,0	
Nova Aprendizagem	Frequências Observadas	93	169	262	
	Frequências Esperadas	131,9	130,1	262,0	
	% ATOS	35,5%	64,5%	100,0%	
	Resíduos Ajustados	-5,4	5,4		
Perceção do Self	Frequências Observadas	30	55	85	
	Frequências Esperadas	42,8	42,2	85,0	
	% ATOS	35,3%	64,7%	100,0%	
	Resíduos Ajustados	-2,9	2,9		
Perceção dos Outros	Frequências Observadas	49	75	124	
	Frequências Esperadas	62,4	61,6	124,0	
	% ATOS	39,5%	60,5%	100,0%	
	Resíduos Ajustados	-2,5	2,5		
Total	Frequências Observadas	112	176	288	
	Frequências Esperadas	145,0	143,0	288,0	
	% ATOS	38,9%	61,1%	100,0%	
	Resíduos Ajustados	-4,4	4,4		
Total	Frequências Observadas	649	640	1289	
	Frequências Esperadas	649,0	640,0	1289,0	
	% ATOS	50,3%	49,7%	100,0%	

Na décima sessão, com base nos resíduos ajustados, as intervenções do Terapeuta associaram-se mais ao *Insight* (Res. Ajust. = 3,7), *Motivação* (Res. Ajust. = 7,1) e *Experiência* (Res. Ajust. = 5,0). Por sua vez, a participações dos clientes relacionaram-se aos *Afetos Inibitórios* (Res. Ajust. = 5,4), à *Nova Aprendizagem* (Res. Ajust. = 2,9), à *Percepção do Self* (Res. Ajust. = 2,5) e dos *Outros* (Res. Ajust. = 4,4).

Na tabela 4, apresentamos um resumo dos resultados das análises anteriores. Esta análise permite avaliar a associação entre o tipo de intervenção (categorias Atos) e o interveniente (terapeuta vs. cliente).

Tabela 4

Resumo da associação entre o tipo de intervenções (ATOS) e o interveniente (terapeuta ou cliente) nas sessões iniciais da terapia

Sessões	Intervenções predominantes		Proporção igual no terapeuta e cliente
	Terapeuta	Cliente	
Segunda Sessão	Motivação	Afetos Inibitórios	Insight
	Experiência	Percepção dos Outros	Nova Aprendizagem Percepção do Self
Quinta Sessão	Insight	Afetos Inibitórios	
	Motivação	Percepção do Self	Nova Aprendizagem
Décima Sessão	Experiência	Percepção dos Outros	
	Insight	Afetos Inibitórios	
	Motivação	Nova Aprendizagem	--
	Experiência	Percepção do Self	
		Percepção dos Outros	

Considerando que as sessões dois, cinco e dez são uma amostra representativa do que ocorre na fase inicial da terapia, verificou-se que os terapeutas tenderam a recorrer a intervenções de *Motivação e Experiência* e os clientes a *Afetos Inibitórios* e à *Percepção dos Outros*. Na quinta sessão, aos terapeutas passou a estar associado o *Insight* como mais um tipo de intervenção a que mais recorreram nesta fase inicial da terapia. Por sua vez, nessa sessão, o cliente começou a apresentar uma intervenção relativa à *Percepção do Self* e, já na décima sessão, a participação do cliente incluiu também a revelação de *Novas Aprendizagens*.

Realizámos ainda uma análise que permite identificar que resposta é dada pelo cliente no momento imediatamente posterior às intervenções do terapeuta. Essa análise foi realizada por referência às intervenções predominantes dos terapeutas em cada uma das três sessões. Assim, por exemplo, na sessão dois, avaliamos se existia associação entre o tipo de intervenção predominante do terapeuta (*Motivação e Experiência*) e as respostas dadas pelos clientes (categorias ATOS) no momento imediatamente posterior. Os resultados dessas análises são apresentados em seguida.

3.4. Associação entre as intervenções predominantes dos terapeutas e as respostas do clientes no momento posterior na segunda sessão

Na segunda sessão, verificou-se que existe uma associação significativa [$\chi^2(7) = 32,142, p = ,000$] entre as intervenções dos terapeutas e as respostas dadas pelos clientes no momento imediatamente posterior.

Tabela 5

Distribuição das frequências das respostas dos clientes pelas intervenções dos terapeutas na segunda sessão

		Insight	Motivação	Experiência	Expressão	Af. Inibitórios	P. do Self	P. dos Outros	Resistências	Total
Motivação	Frequências Observadas	8	8	3	0	22	0	8	0	49
	Frequências Esperadas	4,8	3,3	6,3	1,2	15,0	1,2	12,3	4,8	49,0
	Percentagem Intervenção Terapeuta	16,3%	16,3%	6,1%	0,0%	44,9%	0,0%	16,3%	0,0%	100,0%
	Percentagem Respostas Cliente	50,0%	72,7%	14,3%	0,0%	44,0%	0,0%	19,5%	0,0%	30,1%
	Resíduos Ajustados	1,8	3,2	-1,7	-1,3	2,6	-1,3	-1,7	-2,8	
Experiência	Frequências Observadas	8	3	18	4	28	4	33	16	114
	Frequências Esperadas	11,2	7,7	14,7	2,8	35,0	2,8	28,7	11,2	114,0
	Percentagem Intervenção Terapeuta	7,0%	2,6%	15,8%	3,5%	24,6%	3,5%	28,9%	14,0%	100,0%
	Percentagem Respostas Cliente	50,0%	27,3%	85,7%	100,0%	56,0%	100,0%	80,5%	100,0%	69,9%
	Resíduos Ajustados	-1,8	-3,2	1,7	1,3	-2,6	1,3	1,7	2,8	
Total	Frequência Observadas	16	11	21	4	50	4	41	16	163
	Frequência Esperadas	16,0	11,0	21,0	4,0	50,0	4,0	41,0	16,0	163,0
	Percentagem Intervenção Terapeuta	9,8%	6,7%	12,9%	2,5%	30,7%	2,5%	25,2%	9,8%	100,0%
	Percentagem Respostas Cliente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Na segunda sessão, verificou-se que aquando da intervenção *Motivação*, por parte dos terapeutas, os clientes responderam com mais *Motivação* (Res. Ajust. = 3,2) e *Afetos Inibitórios* (Res. Ajust. = 2,6). Por outro lado, realizaram menos *Resistências* (Res. Ajust. = -2,8). Nesta sessão, visualizou-se ainda que quando os psicoterapeutas intervieram com *Experiência*, as respostas dos clientes incidiram mais nas *Resistências* (Res. Ajust. = 2,8) e menos *Motivação* (Res. Ajust. = -3,2) e *Afetos Inibitórios* (Res. Ajust. = -2,6).

3.5. Associação entre as intervenções predominantes dos terapeutas e as respostas dos clientes no momento posterior na quinta sessão

Na quinta sessão, também se verificou uma associação significativa entre as intervenções dos terapeutas e as respostas dadas pelos clientes no momento imediatamente posterior [$\chi^2 (14) = 52,931, p = ,000$].

Tabela 6

Distribuição das frequências das respostas dos clientes pelas intervenções dos terapeutas na quinta sessão

		Insight	Motivação	Experiência	Expressão	Af. Inibitórios	P. do Self	P. dos Outros	Resistências	Total
Insight	Frequências Observadas	24	7	5	2	24	1	19	14	96
	Frequências Esperadas	14,5	8,5	5,1	4,1	26,2	2,5	19,6	15,5	96,0
	Percentagem Intervenção Terapeuta	25,0%	7,3%	5,2%	2,1%	25,0%	1,0%	19,8%	14,6%	100,0%
	Percentagem Respostas Cliente	52,2%	25,9%	31,3%	15,4%	28,9%	12,5%	30,6%	28,6%	31,6%
	Resíduos Ajustados	3,3	-,7	,0	-1,3	-,6	-1,2	-,2	-,5	
Motivação	Frequências Observadas	15	19	2	5	29	5	12	25	112
	Frequências Esperadas	16,9	9,9	5,9	4,8	30,6	2,9	22,8	18,1	112,0
	Percentagem Intervenção Terapeuta	13,4%	17,0%	1,8%	4,5%	25,9%	4,5%	10,7%	22,3%	100,0%
	Percentagem Respostas Cliente	32,6%	70,4%	12,5%	38,5%	34,9%	62,5%	19,4%	51,0%	36,8%
	Resíduos Ajustados	-,6	3,8	-2,1	,1	-,4	1,5	-3,2	2,2	
Experiência	Frequências Observadas	7	1	9	6	30	2	31	10	96
	Frequências Esperadas	14,5	8,5	5,1	4,1	26,2	2,5	19,6	15,5	96,0
	Percentagem Intervenção Terapeuta	7,3%	1,0%	9,4%	6,3%	31,3%	2,1%	32,3%	10,4%	100,0%
	Percentagem Respostas Cliente	15,2%	3,7%	56,3%	46,2%	36,1%	25,0%	50,0%	20,4%	31,6%
	Resíduos Ajustados	-2,6	-3,3	2,2	1,2	1,0	-,4	3,5	-1,8	
Total	Frequências Observadas	46	27	16	13	83	8	62	49	304
	Frequências Esperadas	46,0	27,0	16,0	13,0	83,0	8,0	62,0	49,0	304,0
	Percentagem Intervenção Terapeuta	15,1%	8,9%	5,3%	4,3%	27,3%	2,6%	20,4%	16,1%	100,0%
	Percentagem Respostas Cliente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Através da consulta da tabela 6, verificou-se que quando os terapeutas intervieram com *Insight*, os clientes no momento imediatamente posterior corresponderam com *Insight* (Res. Ajust. = 3,3). Quando os terapeutas realizaram intervenções centradas na *Motivação*, as respostas mais frequentes por parte dos clientes foram a *Motivação* (Res. Ajust.= 3,8) e as *Resistências* (Res. Ajust.= 2,2). Por outro lado, as menos frequentes foram a *Percepção dos Outros* (Res. Ajust.= -3,2) e a *Experiência* (Res. Ajust.= -2,1). Ainda nesta quinta sessão, quando a intervenção dos terapeutas foi a *Experiência*, as respostas mais frequentes por parte dos clientes no momento posterior foram a *Percepção dos Outros* (Res. Ajust.= 3,5) e a *Experiência* (Res. Ajust.= 2,2). Por sua vez, as respostas imediatas dos clientes menos frequentes foram a *Motivação* (Res. Ajust.= -3,3) e o *Insight* (Res. Ajust.= -2,6).

3.6. Associação entre as intervenções predominantes dos terapeutas e respostas dos clientes no momento posterior na décima sessão

Na décima sessão, verificou-se uma associação significativa entre as intervenções dos terapeutas e as respostas dadas pelos clientes no momento imediatamente posterior [$\chi^2 (14) = 65,104, p = ,000$].

Tabela 7

Distribuição das frequências das respostas dos clientes pelas intervenções dos terapeuta na décima sessão

		Insight	Motivação	Experiência	Expressão	Af. Inibitórios	P. do Self	P. dos Outros	Resistências	Total
Insight	Frequências Observadas	15	3	3	10	32	3	22	15	103
	Frequências Esperadas	9,4	7,4	9,1	9,9	28,4	4,8	21,3	12,8	103,0
	Percentagem Intervenção Terapeuta	14,6%	2,9%	2,9%	9,7%	31,1%	2,9%	21,4%	14,6%	100,0%
	Percentagem Respostas Clientes	45,5%	11,5%	9,4%	28,6%	32,0%	17,6%	29,3%	33,3%	28,4%
	Resíduos Ajustados	2,3	-2,0	-2,5	,0	,9	-1,0	,2	,8	
Motivação	Frequências Observadas	11	21	4	19	36	5	25	12	133
	Frequências Esperadas	12,1	9,5	11,7	12,8	36,6	6,2	27,5	16,5	133,0
	Percentagem Intervenção Terapeuta	8,3%	15,8%	3,0%	14,3%	27,1%	3,8%	18,8%	9,0%	100,0%
	Percentagem Respostas Cliente	33,3%	80,8%	12,5%	54,3%	36,0%	29,4%	33,3%	26,7%	36,6%
	Resíduos Ajustados	-,4	4,8	-3,0	2,3	-,2	-,6	-,7	-,1,5	
Experiência	Frequências Observadas	7	2	25	6	32	9	28	18	127
	Frequências Esperadas	11,5	9,1	11,2	12,2	35,0	5,9	26,2	15,7	127,0
	Percentagem Intervenção Terapeuta	5,5%	1,6%	19,7%	4,7%	25,2%	7,1%	22,0%	14,2%	100,0%
	Percentagem Respostas Cliente	21,2%	7,7%	78,1%	17,1%	32,0%	52,9%	37,3%	40,0%	35,0%
	Resíduos Ajustados	-1,7	-3,0	5,4	-2,3	-,7	1,6	,5	,8	
Total	Frequências Observadas	33	26	32	35	100	17	75	45	363
	Frequências Esperadas	33,0	26,0	32,0	35,0	100,0	17,0	75,0	45,0	363,0
	Percentagem Intervenção Terapeuta	9,1%	7,2%	8,8%	9,6%	27,5%	4,7%	20,7%	12,4%	100,0%
	Percentagem Respostas Cliente	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Na décima sessão, quando a intervenção dos terapeutas se centrou no *Insight*, as respostas subsequentes dos clientes incidiram mais no *Insight* (Res. Ajust. = 2,3) e menos na *Experiência* (Res. Ajust.= -2,5) e *Motivação* (Res. Ajust.=-2,0). Em relação às intervenções de *Motivação* dos terapeutas, os clientes responderam mais com *Motivação* (Res. Ajust. = 4,8) e *Expressão* (Res. Ajust.= 2,8). Por sua vez, responderam com menos *Experiência* (Res. Ajust. = -3,0). Por último, quando a intervenção dos terapeutas foi *Experiência*, as respostas dos clientes centraram-se mais na *Experiência* (Res. Ajust. = 5,4), e menos na *Motivação* (Res. Ajust. -3,0) e *Expressão* (Res. Ajust. = -2,3).

Tabela 8

Resumo da associação entre as intervenções dos terapeutas e as respostas dos clientes no momento posterior nas sessões iniciais de terapia

	Associação	2ª Sessão	5ª Sessão	10 sessão
Insight	Positiva	--	Insight	Insight Experiência
	Negativa	--	--	Motivação
Motivação	Positiva	Motivação Afetos Inibitórios	Motivação Resistência	Motivação Expressão
	Negativa	Resistência	Percepção dos Outros Experiência	Experiência
Experiência	Positiva	Resistência	Percepção dos Outros Experiência	Experiência
	Negativa	Motivação Afetos inibitórios	Motivação Insight	Motivação Expressão

Através da análise da tabela, *Resumo da Associação entre as Intervenções Predominantes dos Terapeutas (ATOS) e as Respostas dos Clientes (ATOS) no Momento Posterior nas Sessões Iniciais de Terapia* constata-se que às intervenções mais realizadas pelos terapeutas (*Insight*, *Motivação* e *Experiência*), ao longo das três sessões em análise (2, 5 e 10), se associaram positivamente ao mesmo tipo de resposta do cliente. No entanto, as

intervenções de *Experiência* realizadas pelo do terapeuta apenas começaram a ser correspondidas pelo cliente na quinta sessão. Este dado sugere que nem todas as intervenções do terapeuta são correspondidas pelos clientes de modo imediato.

Além disso, mesmo quando o cliente segue as intervenções do terapeuta aparece também uma proporção significativa intervenções do cliente que são contraditórias. Por exemplo, em relação às intervenções de *Motivação* por parte do terapeuta o cliente respondeu com *Motivação*, mas também com *Afetos Inibitórios* (segunda sessão) e *Resistência* (quinta sessão).

4. Discussão

McCullough et al. publicaram, em 1997, o Modelo de Tratamento para Fobias a Afetos. Este estipulou que as fobias a afetos ocorrem quando um afeto adaptativo é bloqueado por um afeto inibitório, criando um conflito interno. Para evitar ou diminuir o desconforto provocado por esse conflito, o indivíduo utiliza pensamentos, comportamentos ou sentimentos defensivos. Do MTFA, foi desenvolvida a Terapia para as Fobias de Afetos, uma psicoterapia de orientação psicodinâmica, na qual se pretende que o terapeuta auxilie o cliente a resolver o conflito entre afetos adaptativos e desadaptativos através da experiência e expressão saudável das emoções, sem defesas e inibições. Para tal, a TFA divide-se em fases, que englobam objetivos específicos. As duas fases principais são a Reestruturação das Defesas (Reconhecimento e Renúncia) e a Reestruturação dos Afetos (Experiência e Expressão) (Julien & O'Connor, 2017).

As investigações acerca da TFA (e.g., Berggraf et al., 2014; Bhatia et al., 2009; Dornelas et al., 2010; Frankl et al., 2020; Johanssen et al., 2013; Ryum et al., 2010) têm vindo a comprovar a sua eficácia, no entanto, existem poucos estudos que explorem os mecanismos de mudança envolvidos nas sessões terapêuticas, particularmente na fase inicial da TFA (Bhatia et al., 2009; Johansson et al., 2012; Mowlaie et al., 2009). Escolher a fase inicial da TFA para análise, prende-se com a importância de estudar a efetividade do processo de mudança desde o início e identificar os mecanismos que conduzem a resultados eficazes no menor espaço de tempo possível (Howard et al., 1986). Com o intuito

de colmatar a lacuna identificada na literatura, o presente estudo pretendeu microanalisar a fase inicial da TFA (sessões 2, 5 e 10) e avaliar o tipo de interações entre os elementos da díade, de modo a perceber se estavam de acordo com o teoricamente esperado.

No que diz respeito às intervenções terapêuticas, verificou-se uma predominância de trabalho do terapeuta sob o *Insight*, a *Motivação* e a *Experiência dos afetos*, enquanto as respostas dos clientes incidiram mais nos *Afetos Inibitórios*, *Nova Aprendizagem*, *Percepção do Self* e *Percepção dos Outros*. No caso dos terapeutas, as associações de *Insight* e *Motivação* são congruentes com o especulado pelo MTFAs, uma vez que a primeira fase da terapia engloba estas duas componentes, de Reconhecimento (*Insight*) e Renúncia (*Motivação*) das Defesas. Portanto, nesta etapa o terapeuta deverá auxiliar o cliente a aperceber-se das defesas e do papel que estas assumem (*Insight*), bem como, na motivação do cliente para que este abandone os comportamentos defensivos (*Motivação*). Por sua vez, foi identificado que, no caso destes terapeutas, é utilizada a exposição gradual dos clientes ao afeto adaptativo (*Experiência*) logo desde a segunda sessão. Embora a exposição seja uma das componentes centrais da TFA, o modelo postula que a Experiência dos afetos deve ser um objetivo trabalhado só quando reestruturadas as defesas. Com esta amostra, parece ter sido possível trabalhar sob os dois objetivos em simultâneo, o que pode facilitar o alcance de melhorias mais rapidamente, uma vez que a exposição ao afeto adaptativo é tida como um dos melhores preditores para obtenção de resultados positivos da terapia (Julien & O'Connor, 2017).

Já nos clientes, a associação aos *Afetos Inibitórios* poderá ser explicada pelo facto de se tratar do início da TFA, onde os níveis de ansiedade são mais

altos, com menor tolerância quando a exposição aos afetos adaptativos (e.g., Bhatia et al., 2009). Relativamente à predominância de conteúdos relativos à *Perceção do Self* e *Perceção dos Outros*, especula-se que se deva ao facto de a amostra ter apresentado problemas relacionados com a imagem de si mesmos e/ou à dos outros, podendo ser necessário trabalhar a Reestruturação do Self e a dos Outros aquando do começo do tratamento (McCullough et al., 2003). Já na décima sessão, os clientes apresentam também mais respostas relacionadas com a *Nova Aprendizagem Emocional* (Expressão), o que indicia que começam, na 10ª sessão, a progredir para uma nova fase do processo, sendo a Expressão dos Afetos o último objetivo de tratamento para a construção de uma relação autêntica com as emoções (Bhatia et al, 2009), considerada o corolário desta terapia (McCullough et al., 2003).

Além desta análise descritiva, objetivámos ainda examinar a associação entre a intervenção do terapeuta e a resposta do cliente no momento imediatamente a seguir. De um modo geral, com a exceção da segunda sessão, em que quando os terapeutas estimularam a *Experiência* emocional dos clientes, estes não proporcionaram uma resposta no mesmo sentido, em todas as outras intervenções dos terapeutas houve reciprocidade por parte do cliente. Verificou-se uma prevalência de intervenções do terapeuta que fomentem diálogos assentes no *Insight* e *Motivação* para abdicar das defesas com respostas da mesma tipologia por parte dos clientes. Esta concordância sugere que existe consistência nos aspetos trabalhados terapeuticamente entre a díade, revelando um foco na Reestruturação das Defesas nesta fase inicial de TFA, indo de encontro ao teoricamente estipulado pelo MTFA (McCullough, 1999). A par disso, desperta também para uma colaboração que pode ser reflexo de uma

relação terapêutica segura, elemento visto como um importante potenciador da mudança dos clientes na psicoterapia psicodinâmica (McCullough & Andrews, 2001).

Particularmente na segunda sessão, os clientes demonstraram mais *Afetos Inibitórios* quando o terapeuta fez intervenções do tipo *Motivação* e mais *Resistências* quando a intervenção se centrou na *Experiência* dos afetos. Estes resultados podem ser interpretados considerando a fase do processo em que os clientes se encontravam, em que existe menor tolerância para os níveis de afeto adaptativo aos quais são expostos, provocando um aumento da ansiedade. Com o decorrer das sessões, a exposição torna-se mais suportável e os afetos inibitórios vão diminuindo (e.g., Bhatia et al., 2009; McCullough, 1999), ocorrendo a dessensibilização aos afetos temidos. É esta dessensibilização o fator tido como o melhor preditor de mudança nas Terapias Breves de Orientação Psicodinâmica (McCullough & Andrews, 2001).

Não obstante a pertinência dos resultados encontrados, a sua generalização está sujeita a algumas limitações. Em primeiro lugar, destaca-se o tamanho reduzido da amostra ($n = 5$), que pode comprometer as conclusões retiradas das análises estatísticas. Contudo, a inclusão de poucos casos e a seleção de apenas três sessões deve-se à exigência do procedimento de cotação que é moroso. Como tal, optou-se por classificar as sessões 2, 5 e 10 de cada díade para ter uma visão do início, meio e do final da fase inicial da TFA. Uma outra limitação prende-se com a complexidade dos procedimentos inerentes à classificação através da ATOS.

Em investigações futuras, sugere-se a replicação do presente estudo com uma amostra maior numa tentativa de observar a consistência dos dados

encontrados com outros sujeitos. A par disso, recomenda-se também a inclusão e exploração de outras sessões das restantes fases do processo, para estudar o processo de mudança dentro das sessões ao longo de todo o processo, e a utilização de métodos de análise que permitam extrair padrões de interação entre terapeuta e cliente.

Em suma, conclui-se que tanto o foco das intervenções dos terapeutas como as respostas dos clientes se enquadram naquilo que seria expetável de acordo com o racional teórico da TFA. Comprovou-se ainda que as respostas dos clientes se associam, maioritariamente, à tipologia de intervenções mais realizadas pelos terapeutas, demonstrando consistência entre a díade e um enfoque conjunto entre os aspetos da Reestruturação das Defesas e dos Afetos na fase inicial da terapia, conforme o estipulado pelo MTFA.

5. Referências Bibliográficas

- Berggraf, L., Ulvenes, P., Hoffart, A., McCullough, L., & Wampold, B. (2014). Growth in sense of self and sense of others predicts reduction in interpersonal problems in short-term dynamic but not in cognitive therapy. *Psychotherapy Research, 24*, 456–469. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.840401>
- Bhatia, M., Rodriguez, M., Fowler, D., Godin, J., ... McCullough, L. (2009). Desensitization of conflicted feelings: Using the ATOS to measure early change in a single-case affect phobia therapy treatment. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 11*(1), 31–38
- Doorn, K., Lilliengren, P., Cooper, A., Macdonald, J. & Falkenstrom, F. (2016). Patients affective processes within initial experiential dynamic therapy sessions. *Psychotherapy. Advance online publication*. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000072>
- Dornelas, E., Ferrand, J., & Stepnowski, R., (2010). Pilot study of affect-focused psychotherapy for antepartum depression. *Journal of Psychotherapy Integrative, 20*, 364–82; <https://doi.org/10.1037/a0022035>
- Ferreira, L. I. & Janeiro, L. (2020). Escala de Aquisição dos Objetivos Terapêuticos (ATOS – Versão Cliente). *Affect Phobia Therapy: Certified APT™-Research Scales*. <https://www.affectphobiatherapy.com/research-scales/>
- Ferreira, L. I. & Janeiro, L. (2020). Escala de Aquisição dos Objetivos Terapêuticos (ATOS – Versão Terapeuta). *Affect Phobia Therapy: Certified APT™-Research Scales*. <https://www.affectphobiatherapy.com/research-scales/>

- Frankl, M., Wennberg, P., Berggraf, I. & Phillips, B. (2020). Affect Phobia Therapy for Alcohol Dependence: The Cases of “Carey”, “Michelle”, and “Mary”. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 15(3), 214-257, <https://pcsp.libraries.rutgers.edu>
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*, 44(1), 19–29. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.1.19>
- Greenberg, L., & Foerster, F. (1996). Task analysis exemplified: The process of resolving unfinished business. *J Consulting and Clinical Psychology*, 64, 439-446
- Johansen, P.-O., Krebs, T. S., Svartberg, M., Stiles, T. C., & Holen, A. (2011). Change in defense mechanisms during short-term dynamic and cognitive therapy in patients with Cluster C personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 712–715. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318229d6a7>
- Johansson, R., Bjorklund, M., Hornborg, C., Karlsson, S., ... Ljotsson, B., (2013). Affect-focused psychodynamic psychotherapy for depression and anxiety through the Internet: A randomized controlled trial. *Peer Journal*, 1, 102. <https://doi.org/10.7717/peerj>
- Joseph, C. (1988). Antecedents of transference interpretation in short-term psychodynamic psychotherapy. (Doctoral dissertation, Rutgers University, 1998). *Dissertation Abstracts International*, 50
- Julien, D. & O`Connor, K. (2017). Recasting psychodynamics into a behavioral framework: A review of the theory of psychopathology, treatment efficacy,

and process of change of the affect phobia model. *Journal Contemporary Psychotherapy*, 47, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9324-9>

Kallestad, H., Valen, J., McCullough, L., Svartberg, M., Hoglend, P., & Stiles, T. C. (2010). The relationship between insight gained during therapy and long-term outcome in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders. *Psychotherapy Research*, 20, 526–534. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.492807>

Makynen, A. (1992). The effects of continued confrontation on patient affective and defense response. (Doctoral dissertation, Columbia University Teacher's College, 1992). *Dissertation Abstracts International*, 54

Malan, D. (1979). Individual psychotherapy and the science of psychodynamics. *Butterworth*

Marotti, J., Galhardo, a., Furuyama, R., Pigozzo, M., Campos, T., & Laganá, D. (2008). Amostragem em pesquisa clínica: tamanho da amostra. *Revista de Odontologia da Universidade Cidade de São Paulo*, 20(2), 186-194

Mazzoni, D. & Dannenberg, R. (2000). Audacity (Audio Editor). *Carnegie Mellon University*, <https://audacity.sourceforge.net/about/credits>

McCullough, L. (1997). Changing character: Short-term anxiety-regulating psychotherapy for restructuring defenses, affects, and attachment. *Basic Books*

McCullough, L. (1998). Short-Term Psychodynamic Therapy as a form of Desensitization: Treating Affect Phobias. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 35-53. <https://doi.org/1077-2413/98/040035-19>

- McCullough, L. (1999). Short-term psychodynamic therapy as a form of desensitization: Treating affect phobias. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 35-53. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)15206572\(199924\)4:4](https://doi.org/10.1002/(SICI)15206572(199924)4:4)
- McCullough, L., & Magill, M. (2008). Affect-focused short-term dynamic psychotherapy: Empirically-supported strategies for resolving affect phobias. In R. Levy & J. S. Ablon (Eds.), *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy: Bridging the gap between science and practice*. Humana Press
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Kaplan, A., Wolf, J., & Hurley, C. (2003). Treating affect phobia: A manual for short-term dynamic psychotherapy. Guilford Press
- McCullough, L., Kuhn, N., Andrews, S., Valen, J., Hatch, D., & Osimo, F. (2004). The reliability of the Achievement of Therapeutic Objectives Scale: A research and teaching tool for brief psychotherapy. *Journal of Brief Therapy*, 2, 72-90
- Mowlaie, M., Hajloo, N., Hashjin, G., Mikaeili, N. & Heidari, S. (2018). Research Paper: The Effectiveness of Empathic Dynamic Psychotherapy and Anxiety-Regulating Psychodynamic Therapy in Treating Adult Separation Anxiety Disorder. *Practice in Clinical Psychology*, 6(3), 143-152
- Ryum, T., Stiles, T., Svartberg, M. & McCullough, L. (2010). The role of transference work, the therapeutic alliance, and their interaction in reducing interpersonal problems among psychotherapy patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 47, 442-453. <https://doi.org/10.1037/a0036570>

- Salerno, M., Farber, B., McCullough, L., Winston, A. & Trujilo, M. (1992). The effects of confrontation and clarification on patient affective and defensive responding. *Psychotherapy Research*, 2, 181-192
- Schanche, E., Stiles, T. C., McCullough, L., Svartberg, M., & Nielsen, G. H. (2011). The relationship between activating affects, inhibitory affects, and self-compassion in patients with Cluster C personality disorders. *Psychotherapy*, 48, 293–303. <https://doi.org/10.1037/a0022012>
- Svartberg, M., Stiles, T. C., & Seltzer, M. H. (2004). Randomized, controlled trial of the effectiveness of short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy for Cluster C personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 161, 810–817. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.5.810>
- Ulvenes, P. G., Berggraf, L., Wampold, B., Hoffart, A., Stiles, T., & McCullough, L. (2014). Orienting patient to affect, sense of self, and the activation of affect over the course of psychotherapy with Cluster C patients. *Journal of Counseling Psychology*, 61, 315–324. <https://doi.org/10.1037/cou0000028>
- Valen, J., Ryum, T., Svartberg, M., Stiles, T. C., & McCullough, L. (2011). The Achievement of Therapeutic Objectives Scale: Interrater reliability and sensitivity to change in short-term dynamic psychotherapy and cognitive therapy. *Psychological Assessment*, 23, 848–855. <https://doi.org/10.1037/a0023649>.

6.Anexos

Anexo1

Alterações Classificações ATOS

A ATOS, ou Escala de Aquisição de Objetivos Terapêuticos, foi desenvolvida por Leigh McCullough e colaboradores (2004), para aceder aos objetivos específicos de tratamento de modo a estudar o processo de mudança envolvente nas Terapias Psicodinâmicas Breves. Desta forma, permite analisar os níveis de aprendizagem e assimilação dos objetivos específicos pelos clientes e respetiva intervenção dos terapeutas na Terapia para Fobias e Afetos.

De facto, uma das grandes vantagens da ATOS é que os seus objetivos terapêuticos coincidem, na teoria e na prática, com importantes mecanismos de mudança das Psicoterapias Psicodinâmicas Breves. Explicitando, o Insight refere-se ao quanto os clientes conseguem reconhecer os seus padrões desadaptativos e o quão eficaz é a intervenção dos terapeutas para esse reconhecimento, a Motivação diz respeito à vontade que os clientes têm em abandonar os comportamentos defensivos, bem como, à capacidade dos terapeutas para trabalhar essa motivação na sessão, a Exposição, que reflete o quanto uma emoção é devidamente experienciada pelo cliente e também, o quão efetivamente o terapeuta consegue que o cliente sinta o afeto, a Nova Aprendizagem Emocional, refere-se ao quão, adaptativamente, o cliente expressa a emoção e o quanto o terapeuta consegue que ele a expresse (dentro e fora das sessões); a Perceção do Self que revela a capacidade do cliente em manifestar sentimentos positivos sobre ele mesmo e o quanto o terapeuta o

consegue auxiliar a melhorar estas mesma percepção; por fim, a Percepção dos Outros, verifica o quão adequadamente o cliente percebe os que o rodeiam e o que o terapeuta faz para que os veja de modo mais adaptativo (McCullough, et. al., 2004).

As classificações da ATOS seguem o formato da Escala de Acesso ao Funcionamento Global do DSM (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994), recorrendo a medidas do tipo Likert, assumindo valores de 1 a 100 para cada uma das sete subescalas anteriormente descritas. Conceptualmente, níveis mais altos representam comportamentos mais adaptativos (por exemplo, níveis mais elevados de insight no reconhecimento dos padrões desadaptativos), exceto para a subescala dos Afetos Inibitórios, onde valores mais reduzidos representam comportamentos mais adaptativos. Do ponto de vista teórico, espera-se que em respostas positivas à terapia (diminuição da sintomatologia, melhoria no funcionamento social, etc) se verifiquem aumentos nos valores das subescalas ATOS, excetuando a subescala dos Afetos Inibitórios, que se espera a sua redução, do início ao fim do tratamento.

Na presente dissertação, uma das principais alterações realizadas relacionou-se à atribuição das classificações de 1-100, por cada subescala, que se optou por não efetuar as mesmas, cingindo-se à escolha da(s) categoria(s) ATOS que melhor se adequava(m) a cada segmento analisado. Isto deveu-se, não só por questões de tempo, cada categoria foi detalhadamente escolhida e discutida em conjunto, em reuniões fora do horário escolar semanais, que em média duravam 3 horas, tornando-se inconcebível maior gasto de tempo nas decisões dos valores a atribuir. Como também, a complexidade que exigia a atribuição de cada valor, muitos dos estudos anteriormente realizados com

recurso à ATOS, utilizaram avaliadores experiente devidamente treinados. De modo a colmatar estas dificuldades, atribuíram-se aos segmentos, apenas as Categorias ATOS (Cliente e Terapeuta), que assumissem valores mais altos, ignorando valores reduzidos.

Posto isto, importa referir uma outra alteração realizada à forma de divisão dos segmentos, tradicionalmente feita, para se utilizar a ATOS. Sabe-se que, no decorrer do desenvolvimento desta escala, a duração dos segmentos em análise sofreu algumas alterações, de facto, originalmente, seria a sessão toda tida como um grande segmento e cotada (50 minutos analisados). Ora percebeu-se que se perderia muita informação valiosa a respeito do processo terapêutico, o que levou ao estabelecimento de segmentos de 10 minutos.

No entanto, foi sugerido por Town et. al., 2012, citado por Doorn et. al., 2016, mesmo que o recomendado para a divisão das sessões da ATOS sejam os 10 minutos por segmento, a experiência clínica sugere que a experiência dos afetos, bem como, os níveis de Insight, Motivação e Inibição, podem-se alterar dentro do tempo estipulado para cada segmento. Estes autores, sugerem que futuras investigações, onde seja utilizada a ATOS, que as sessões fossem divididas por intervenção de cada interlocutor (cliente e terapeuta). Perante estas sugestões decidiu-se realizar esta sugestão na presente dissertação, tendo sido dividido cada segmento por falas. Nas conclusões finais do estudo de Doorn et. al., 2016 os autores voltam a acentuar que em novas investigações devessem considerar a divisão em segmentos mais pequenos para aceder aos processos afetivos.

Uma outra alteração, surgiu da necessidade de classificar partes dos discursos dos clientes, que não se encaixavam em nenhuma das categorias

ATOS, mas que se denotaram muito prevalentes nestas sessões iniciais e interessantes do ponto de vista do processo de mudança, as chamadas resistências ao tratamento. Inicialmente, foram colocadas na subescala Motivação, contudo, como explicado na primeira alteração à escala, decidiu-se atribuir as categorias ATOS que manifestassem valores mais elevados dentro dos segmentos. Como as Resistências corresponderiam a níveis mais baixos da Motivação, optou-se por torná-las numa categoria individual, sendo possível, observar de modo mais claro o comportamento dos clientes. De um modo simplificado, a Categoria ATOS da Motivação corresponde ao B, enquanto, nesta investigação, as Resistências, correspondem ao B-.

Por fim, acrescenta-se que as avaliações ATOS são feitas, habitualmente, a partir de vídeo gravações das sessões terapêuticas, mesmo que, estas sejam consideradas as mais completas para a análise dos objetivos terapêuticos, as gravações áudio (como o caso desta pesquisa) e as transcrições das sessões podem ser utilizadas.

Anexo2

ATOS versão Cliente

ATOS – Versão Cliente

ESCALA DE AQUISIÇÃO DOS OBJETIVOS TERAPÊUTICOS – Guia de Pontuação

AFETO EM CONFLITO: 1) Raiva/Assertividade _____ 2) Tristeza/Luto _____ 3) Proximidade/Ternura _____
4) Sentimentos positivos face ao *self* _____ 4.1) Autocompaixão _____ 4.2) Autoestima _____ 4.3) Respeito por si _____ 4.4) Autoconfiança _____
4.5) Autovalorização _____ 4.6) Autocuidado _____ 4.7) Outro _____
5) Desejo Sexual _____ 6) Alegria _____ 7) Interesse/Excitação _____ 8) Medo Adaptativo _____ 9) Outro _____ 10) Pouco claro _____

INSIGHT OU RECONHECIMENTO DOS PADRÕES DE DEFESA DESADAPTATIVOS

81-100- Excelente reconhecimento dos padrões problemáticos. Excelente conexão à origem dos comportamentos. Excelente *insight*.

61-80- Bom reconhecimento dos padrões problemáticos. Alguma descrição e interligação entre o passado e o presente. Boa consciencialização e *insight*.

41-60- Reconhecimento moderadamente claro. Capaz de descrever alguns padrões desadaptativos por si mesmo. Sem referências ao passado. *Insight* moderado.

21-40- Fraco reconhecimento. Apenas percebe os comportamentos desadaptativos quando assinalados pelo terapeuta. Pouca elaboração e *insight*.

1-20- Não reconhece os padrões de comportamento desadaptativos, mesmo quando assinalados. Refere ansiedades sem as interligar ao padrão. Demonstra não ter *insight* e/ou resiste à tomada de consciência.

MOTIVAÇÃO PARA RENUNCIAR AOS PADRÕES DE COMPORTAMENTOS, PENSAMENTOS OU SENTIMENTOS DESADAPTATIVOS

81-100- Excelente motivação para renunciar aos padrões desadaptativos. Desconforto, tristeza e abertura à mudança relatados de forma significativa. Pouca ou nenhuma resistência.

61-80- Alta motivação para renunciar aos padrões desadaptativos. Forte desconforto, tristeza e abertura à mudança. Baixa resistência.

41-60- Motivação moderada para renunciar aos padrões desadaptativos. Desconforto, tristeza e abertura à mudança moderados. Resistência moderada.

21-40- Baixa motivação para renunciar aos padrões desadaptativos. Baixo desconforto, tristeza e abertura à mudança. Alta resistência.

1-20- Sem motivação para renunciar aos padrões desadaptativos. Defesas a um nível ego-sintónico: "é assim que eu sou!". Totalmente resistente.

EXPERIÊNCIA DOS AFETOS (SINAIS VERBAIS OU NÃO-VERBAIS DE ATIVAÇÃO DOS AFETOS TEMIDOS/EM CONFLITO)

81-100- Experiência completa e bem integrada dos afetos: luto, proximidade/carinho/confiança, alegria, ultraje justificado, etc.

61-80- Forte experiência dos afetos. O efeito intenso é rapidamente contido, mas um pouco retido.

41-60- Experiência moderada dos afetos. Algum luto, raiva, proximidade/carinho/cuidado, etc. Alguma hesitação.

21-40- Baixa experiência dos afetos. Pequenos indicadores de luto, raiva, proximidade/carinho/cuidado, etc. Muita hesitação.

1-20- Nenhuma experiência dos afetos, através da expressão facial, relato verbal, tom de voz e/ou movimento corporal. Apatia.

AFETOS INIBITÓRIOS (SINAIS VERBAIS OU NÃO-VERBAIS DE ANSIEDADE, CULPA, VERGONHA OU MEDO)

81-100- Afetos inibitórios extremos: e.g., tremor, hesitação, vigilância, ansiedade ou vergonha vivenciados ao extremo. Desconforto extremo.

61-80- Elevados afetos inibitórios: e.g., altos níveis de tremor, hesitação, vigilância, ansiedade ou vergonha. Alto desconforto.

41-60- Afetos inibitórios moderados: e.g., moderado tremor, hesitação, vigilância, ansiedade ou vergonha. Desconforto moderado.

21-40- Baixos afetos inibitórios: e.g., baixo tremor, hesitação, vigilância, ansiedade ou vergonha. Baixo nível de desconforto.

1-20- Pouco ou nenhum afeto inibitório. Pouco ou nenhum tremor, hesitação, vigilância, ansiedade ou vergonha. Confortável, à vontade.

NOVA APRENDIZAGEM EMOCIONAL: CAPACIDADE PARA EXPRESSAR SENTIMENTOS, PENSAMENTOS, DESEJOS OU NECESSIDADES

81-100- Excelente expressão dos pensamentos/sentimentos; sentido de completude, equilíbrio e excelentes resultados. Total alívio e satisfação.

61-80- Boa expressão dos pensamentos/sentimentos; ligeira hesitação. Nem tudo é expresso, mas há alívio ao falar. Alta satisfação.

41-60- Expressão moderada dos pensamentos/sentimentos; moderada hesitação e, simultaneamente, moderada eficácia. Alívio e satisfação moderados.

21-40- Tentativa inicial de expressar pensamentos e/ou sentimentos. Muita hesitação. Pouco alívio e satisfação.

1-20- Nenhum expressão de pensamentos e/ou sentimentos adaptativos. Hesitação total. Sem alívio e satisfação. Pode começar a imaginar a expressão de pensamentos ou sentimentos adaptativos, de desejos e necessidades, mas ainda é incapaz de colocá-lo em ação.

SENTIMENTOS POSITIVOS FACE AO SELF / AUTOPERCEÇÃO

81-100- Percepção altamente adaptativa do *eu*; compaixão e aceitação das forças e vulnerabilidades.

61-80- Percepção muito adaptativa do *eu*; alta compaixão e aceitação, mas ainda alguma culpa ou vergonha presentes.

41-60- Aspectos moderadamente adaptativos/desadaptativos sobre si mesmo, em quantidades aproximadamente iguais.

21-40- Percepção muito pouco adaptativa de si mesmo, embora exista ligeira compaixão e aceitação.

1-20- Percepção altamente desadaptativa do *eu*; pouca ou nenhuma compaixão, consciência ou aceitação; ou existência de grandiosidade excessiva.

PERCEÇÃO DOS OUTROS

81-100- Percepção altamente adaptativa dos outros. Muita compaixão/aceitação/confiança nos outros; pouca ou nenhuma idealização/desvalorização.

61-80- Percepção muito adaptativa dos outros. Muita compaixão/aceitação/confiança nos outros, mas alguma idealização/desvalorização.

41-60- Aspectos moderadamente adaptativos e desadaptativos: moderada compaixão/aceitação/confiança nos outros, bem como moderada idealização/desvalorização.

21-40- Percepção desadaptativa dos outros, ainda que alguma compaixão, empatia e aceitação. Muita idealização ou desvalorização.

1-20- Percepção altamente desadaptativa dos outros; Pouca ou nenhuma compaixão/empatia/aceitação. Elevada idealização/desvalorização/clivagem.

Versão original: The Psychotherapy Research Program at HMS - © Leigh McCullough 2005-2009; Adaptação portuguesa de Ferreira & Janeiro (2020) – Universidade do Algarve

Anexo 3

ATOS versão Terapeuta

ATOS-Versão Terapeuta

AFETO EM CONFLITO: 1) Raiva/Assertividade _____ 2) Tristeza/Luto _____ 3) Proximidade/Ternura _____

4) Sentimentos positivos face ao self 4.1) Autocompaixão _____ 4.2) Autoestima _____ 4.3) Respeito por si _____ 4.4) Autoconfiança _____ 4.5) Autovalorização _____ 4.6) Autocuidado _____ 4.7) Outro _____

5) Desejo Sexual _____ 6) Alegria _____ 7) Interesse/Excitação _____ 8) Medo Adaptativo _____ 9) Outro _____ 10) Pouco claro _____

O TERAPEUTA TEM CONSCIÊNCIA E *INSIGHT* ACERCA DOS PADRÕES DESADAPTATIVOS DE COMPORTAMENTOS, SENTIMENTOS E PENSAMENTOS E CONSEGUE COMUNICÁ-LOS AO CLIENTE?

81-100—Excelente reconhecimento dos padrões desadaptativos. O terapeuta sugere uma hipótese e descreve claramente o padrão problemático, assinala as defesas e ansiedades utilizadas para evitar um afeto específico, reconhece a origem dos comportamentos desadaptativos e os seus custos. O terapeuta pede colaboração ao cliente.

61-80—Bom reconhecimento dos padrões desadaptativos. O terapeuta reflete em voz alta sobre os padrões desadaptativos, observa as defesas e ansiedades, explora a origem e/ou os custos dos comportamentos desadaptativos, mas não está totalmente consciente das suas intervenções ou não pede colaboração ao cliente.

41-60—Reconhecimento moderadamente claro dos padrões desadaptativos. O terapeuta descreve a ocorrência dos comportamentos desadaptativos, assinalando as defesas e ansiedades, mas não aborda a origem ou os custos. O terapeuta não pede a colaboração do cliente.

Reconhecimento mínimo dos padrões desadaptativos. O terapeuta assinala partes dos padrões problemáticos (defesas ou ansiedades), mas não explora a origem dos comportamentos ou pede a colaboração do cliente. O cliente descreve os comportamentos problemáticos e o terapeuta valida as suas observações.

1-20—Nenhum reconhecimento dos padrões desadaptativos e/ou insegurança quando o cliente os indica. O terapeuta pode mencionar ansiedades ou defesas, mas parece ter pouco foco ou clareza. O terapeuta resiste ou parece não ter *insight*.

O TERAPEUTA PROCURA FOMENTAR A MOTIVAÇÃO PARA QUE O CLIENTE RENUNCIE AO PADRÃO DESADAPTATIVO?

- 81-100—Excelente intervenção** para ajudar o cliente a renunciar aos padrões desadaptativos, substituindo-os pela experiência e/ou expressão de afetos adaptativos. O terapeuta mantém-se focado no desconforto do cliente, comunica que os padrões desadaptativos são ego-distônicos e descreve o potencial de mudança.
- 61-80—Forte intervenção** para ajudar o cliente a renunciar aos padrões desadaptativos, substituindo-os pela experiência e/ou expressão de afetos adaptativos. O terapeuta tenta manter-se focado no desconforto do cliente; procura comunicar que os padrões desadaptativos são ego-distônicos e tenta descrever o potencial de mudança.
- 41-60—Intervenção moderada/explicita** para ajudar o cliente a renunciar aos padrões desadaptativos. O terapeuta pode assinalar os custos dos padrões desadaptativos, mas não enunciar os benefícios e vice-versa. O terapeuta parece ambivalente e demonstra falta de foco no trabalho em relação ao desconforto do cliente. O terapeuta pode ou não comunicar que os padrões desadaptativos são ego-distônicos e pode ou não descrever o potencial de mudança. O cliente pode fazê-lo por si mesmo e o terapeuta responde.
- 21-40—Intervenção implícita** para ajudar o cliente a renunciar aos padrões desadaptativos. O terapeuta pode não explorar os comportamentos desadaptativos ou não assinalar os custos e benefícios. O terapeuta parece não ter consciência, ou não comunicar que os padrões desadaptativos são ego-distônicos, e não descreve o potencial de mudança. O cliente pode fazê-lo por si mesmo, mas o terapeuta não é responsivo.
- 1-20—Nenhuma intervenção** para ajudar o cliente a renunciar aos padrões desadaptativos e nenhuma responsividade caso o cliente tente fazê-lo por si mesmo.

O TERAPEUTA INTERVÉM COM O OBJETIVO DE EXPÔR O CLIENTE À EXPERIÊNCIA ADAPTATIVA DOS AFETOS?

- 81-100—Excelente intervenção** para a exposição ao afeto adaptativo. As intervenções do terapeuta são deliberadas, focadas e tenazes, com o objetivo de auxiliar o cliente a experienciar o afeto adaptativo.
- 61-80—Forte intervenção** para a exposição ao afeto adaptativo. As intervenções do terapeuta são deliberadas e focadas, com o objetivo de ajudar o cliente a experienciar o afeto adaptativo, mas não auxiliam o cliente a experienciar mais afetos.
- 41-60—Intervenção moderada** para a exposição ao afeto adaptativo. O terapeuta parece focado em ajudar o cliente a experienciar afetos, com recurso a intervenções eficazes; no entanto, não parece particularmente determinado a encontrar uma forma de fomentar a exposição a mais afetos adaptativos.
- 21-40—Pouca intervenção** para a exposição ao afeto adaptativo. O terapeuta não parece focado ou consciente acerca da emergência de um afeto adaptativo, ou pode até estar a bloquear a sua manifestação.
- 1-20—Nenhuma intervenção** para a exposição ao afeto adaptativo. O terapeuta parece não ter consciência acerca dos afetos

O TERAPEUTA PROCURA REGULAR OS AFETOS INIBITÓRIOS? (ANSIEDADE, CULPA, VERGONHA, MEDO).

- 81-100—Nenhuma intervenção:** O terapeuta não intervém de modo a regular as ansiedades.
- 61-80—Pouca intervenção:** O terapeuta oferece intervenções neste sentido, mas não persiste.
- 41-60—Intervenção moderada:** O terapeuta intervém, mas parece ambivalente/inseguro quanto a persistir ou não.
- 21-40—Boa intervenção:** O terapeuta intervém e mostra-se confortável em persistir.
- 1-20—Excelente intervenção:** O terapeuta intervém e parece confortável em regular a ansiedade o quanto for necessário.

O TERAPEUTA QUESTIONA OU ASSINALA A NOVA APRENDIZAGEM DO PACIENTE: EXPRESSÃO ADAPTATIVA DE PENSAMENTOS, SENTIMENTOS, DESEJOS OU NECESSIDADES.

81-100—Excelente intervenção: O terapeuta assinala as evoluções que observa e ajuda o cliente a ver as mudanças que alcançou, dentro e fora da sessão.

61-80—Boa intervenção: O terapeuta descreve as evoluções que observa, mas não as explora, de modo a entender se o cliente consegue perceber as suas mudanças.

41-60—Intervenção moderada: O terapeuta percebe as mudanças ocorridas dentro e fora da sessão, mas não elabora ou ajuda o cliente a ver essas evoluções.

21-40—Pouca intervenção: O cliente percebe as mudanças que fez dentro e fora da sessão. O terapeuta concorda e, eventualmente, explora-as.

1-20—Nenhuma intervenção: O cliente percebe as mudanças, mas o terapeuta discorda ou não responde.

O TERAPEUTA PROCURA AUXILIAR O CLIENTE A MELHORAR A SUA AUTOIMAGEM

Excelente intervenção: O terapeuta utiliza intervenções para ajudar o paciente a ter uma autoestima mais saudável, a ser compassivo e a aceitar as suas forças e vulnerabilidades, desafiando a culpa e/ou a vergonha.

Boa intervenção: O terapeuta ajuda o cliente a ter uma visão mais saudável de si, com compaixão e aceitação das suas forças e vulnerabilidades, mas não desafia a culpa e/ou a vergonha.

Intervenção moderada: Por vezes, o terapeuta auxilia o cliente a construir uma autoestima mais saudável, mas aceita alguma culpa e/ou vergonha.

Pouca intervenção: O terapeuta apenas ajuda o cliente a ter uma autoestima mais saudável e parece encorajar a falta de compaixão ou a fraca capacidade de aceitação.

Nenhuma intervenção: O terapeuta parece validar uma visão pouco saudável de si mesmo e não desafia a falta de compaixão, autocuidado, aceitação, ou a grandiosidade do cliente.

O TERAPEUTA INTERVÉM PARA AUXILIAR O CLIENTE A MELHORAR A SUA PERCEÇÃO DOS OUTROS

81-100—Excelente intervenção: O terapeuta intervém com o intuito de ajudar o cliente a construir uma visão mais saudável dos outros, a ser compassivo e aceitar as suas forças e vulnerabilidades, sem idealização ou desvalorização.

61-80—Boa intervenção: O terapeuta intervém com o intuito de ajudar a construir uma visão mais saudável dos outros, a ser compassivo e aceitar as suas forças e vulnerabilidades, mas não explora totalmente a idealização ou desvalorização.

41-60—Intervenção moderada: O terapeuta intervém com o intuito de ajudar a construir uma visão mais saudável dos outros, a ser moderadamente compassivo e aceitar as suas forças e vulnerabilidades, mas não explora a idealização ou desvalorização.

21-40—Pouca intervenção: O terapeuta não intervém no sentido de auxiliar o cliente a construir uma visão mais saudável dos outros ou a ser mais compassivo e aceitar as suas forças e vulnerabilidades; ao invés, permite a idealização e desvalorização.

1-20—Nenhuma intervenção: O terapeuta não intervém no sentido de auxiliar o cliente a construir uma visão mais saudável dos outros, permitindo uma percepção desadaptativa dos outros, com pouca ou nenhuma compaixão, empatia e aceitação, e muita idealização, desvalorização e clivagem.

Versão original: The Psychotherapy Research Program at HMS - © Leigh McCullough 2005-2009;

Adaptação portuguesa de Ferreira & Janeiro (2020) – Universidade do Algarve

Anexo 5

Exemplo Tabela de Excel

The screenshot shows an Excel spreadsheet with the following data:

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
1	Diade	Sessão	TI	TF	Terapeuta	Cliente	uturacao	Druturacao	/tosinibito	esistencia	ceca	oado	Seca	o	o	o	o	o	o	o	o
2	1	2	9.326376	13.744134		5			5												
3	1	2	17.916460	33.133180	5				5												
4	1	2	48.104468	93.754627		8															
5	1	2	93.754626	131.060132	8																
6	1	2	93.754627	131.060133	4			4													
7	1	2	134.987028	61.984434		5			5												
8	1	2	161.984432	203.953126	7						7										
9	1	2	161.984433	203.953127	8																
10	1	2	161.984434	203.953128	4			4													
11	1	2	203.953128	255.002768		8															
12	1	2	255.002768	256.720784	8																
13	1	2	256.720782	275.373535		5			5												
14	1	2	256.720783	275.373536		7															
15	1	2	256.720784	275.373537		8															
16	1	2	275.373537	283.472755	8																
17	1	2	283.472758	314.887921		7					7										
18	1	2	283.472759	314.887922		8															
19	1	2	314.887923	367.901005	7																
20	1	2	314.887923	367.901010	8																
21	1	2	367.901010	371.091612		8															
22	1	2	371.091613	382.626866	8																
23	1	2	371.091612	382.626867	1			1													
24	1	2	382.626865	382.626866		7					7										
25	1	2	382.626867	382.626867		8															

Anexo 6

Exemplo de Tabela SPSS de análise

Output10.04.sav [DataSet1] - IBM SPSS Statistics Data Editor

File Edit View Data Transform Analyze Graphs Utilities Extensions Window Help

23: Visible: 4 of 4 Variables

	Dia de	Sessão	Terapeuta	Cliente	var	var	var	var	var	var	var	var	var	var
1	1	2		Afetoslnibit...										
2	1	2		Afetoslnibit...										
3	1	2		Percecaod...										
4	1	2		Percecaod...										
5	1	2		Experienci...										
6	1	2		Afetoslnibit...										
7	1	2		Percecaod...										
8	1	2		Percecaod...										
9	1	2		Experienci...										
10	1	2		Percecaod...										
11	1	2		Percecaod...										
12	1	2		Afetoslnibit...										
13	1	2		Percecaod...										
14	1	2		Percecaod...										
15	1	2		Percecaod...										
16	1	2		Percecaod...										
17	1	2		Percecaod...										
18	1	2		Percecaod...										
19	1	2		Percecaod...										
20	1	2		Percecaod...										
21	1	2		Percecaod...										
22	1	2		Insight										
23	1	2		Percecaod										

Data View Variable View

IBM SPSS Statistics Processor is ready Unicode:ON

Escreva aqui para procurar Ambiente de trabalho 18°C 14:17 11/04/2022