



**LSPA**  
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO  
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

INTERVENÇÕES DO TERAPEUTA E MUDANÇA DE NARRATIVA  
PRODUTIVA DO PACIENTE EM SESSÃO

RAQUEL VARANDAS DUARTE

**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

2019

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.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor António Pazo Pires, o meu orientador de dissertação, pelos seus conhecimentos e ensinamentos que proporcionou durante o seminário, pela sua paciência, disponibilidade, pela sua orientação relevante na construção deste trabalho e por despertar o meu interesse e curiosidade em compreender os processos em psicoterapia.

À Ana Aleixo pela sua enorme disponibilidade, motivação, apoio, e ajuda imprescindível na realização deste trabalho.

Obrigada ao meu namorado Bruno pelo companheirismo, compreensão, escuta atenta, afecto e por todo o apoio cada vez que precisei.

Obrigado à Cristina amiga e colega de seminário de dissertação, pelos momentos de diversão proporcionados e pelo seu apoio em alturas de maior ansiedade durante a realização deste trabalho.

Obrigada à Márcia, por ser como uma irmã para mim, sem ela o meu percurso no ISPA não teria sido o mesmo.

Obrigada à Sara, Martim, Beatriz e Rita pela sólida amizade construída nos últimos anos, e por terem acompanhado de perto este percurso.

Obrigado ao Luís, Daniel e Inas, por serem os melhores amigos que eu poderia ter.

Obrigado às minhas colegas do seminário pela partilha e pela colaboração.

Obrigado ao meu irmão, André por me fazer rir.

Obrigada aos meus pais pelo amor incondicional, por me proporcionarem a continuidade dos meus estudos, e pela enorme dedicação ao longo destes anos.

## Índice

Revisão sistemática de estudos que usaram o Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI) .....	1
Resumo .....	2
Abstract .....	3
Introdução.....	4
The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI) .....	5
The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions-30 Items (MULTI-30) .....	7
Intervenções do terapeuta e resultados do tratamento .....	8
Estudos descritivos com o MULTI.....	10
Variáveis que influenciam as Intervenções do Terapeuta.....	12
Resistência e Diagnóstico do Paciente .....	12
Orientação pessoal e orientação do supervisor .....	13
Intervenções do Terapeuta e outros Processos Terapêuticos .....	14
Aliança terapêutica.....	14
Experiência emocional .....	16
Insight .....	16
Funcionamento Reflexivo.....	17
Mudanças de Narrativa.....	19
Conclusão .....	19
Referências .....	22
Tabela de Estudos Empíricos com o MULTI-60 e o MULTI-30.....	28
Artigo Empírico.....	34
Intervenções do Terapeuta e Mudança de Narrativa Produtiva do Paciente em Sessão.....	34
Resumo.....	35
Abstract .....	36
Introdução.....	37
Método .....	40
Participantes.....	40
Terapeutas.....	41
Terapia .....	41
Instrumentos.....	41
Narrative-Emotion Process Coding System 2.0 .....	41

Multitheoretical List of Therapeutic Interventions.....	42
Procedimento .....	43
Resultados .....	45
Mudanças narrativas produtivas ocorridas em cada sessão .....	45
Intervenções do terapeuta que contribuem para mudanças narrativas produtivas .....	46
Análise qualitativa: Intervenções-chave utilizadas por terapeutas experientes .....	47
Intervenções momento-a- momento ou aqui-e agora .....	47
Nomear e explorar emoções .....	48
Explorar o passado ou infância e estabelecer ligações com os problemas actuais.....	48
Uso de intervenções orientadas para as relações / de orientação interpessoal .....	49
Identificação de conflitos internos.....	50
Discussão.....	51
Referências .....	56
Anexos.....	61
Anexo A: Tabela de Estudos Empíricos com o MULTI-60 e o MULTI-30 .....	62
Anexo B: Narrative-Emotion Process Coding System 2.0 (NEPCS 2.0).....	70
Anexo C: The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI) .....	70
Anexo D: The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions - 30 Itens (MULTI-30) .	76
Anexo E: The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI) com novas categorias de intervenções criadas .....	79
Anexo F: Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI em Cada Sessão.....	83
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Beck, Judith (A).....	83
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - McWilliams, Nancy (A).....	84
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Greenberg, Leslie (A) .....	85
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Greenberg, Leslie (B1).....	86
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Greenberg, Leslie (B2).....	88
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Goldman, Rhonda (C) .....	89
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - McWilliams, Nancy (D).....	90
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Craske, Michelle (E) .....	92
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Fosha, Diana (G).....	93
Cotação com NEPCS-2.0 e MULTI - Fosha, Diana (F) .....	94
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Wachtel, Paul (H) .....	95
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Safran, Jeremy (I).....	97
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Messer, Stanley (J).....	98

Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Schneider, Kirk (K).....	100
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI – Bugental, James (L).....	101
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI – Bugental, James (M).....	102
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Ecker, Bruce (N).....	104
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Chapman, Alexander (O) .....	105
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - McCullough, Leigh (P) .....	106
Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI- McCullough, Leigh (Q).....	108
Anexo G: Grau de Concordância Intravaliadores (ICC) .....	110
Anexo H: Intervenções utilizadas por cada terapeuta que facilitaram a na mudança de shift .....	111
Anexo I: Intervenções utilizadas pelos terapeutas que facilitaram a mudança de shift .....	124

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1. Lista das Sessões Analisadas.....	40
Tabela 2. Intervenções focadas no momento-a-momento.....	48
Tabela 3. Intervenções focadas nas emoções .....	48
Tabela 4. Intervenções focadas no passado e no estabelecimento de ligações entre o passado e presente .....	49
Tabela 5. Intervenções focadas no funcionamento interpessoal.....	50
Tabela 6. Intervenções focadas na identificação de partes em conflito .....	50

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1. Frequência Absoluta das Mudanças Narrativas Produtivas em Cada Sessão.....	45
Gráfico 2. Frequências absolutas das intervenções dos terapeutas nos momentos de mudança de narrativa produtiva .....	46

## **Lista de Abreviaturas**

MULTI – The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions

MULTI- 30 - The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions – 30 Items

NPCS – Narrative Process Coding System

NEPCS – Narrative-Emotion Process Coding System

NE-P – Processos de Narrativa-Emocional

PSRF - Função de Reflexão Específica do Pânico

FC – Factores comuns

EFTT – Terapia Focada nas Emoções para o Trauma

EFT – Terapia Focada nas Emoções

BDT – Terapia Dinâmica Breve

CCT – Terapia Centrada no Cliente

PPT – Terapia Processo-Perceptual

PT – Psicoterapia Psicanalítica

PFPP - Terapia psicodinâmica focada no pânico

SET – Terapia de suporte-expressivo

ST – Terapia Sistémica

CT – Terapia Cognitiva

CBT – Terapia Cognitiva Comportamental

PCT - Terapia de controlo do pânico

IT – Terapia Integrativa

AEDP – Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada

COT – Terapia da Coerência

IRT – Terapia Relacional Integrativa

RT – Terapia Relacional

ET – Terapia Existencial

E-HT – Terapia Humanista-Existencial

DBT – Terapia Comportamental Dialética

AFDP – Psicoterapia Dinâmica Focada nos Afetos

TREC - Terapia racional emotiva comportamental,

MCC - Modificação cognitivo-comportamental

**Revisão sistemática de estudos que usaram o Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI)**

## Resumo

**Enquadramento:** O MULTI é uma medida de processo que tem a mais valia de avaliar intervenções de múltiplas orientações terapêuticas numa determinada sessão, a partir da perspectiva do terapeuta, observador ou paciente, tendo vindo a produzir resultados com importantes implicações para a prática clínica. Contudo, até á data, ainda não existe uma revisão sistemática sobre os estudos que utilizam este instrumento. **Objetivo:** Realizar uma revisão sistemática da literatura dos estudos que aplicaram a MULTI (MULTI; McCarthy e Barber, 2009) e o MULTI-30 (MULTI-30; Solomonov et al., 2018). **Método:** Efetuou-se uma pesquisa nas bases de dados eletrónicas PsycInfo, PsycArticles, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete, Academic Search Complete, ResearchGate e na NCBI com as palavras-chave MULTI or The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions, e Kevin, McCarthy or Jacques, Barber or Solomonov, Nili. **Resultados:** Foram selecionados 16 estudos, que dizem respeito às intervenções do terapeuta e resultados do tratamento, a estudos descritivos, ao foco em analisar a influência de determinadas variáveis no uso das intervenções e outros referem-se às intervenções e diferentes processos terapêutico dos pacientes. **Conclusões:** O MULTI revelou ser uma medida válida para classificar intervenções específicas e de factores comuns pelo terapeuta, tendo vindo a ser utilizado em diferentes abordagens terapêuticas e em diversas patologias. Demonstrando a sua aplicabilidade adequada para uma diversidade de objectivos de investigações como compreender quais as intervenções estão associadas a melhores resultados, descrever intervenções utilizadas durante as sessões e identificar intervenções que promovem determinados processos terapêuticos do paciente.

**Palavras-Chave:** MULTI, The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions, Intervenções terapêuticas, Investigação de processos, Revisão de literatura.

## **Abstract**

**Background:** The MULTI is a process measure that has the advantage of evaluating interventions of multiple therapeutic orientations in a given session, from the perspective of the therapist, observer or patient, and has produced results with important implications for clinical practice. However, to date, there is no systematic review on the studies using this instrument.

**Purpose:** To conduct a systematic literature review of studies that applied MULTI (MULTI; McCarthy and Barber, 2009) and MULTI-30 (MULTI-30; Solomonov et al., 2018). **Results:**

We selected 16 studies, which relate to therapist interventions and treatment outcomes, descriptive studies, focusing on analyzing the influence of certain variables on the use of interventions, and others studies refer to interventions and different therapeutic processes of patients. **Conclusions:** The MULTI has proven to be a valid measure for classifying therapists' specific interventions and common factors, and has been used in different therapeutic approaches and pathologies. The MULTI has also shown a appropriate applicability to a variety of research objectives, such as understanding which interventions are associated with better outcomes, describing interventions used during sessions and identifying interventions that promote certain patient therapeutic processes.

**Keywords:** MULTI, The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions, Therapeutic Interventions, Process Investigation, Literature Review

## Introdução

Existe um consenso quanto à eficácia e benefícios da psicoterapia, contudo ainda não se compreende como ocorre a mudança terapêutica (Lambert, 2013; Kasdzin, 2009; Peuker et al., 2009). Neste sentido, e apesar da prevalência de estudos sobre resultados, nos últimos anos tem-se observado um desenvolvimento no estudo sobre processos e de variáveis que contribuem para a qualidade do tratamento psicoterapêutico (Krause et al., 2016; Peuker, et al., 2009; Kazdin, 2007). De modo que a questão passou a ser: Como funciona a psicoterapia? Quais os principais fatores que contribuem para a mudança? O que acontece durante as sessões de psicoterapia que ajuda os pacientes a reduzir os seus sintomas e a melhorar o seu funcionamento? (Crits - Christoph et al., 2013; Serralta et al., 2007).

Parte do foco das investigações de processo e resultados centrou-se nas intervenções do terapeuta (Goldfried & Davila, 2005; Hill, 2005), que influenciam cerca de 15% do sucesso terapêutico (Barkham et al., 2017). Diversos estudos nesta linha de investigação, destacam o papel das intervenções dos terapeutas nos resultados do paciente (Stiles et al., 2015). Estes estudos evidenciam que alguns terapeutas obtêm sistematicamente melhores resultados, comparativamente outros terapeutas (Castonguay & Hill, 2017; Wampold et al., 2017; Lambert, 2013). Como tal, identificar as intervenções que os terapeutas eficazes utilizam durante as sessões é um passo necessário para ajudar os terapeutas a produzir melhores resultados na sua prática clínica (Banon et al., 2013).

Dada a pertinência do estudo das intervenções terapêuticas, foram desenvolvidas diversas medidas destinadas a avaliar as intervenções utilizadas pelo terapeuta em sessão de terapia. Uma meta-análise realizada por Gumz et al., (2015) identificou 34 medidas que diferem nos métodos de cotação, na abordagem terapêutica, no tempo e esforço que exigem. Estas medidas foram aplicadas em uma grande heterogeneidade de estudos que variam em termos de objetivos, procedimentos de avaliação e fundamentos teóricos. Nesta área têm sido realizados estudos que examinam a associação entre as intervenções e resultados, como a melhora de sintomas e do funcionamento do paciente, assim como a relação das intervenções com variáveis relacionadas à terapia ou ao terapeuta, distinguir orientações terapêuticas, estudar intervenções específicas de uma determinada orientação, investigar microprocessos e avaliar a aderência e competência (Gumz et al., 2017; Gumz et al., 2015; Banom et al., 2013).

O MULTI é um instrumento que se destaca, por avaliar intervenções de múltiplas orientações terapêuticas numa determinada sessão (McCarthy & Barber, 2009), a partir da perspectiva do terapeuta, observador ou paciente. Os estudos que têm vindo a utilizar esta

medida, produziram resultados com implicações pertinentes para a prática clínica e para a formação dos psicólogos clínicos (Solomonov et al., 2018).

No entanto, até à data ainda não foi realizada uma revisão sistemática dos estudos que aplicaram o MULTI (MULTI; McCarthy & Barber, 2009) e o MULTI-30 (MULTI-30; Solomonov et al., 2018). Assim, o presente estudo tem como principal objetivo realizar a primeira revisão sistemática de literatura que reúne os estudos empíricos que usaram o MULTI (MULTI; McCarthy & Barber, 2009) e o MULTI-30 (MULTI-30; Solomonov et al., 2018). Para este efeito efectuou-se uma pesquisa eletrónica, sem limite temporal, com os termos MULTI or The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions, e Kevin McCarthy or Jacques Barber or Nili Solomonov, nas seguintes bases de dados: PsycInfo, PsycArticles, Psychology and Behavioral Sciences Collection, Academic Search Complete, Academic Search Complete, Research Gate e na NCBI. No total, foram encontrados 16 estudos, sendo que 14 aplicaram a MULTI- 60 e 2 utilizaram a MULTI-30. O estudo de McCarthy & Barber (2009) não foi incluído nesta meta-análise, dado ser o estudo original da MULTI-60, destinado a avaliar as propriedades psicométricas e validade do mesmo. Ainda posteriormente foi acrescentado o estudo de Duarte & Pires (2019), neste sentido esta revisão sistemática inclui 16 estudos.

Os estudos foram organizados em 4 categorias principais, a referir: 1) Intervenções do terapeuta e resultados do tratamento; 2) Estudos descritivos com o MULTI, 3) Variáveis que influenciam as Intervenções do Terapeuta e 4) Intervenções do Terapeuta e outros Processos Terapêuticos, esta última categoria é mais abrangente e inclui diversos processos terapêuticos como o insight, experiência emocional, funcionamento reflexivo, mudanças de narrativa e a aliança.

### **The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI)**

O The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI - 60), desenvolvido por McCarthy & Barber (2009), permite captar intervenções de diferentes abordagens terapêuticas utilizadas numa sessão de psicoterapia, a partir da perspectiva do terapeuta, paciente e observador.

Este instrumento é composto por 60 intervenções agrupadas em oito subescalas, que representam as seguintes orientações terapêuticas: cognitiva, comportamental, dialéctica-comportamental, interpessoal, centrada na pessoa, psicodinâmica, experiencial e factores

comuns (McCarthy & Barber, 2009). As subescalas do MULTI foram criadas pelo agrupamento de itens que descrevem intervenções consideradas representativas de cada uma das oito orientações teóricas (Gumz et al., 2015; McCarthy & Barber, 2009). Conforme conceituado na literatura, a subescala de fatores comuns avalia o uso de técnicas compartilhadas por todas as terapias (Wampold & Imel, 2015; McCarthy & Barber, 2009).

Os itens do MULTI descrevem um comportamento por parte do terapeuta que pode ou não ter ocorrido numa determinada sessão (e.g., *“My therapist pointed out recurring themes or problems in my relationships”*; *“My therapist encouraged me to talk about feelings I had previously avoided or never expressed”*; *“My therapist encouraged me to change specific behaviors.”*) e são classificados numa escala tipo Likert de 5 pontos com base no quanto típica cada intervenção foi durante a sessão (1 = not at all typical of the session, to 5 = very typical of the session) (Solomonov et al., 2018; McAlevey & Castonguay, 2013).

Os 60 itens que compõem o MULTI foram criados com base na consulta de livros de terapia, manuais de tratamento, medidas de adesão e artigos teóricos e de revisão de forma a criar uma lista das intervenções mais salientes de cada abordagem terapêutica (McCarthy & Barber, 2009). Para avaliar a validade dos itens de cada subescala, foram contactados 36 especialistas das sete orientações terapêuticas para reverem a subescala que representava a sua orientação. Os itens MULTI foram escritos com clareza e sem jargão técnico de modo a reduzir possíveis enviesamentos teóricos (McCarthy & Barber, 2009).

Cada subescala possui cerca de 6-11 itens, sendo que a maioria dos itens pertence exclusivamente a uma determinada subescala, contudo, 5 itens surgem em 3 subescalas e 14 itens aparecem em 2 subescalas. Após uma análise de cada item, os autores concluíram que esses itens foram categorizados de forma precisa como pertencentes a várias orientações. Para além disso, os especialistas de cada orientação consideraram a subescala da MULTI como representativa da sua abordagem, contendo as intervenções essenciais da sua respectiva orientação.

O MULTI é o primeiro instrumento capaz de avaliar a percepção das intervenções utilizadas por parte de observadores, terapeutas e pacientes em diferentes orientações teóricas. Existem alguns instrumentos que captam as três perspectivas (observador, terapeuta e paciente) mas somente em um número limitado de orientações ou apenas de uma orientação. É vantajoso, recolher as percepções dos observadores, terapeutas e pacientes relativamente às intervenções utilizadas na mesma sessão. As percepções das intervenções utilizadas por parte dos pacientes tendem a ser negligenciadas, no entanto apesar de os serviços serem prestados em seu benefício, pouco se sabe sobre o que os pacientes consideram sobre o que os seus terapeutas fazem durante

a sessão (McCarthy & Barber, 2009), o que pode levar a desconsiderar relações potencialmente importantes.

Várias medidas de identificação de intervenções atuais limitam o seu uso a somente determinadas abordagens terapêuticas ou a um tempo limitado da sessão. Tendo em conta que actualmente cada vez mais terapeutas se identificam com a orientação integrativa/eclética, torna-se pertinente utilizar um instrumento capaz de captar intervenções de múltiplas abordagens, de modo a descrever de forma completa o que está a acontecer durante a sessão. Neste sentido a MULTI é um instrumento transversal a uma série de abordagens terapêuticas, podendo ser utilizada para diversos fins, como determinar que intervenções específicas estão relacionadas com os resultados, identificar fatores comuns, e relacionar intervenções do terapeuta com outros processos em psicoterapia.

Esta medida também demonstrou validade e confiabilidade em diversas amostras de pacientes, observadores e terapeutas, e em diferentes abordagens terapêuticas (Gumz, 2015; McCarthy & Barber, 2009). Estudos anteriores indicaram que as subescalas do MULTI-60 são internamente consistentes ( $\alpha >.70$  de Cronbach; Shrout, 1995; McCarthy, Keefe & Barber, 2016; McCarthy & Barber, 2009). Relativamente à fiabilidade, os estudos têm evidenciado uma fiabilidade boa a excelente, apresentado um grau intra-avaliadores que varia entre 0,60 a 0,90 (Solomonov et al., 2017; McCarthy, Keefe, & Barber, 2016; Zickgraf et al., 2015; McCarthy & Barber, 2009).

No entanto existem também alguns inconvenientes associados à utilização da MULTI, a referir, o facto de a classificação com o MULTI requerer alguma familiarização com as intervenções utilizadas em psicoterapia, exigir um tempo substancial de energia e tempo para a avaliação de uma sessão, e a existência de alguns itens que se sobrepõe, o que pode enfraquecer as propriedades psicométricas do instrumento. Apesar destas desvantagens, de forma geral, o MULTI apresenta propriedades psicométricas adequadas, demonstrando ser um instrumento promissor para medir intervenções de diversas orientações a partir das perspectivas terapeutas, pacientes e observadores (McCarthy & Barber, 2009).

### **The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions-30 Items (MULTI-30)**

Com o intuito de colmatar as limitações anteriormente apresentadas, Solomonov et al., (2018) desenvolveram o MULTI -30, uma versão mais abreviada do MULTI-60. Esta versão, é composta por 30 itens e tem como vantagem diminuir a carga de tempo na identificação das intervenções utilizadas, reduzindo o número de itens para metade, e eliminando os itens menos

claros e sobrepostos. Apesar desta redução a MULTI-30 continua a manter as 8 subescalas e o conteúdo dos itens, apresentando uma correlação significativamente elevada com as subescalas do MULTI-60 ( $r \geq 0,80$  para todas as subescalas, com exceção da DBT ( $r = 0,66$ )). A MULTI-30 também preserva a consistência interna e fiabilidade da medida original, apresentado um grau interavaliadores de boa a excelente que varia entre 0,70, a 0,80 (Fisher et al., 2019).

### **Intervenções do terapeuta e resultados do tratamento**

Os investigadores têm utilizado o MULTI para avaliar a relação entre o uso de técnicas específicas e de factores comuns e os resultados da sessão ou do tratamento (Solomonov et al., 2018). Nesta categoria são referidos cinco estudos, que se focaram no impacto das intervenções na melhoria sintomática dos pacientes.

McCarthy (2009), realizou um estudo, que visava investigar a relação entre intervenções do terapeuta e a melhoria de sintomas, em terapia comportamental para Perturbação Obsessivo-Compulsiva, e em terapia psicodinâmica para Perturbação Depressiva Major (MDD). Os resultados revelaram que o uso de intervenções específicas (intervenções consistentes com o manual de tratamento), foram associados a melhores resultados tanto em terapia comportamental, como na terapia psicodinâmica. Contudo em ambos os tratamentos, a melhora sintomática estava associada a níveis moderados da utilização de intervenções específicas, em comparação com níveis mais altos ou mais baixos. Os autores sugerem que níveis muito altos de intervenções comportamentais podem levar ao desconforto do paciente, enquanto níveis muito baixos de intervenções comportamentais podem não fornecer uma exposição suficiente para provocar a mudança. Níveis moderados de intervenções psicodinâmicas podem representar a dose necessária de interpretações para o paciente compreender as suas experiências, e com base nestes novos conhecimentos, começar a mudar os seus padrões relacionais. Por outro lado, níveis mais baixos de intervenções dinâmicas podem não ser suficientes para desencadear o desenvolvimento do insight. Doses elevadas de intervenções dinâmicas podem sobrecarregar o paciente criando muita ansiedade ou vergonha resultantes das experiências dolorosas ou inaceitáveis. Pensamos que quer num modelo quer noutra, níveis elevados podem estar associados a excessiva adesão ao manual e modelo com perda de flexibilidade e ajustamento às necessidades do paciente. Relativamente ao uso de intervenções de factores comuns estas foram das intervenções mais utilizadas em ambos os tratamentos, contudo não estavam associadas ao sucesso da terapia.

Um dos objetivos do estudo de Boswell et al., (2010) foi analisar a relação entre o uso das intervenções do terapeuta e a qualidade da sessão, numa amostra de terapeutas em treino. Os resultados indicaram que a utilização de intervenções focadas no funcionamento interpessoal e de factores comuns são preditores da qualidade da sessão. Os pacientes acharam particularmente útil quando os terapeutas se concentraram em identificar, explorar e resolver problemas nas relações interpessoais. Por outro lado, terapeutas que utilizam níveis altos de factores comuns, evidenciaram deteriorações significativas na qualidade da sessão quando introduziram níveis altos de intervenções da orientação cognitiva comportamental. Estes resultados têm implicações importantes para a prática clínica, uma vez que sugerem que a introdução de técnicas de orientação cognitiva comportamental no contexto de um tratamento muito focado no relacionamento pode interferir com a qualidade do trabalho terapêutico, por representar um desvio ao tratamento que o paciente estava familiarizado. Neste estudo as intervenções de factores comuns foram usadas com maior frequência comparativamente a intervenções específicas (pertencentes a uma determinada teoria).

Num estudo realizado por McCarthy, Keefe & Barber (2016), foi analisado a influência do uso de intervenções de diversas orientações teóricas na melhoria sintomática em psicoterapia psicodinâmica para depressão, numa amostra de 33 pacientes. Os resultados revelaram que, na quarta semana do tratamento, o uso moderado de intervenções psicodinâmicas (e.g. interpretação, exploração) e experienciais (e.g. foco em emoções) previram uma mudança subsequente nos sintomas, em comparação com níveis altos ou baixos. O contributo de intervenções experienciais para a produtividade da sessão em psicoterapia psicodinâmica, parece estar relacionado com a ênfase desta abordagem em aprofundar as emoções (Town, 2012) o que leva os autores a hipotetizar que o uso moderado de intervenções psicodinâmicas e experienciais pode ajudar o paciente na diminuição dos seus sintomas, pela obtenção de insight ou pela promoção da experiência emocional (Greenberg & Pascual-Leone, 2006; Messer & McWilliams, 2007 cit. por McCarthy, Keefe & Barber, 2016). No que diz respeito às técnicas de factores comuns, estas não previram a melhora de sintomas.

Posteriormente o estudo de Solomon et al., (2018) replicou estes resultados, numa amostra, delineamento e estratégia de cotação semelhante. Os resultados indicaram que uso de intervenções psicodinâmicas e processo-experienciais indicaram uma associação significativa com o alívio sintomático.

Kuprian et al., (2017) efectuaram um estudo para identificar, numa amostra de 3 terapeutas, o que diferenciava o terapeuta mais eficiente dos restantes terapeutas, num tratamento de suporte expressivo (SET) para a depressão. Também pretenderam analisar se o

maior uso de intervenções relacionais e de orientação interpessoal estão relacionados com a diminuição dos sintomas de depressão e de problemas interpessoais. Os resultados indicaram que o terapeuta que apresentou melhor desempenho se distinguiu pelo uso significativo de intervenções orientadas para os relacionamentos, utilizando com mais frequência a intervenção que associa relacionamentos interpessoais aos sintomas depressivos (Item 60). Ainda o terapeuta mais bem-sucedido tendia a adicionar um foco interpessoal às intervenções que não eram consideradas interpessoais, e apresentava um estilo mais relacional, incentivando os pacientes a falar sobre os seus sentimentos relativamente ao terapeuta e à terapia, e compartilhando os seus sentimentos com o paciente em resposta. Apesar destes resultados sugerirem a importância de trabalhar os relacionamentos interpessoais do paciente, para os três terapeutas, o uso de intervenções orientadas para o relacionamento não previu a diminuição dos sintomas de depressão e dos problemas interpessoais.

### **Estudos descritivos com o MULTI**

Nesta categoria são referidos 4 estudos, que se focaram em descrever as intervenções utilizadas pelos terapeutas durante as sessões. Os métodos descritivos são também pertinentes uma vez que possibilitam perceber quais as intervenções que são utilizadas pelos terapeutas, permitindo compreender melhor o processo de terapia

O estudo de McCarthy (2009) pretendeu descrever as características típicas das sessões de modo a revelar a complexidade de dois tratamentos. Os componentes descritivos revelaram nos dois tratamentos, a presença de intervenções de outras orientações, no entanto a escolha de intervenções de outros modelos, eram baseadas na sua congruência com a orientação teórica do tratamento. No tratamento de psicoterapia psicodinâmica os terapeutas empregaram técnicas exploratórias de orientação interpessoal e intervenções experienciais. A maioria dos terapeutas psicodinâmicos optou por focar a recolha de informações sobre as experiências e padrões interpessoais do paciente, tendo usado baixo uso de interpretações. O autor coloca em hipótese que tal pode dever-se ao facto dos terapeutas dinâmicos, antes de interpretarem, decidem primeiro coletar dados sobre a vida interpessoal e intrapsíquica do paciente para posteriormente oferecer uma interpretação precisa. Também é interessante notar que na terapia psicodinâmica, as intervenções processo-experienciais previram um resultado melhor do que as intervenções psicodinâmicas. Tal demonstra que aprofundar o afecto é cada vez mais importante para os terapeutas dinâmicos modernos (Summers & Barber 2010; Blagys &

Hilsenroth, 2000; Greenberg & Safran, 1989) e o uso de intervenções processo-experienciais podem facilitar o aprofundamento das emoções.

Em terapia comportamental o uso das intervenções como exposição e de “trabalhos de casa” foram as intervenções mais utilizadas, em comparação com a instrução de habilidades. O autor observou ainda uma grande variabilidade, de intervenções de outras abordagens congruentes com o modelo comportamental, como intervenções cognitivas e dialético-comportamentais. Também em terapia comportamental foram encontradas intervenções da abordagem experiencial focadas em explorar emoções e o aqui-e-agora. Tal como no estudo de McCarthy, Keefe & Barber (2016) estes resultados confirmam a pertinência de focar nos afetos durante o tratamento, sendo que estes resultados sugerem ainda que em diferentes terapias trabalhar as emoções é um mecanismo importante.

A literatura e os estudos anteriormente descritos tem evidenciado que os terapeutas incorporam intervenções de outras abordagens, nomeadamente quando os pode ajudar a atingir determinados objectivos em psicoterapia e tal reflecte que o movimento integrativo está em ascensão (Castonguay et al., 2015; Ziv-Beiman & Shahar, 2015). Solomonov et al., (2015) estudaram os níveis de integração em psicoterapia de uma forma inovadora, examinando as intervenções de nove terapeutas experientes conhecidos de diferentes orientações terapêuticas, e de diferentes gerações, em sessões de demonstrações prototípicas da sua respectiva abordagem terapêutica gravadas em vídeo da APA. Os terapeutas experientes apresentaram níveis moderados de integração psicoterapêutica, no entanto tendiam a integrar técnicas de abordagens semelhantes à sua, ou seja, os terapeutas que apresentaram um perfil exploratório utilizavam intervenções de orientação psicodinâmica, processo-experiencial, interpessoal e centrada na pessoa, enquanto os especialistas associados a uma orientação diretiva, utilizavam intervenções da orientação cognitiva, comportamental e dialético-comportamental. Por exemplo, Greenberg, McWilliams, Rogers, e Perls tendiam a integrar técnicas de orientações processo-experienciais, interpessoais, centradas nas pessoas ou psicodinâmicas. Por outro lado, Meichenbaum, Ellis e Judith e Aaron Beck integraram técnicas cognitivas, comportamentais e comportamentais-dialéticas. Ainda todos terapeutas experientes, excepto Perls, utilizaram elevados níveis de técnicas de fatores comuns.

Num estudo exploratório Castonguay et al., (2017) investigaram se 7 terapeutas são capazes de prever e recordar com precisão as intervenções utilizadas ao longo do tratamento para um determinado paciente. Após a sessão 3 os resultados demonstraram que os terapeutas foram capazes de prever com precisão as intervenções que iriam utilizar, bem como eram capazes de recordar as intervenções que utilizaram em terapia. Tal pode indicar que após os

terapeutas desenvolverem uma sensação de como é trabalhar com um determinado paciente nas primeiras sessões, estabelecem um plano de tratamento e são capazes de trabalhar de forma consistente com o plano delineado.

Um outro estudo de carácter descritivo e exploratório pretendeu estudar pacientes americanos nativos. Esta é considerada uma população pouco estudada na área de processos de psicoterapia, sendo o estudo de Bietel et al., (2018) dos primeiros a aplicar um instrumento de processos de psicoterapia nesta amostra. O objetivo principal foi descrever o uso de intervenções em psicoterapia para americanos nativos. Para esse fim, foram avaliados 93 pacientes somente numa sessão. Os resultados indicam que a abordagem dos fatores comuns foram as intervenções mais relatadas, seguida de intervenções centradas na pessoa e interpessoais. Em contraste, intervenções consideradas mais confrontativas, desafiantes e/ou indutoras de ansiedade foram utilizadas em menor grau, como as intervenções comportamentais, psicodinâmicas e processo-experienciais. Contudo os terapeutas foram integrativos, tendo utilizado intervenções de todas as abordagens terapêuticas.

## **Variáveis que influenciam as Intervenções do Terapeuta**

### **Resistência e Diagnóstico do Paciente**

O estudo de Zickgraf et al., (2015) procurou compreender o que poderia influenciar a aderência por parte do terapeuta a um tratamento manualizado. Para este efeito examinaram se a resistência, severidade do transtorno, comorbidade, e variáveis interpessoais poderiam interferir na adesão a um protocolo de terapia de controlo do pânico (PCT), sendo considerado o primeiro estudo a examinar a relação entre adesão do terapeuta e resistência. A MULTI, foi aplicada para medir a adesão dos terapeutas, mais especificamente o uso de intervenções que não pertenciam ao protocolo. Os observadores assistiram e cotaram vídeos da sexta sessão de um protocolo de 24 sessões, e classificaram a adesão dos terapeutas.

Os resultados revelaram que a resistência (e.g., rejeição do modelo de terapia, relutância durante as sessões, menosprezar o terapeuta, reclamar sobre o terapeuta ou terapia), em pacientes com transtorno do pânico, prejudicou a capacidade do terapeuta na adesão do protocolo do tratamento, o que conduziu a uma maior propensão para a utilização de intervenções de outras abordagens terapêuticas. Os traços do Eixo II (perturbações da personalidade) dos pacientes também dificultaram a adesão ao protocolo do tratamento, embora

tal só se tenha observado em alguns terapeutas. Ainda uma aliança terapêutica forte estabelecida na fase inicial foi preditiva de uma melhor adesão, contudo esses resultados foram inconsistentes entre os terapeutas.

Também no estudo de Bietel et al., (2018) o uso da intervenção foi afetado pelo diagnóstico do paciente, sendo que a presença de PTSD influenciou a utilização de intervenções comportamentais e menor utilização de intervenções Dialético-Comportamentais.

### **Orientação pessoal e orientação do supervisor**

Embora tenham sido conduzidos estudos relativos à orientação pessoal do terapeuta, as intervenções utilizadas em sessões e o alinhamento entre a orientação do terapeuta e do supervisor, há poucos estudos sobre como estas variáveis interagem entre si e influenciam a qualidade da sessão.

O estudo anteriormente referido de Boswell et al., (2010) também propôs estudar a influência da orientação pessoal do terapeuta e do supervisor, e a relação entre intervenções do terapeuta e os resultados da sessão. Os autores descobriram que a orientação pessoal do terapeuta e a orientação do supervisor não estavam significativamente relacionadas com a utilização das intervenções.

McAleavey, Castonguay, & Xiao (2014) pretenderam expandir o estudo de Boswell et al. (2010). Para tal examinaram a relação entre a orientação do supervisor, orientação pessoal do terapeuta em treino e a qualidade da sessão. A amostra consistiu em 328 sessões de 26 pacientes e 11 terapeutas, os pacientes preencheram medidas de qualidade da sessão e os terapeutas identificaram as intervenções utilizadas com o MULTI após a sessão. As intervenções de terapia psicodinâmica, cognitiva e experiencial, foram influenciadas pelas orientações do terapeuta e/ou supervisor na qualidade da sessão. Níveis altos de intervenções cognitivas só foram associadas a melhores resultados quando o terapeuta e o supervisor eram ambos muito orientados para terapia cognitiva. Estes resultados indicam que a ênfase nas técnicas de CT pode ser útil, mas somente quando o terapeuta e o supervisor são competentes. O uso maior que o habitual de intervenções de terapia psicodinâmica esteve associado a reduções na qualidade, principalmente quando o supervisor era muito orientado para a abordagem, psicodinâmica. Estes resultados são semelhantes ao estudo de McCarthy (2009) e McCarthy, Keefe & Barber, (2016), uma vez que demonstram que no que diz respeito

à abordagem psicodinâmica, o uso elevado de intervenções desta abordagem pode ser problemático para o paciente.

### **Intervenções do Terapeuta e outros Processos Terapêuticos**

Embora pertinentes, os estudos anteriores não explicam como as intervenções se relacionam com os resultados. A relação entre intervenções e resultados é complexa, sendo necessário compreender melhor as associações entre o uso de intervenções específicas, os processos dos pacientes e os resultados (Barber et al., 2009; Kazdin, 2007). Dadas estas lacunas, algumas investigações que utilizaram o MULTI propuseram estudar o impacto das intervenções em processos como a aliança terapêutica, a experiência emocional, a auto-compreensão/insight, e funcionamento reflexivo, sendo que estes processos desempenham um papel fundamental em muitas abordagens terapêuticas.

#### **Aliança terapêutica**

O papel da aliança sobre os resultados, tem vindo a ser demonstrado de forma consistente em diversas orientações teóricas, sendo considerado um mecanismo muito importante no processo de mudança (Safran et al., 2014; Horvath et al., 2011; Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Solomonov et al., (2017) examinaram a relação entre a aliança terapêutica e o uso de intervenções em diferentes fases da primeira metade de uma terapia de abordagem psicodinâmica de suporte-expressivo (SET) para a depressão (Semana 2, 4 e 8). Os resultados revelaram que os terapeutas tendem a ser moderadamente consistentes no uso de intervenções específicas, mas que são mais flexíveis no uso de técnicas de factores comuns, modulando o seu uso no decorrer do tratamento, com base na qualidade da aliança terapêutica estabelecida com os seus pacientes. Especificamente, os terapeutas tendiam a utilizar níveis mais altos de intervenções de factores comuns na semana 2 e na semana 8 e níveis mais baixos na semana 4.

Foi encontrada uma relação entre aliança de trabalho e intervenções. Quando os terapeutas utilizaram níveis mais altos de intervenções de factores comuns no início do tratamento, os pacientes relataram posteriormente uma aliança de trabalho mais forte (Semana 8). Ainda, os terapeutas apresentaram uma maior propensão a usar níveis mais altos de

intervenções de fatores comuns com pacientes com os quais eles estabeleceram uma aliança mais forte no início do tratamento (Semana 2).

Ainda os resultados indicam que o uso frequente de intervenções de fatores comuns no início do tratamento, são mais facilitadoras do desenvolvimento de uma aliança terapêutica sólida em sessões posteriores, em comparação com o uso de intervenções específicas. Também é importante assinalar que no estudo de Solomonov (2017) não foi encontrada uma correlação significativa entre a aliança e uso de técnicas na fase inicial do tratamento (semana 2). É possível que o uso de técnicas de fatores comuns não tenha um efeito imediato sobre a aliança, mas que o seu uso cumulativo contribua posteriormente para o desenvolvimento da aliança terapêutica.

Uma limitação dos estudos da meta-análise de Ackerman e Hilsenroth (2003) e do estudo de Solomonov et al., (2017) é que não explicam como as intervenções do terapeuta e a aliança se influenciam entre si. Para colmatar esta lacuna na literatura, Kivlighan et al., (2018) propuseram testar um modelo sequencial de processos e resultados em psicoterapia, que incluiu as variáveis: sofrimento anterior do paciente; intervenções psicodinâmicas do terapeuta; aliança diádica de trabalho e sofrimento atual do paciente, em diferentes períodos da psicoterapia, de modo a perceber se o nível de sofrimento do paciente influencia a utilização de intervenções psicodinâmicas dos terapeutas. Para este efeito, as intervenções foram classificadas com a MULTI em 114 conjuntos de segmentos de oito sessões em 40 casos de psicoterapia psicodinâmica. Os resultados indicaram que houve um efeito indireto significativo entre o uso de intervenções psicodinâmicas na diminuição do sofrimento do paciente mediado pela aliança de trabalho. Por outras palavras, níveis elevados de angústia no início do tratamento, levaram ao maior uso de intervenções psicodinâmicas por parte do terapeuta, o que contribuiu para níveis mais altos da aliança de trabalho, e que por sua vez conduziu à diminuição do sofrimento do paciente.

A relação entre as técnicas psicodinâmicas e a aliança de trabalho vai ao encontro da revisão de Ackerman e Hilsenroth, (2003), tal pode ser explicado pelo facto de intervenções psicodinâmica como pedir ao paciente para expressar sentimentos que nunca expressou antes, pode facilitar a promoção da aliança de terapêutica, assim como intervenções focadas na relação terapêutica podem ajudar a resolver rupturas na aliança terapêutica e assim melhorar a relação (Safran et al., 2014).

## **Experiência emocional**

Vários estudos revelaram associações significativas entre uma maior experiência emocional e a qualidade do tratamento, assim como o papel importante das intervenções do terapeuta na sua promoção (Town, 2012). A evidência vem de uma meta-análise recente realizada por Diener, Hilsenroth, & Weinberger (2007) na qual indica que a facilitação pelo terapeuta da expressão afetiva do paciente está associada à melhoria do paciente em psicoterapia psicodinâmica a curto prazo.

Recentemente Fisher et al., (2019) realizou um estudo em que aplicou o MULTI, com a finalidade de analisar quais as intervenções utilizadas pelos terapeutas que ajudam a promover a experiência emocional, o autoconhecimento dos pacientes, e o contributo destes processos na melhoria do nível de funcionamento dos pacientes, num tratamento de psicoterapia psicodinâmica. A autora verificou que o uso moderado de intervenções focadas no afeto, estava associada a uma maior experiência emocional dos pacientes. Estes resultados vão ao encontro do estudo de McCarthy, Keefe & Barber, (2016) em que descobriram uma associação entre o uso moderado de intervenções focadas no afeto e resultados do tratamento. A autora explica que é possível que os níveis altos em intervenções focadas no afeto sobrecarregam os pacientes com emoções dolorosas. Por outro lado, quando os terapeutas usam baixos níveis de intervenções focadas no afeto, a capacidade dos pacientes de entrar em contato com as suas emoções é limitada.

## **Insight**

O aumento da compreensão de aspectos do funcionamento psíquico desconhecidos e sua relação com a história de vida de um indivíduo é considerado um mecanismo relevante de mudança essencial em diferentes abordagens terapêuticas (Jennissen, et al, 2018). Mas como é que os terapeutas promovem o insight? Têm vindo a ser realizados alguns estudos que procuram responder a esta questão, contudo a maioria destas investigações foca-se na qualidade e frequência da utilização da interpretação, em particular interpretações da transferência no resultado do tratamento, dado a interpretação ser considerada o principal meio pelo qual o terapeuta tenta facilitar o insight (Timulak & McElvaney, 2013; Connolly Gibbons et al., 2007).

Até á data dois estudos que utilizaram a MULTI focaram-se em analisar as intervenções que promovem o insight. O estudo referido anteriormente de Fisher et al, (2019) procurou também examinar quais as intervenções utilizadas pelos terapeutas que ajudam a promover o

autoconhecimento/insight dos pacientes, em psicoterapia psicodinâmica. Os resultados evidenciaram que o uso de intervenções psicodinâmicas, contribuíram para um aumento nos níveis de autoconhecimento dos pacientes.

Contudo, estes resultados são opostos às descobertas do estudo McAleavey & Castonguay (2013) que utilizaram a MULTI para explorar o uso de intervenções específicas que facilitam a promoção de *insight* em diferentes tratamentos para transtornos de ansiedade e do humor. Os resultados indicaram que o insight diminuía quando o terapeuta incorporava elevados níveis de intervenções de cariz exploratório (e.g., psicodinâmica, focada nas emoções/experienciais, centrada na pessoa), por outro lado o uso de intervenções diretivas (cognitiva, comportamental, dialético-comportamental) contribuiu para o aumento de insight nos pacientes, mas somente na presença de níveis elevados de factores comuns e na ausência de intervenções exploratórias. Estes resultados são inconsistentes com a literatura que tem vindo a associar o uso de intervenções exploratórias, como a interpretação como predictoras da obtenção de insight (Timulak & McElvaney, 2013; Connolly Gibbons et al., 2007). Os autores colocaram em hipótese que esta associação negativa pode ser devida ao facto de quando utilizadas em excesso, o uso destas intervenções, pode dificultar o processamento do material, levando a que o paciente se sinta sobrecarregado e podem até gerar alguma resistência. De fato, certos autores (Clarkin et al., 2006; Gabbard, 2004) sugeriram o uso cauteloso da interpretação para evitar provocar reações negativas dos clientes.

Relativamente ao impacto positivo do uso intervenções de cariz diretivo no insight, os autores explicam estes resultados, colocando como hipótese que o uso elevado de intervenções diretivas pode ser mais produtivo na produção directa de insight, pelo fornecimento de sugestões e interpretações pontuais, e ainda que o papel psicoeducacional pode ajudar os pacientes a obter mais conhecimento sobre si. No entanto os próprios autores referem que é interessante notar que o aumento de insight, ocorreu quando terapeutas utilizaram, níveis elevados de técnicas diretivas, na presença de factores comuns e na ausência de níveis elevados de intervenções exploratórias, sugerindo que uma terapia muito diretiva pode ser mais benéfica que uma psicoterapia mais integrativa.

## **Funcionamento Reflexivo**

O funcionamento reflexivo (FR), ou mentalização, foi identificada como um potencial mecanismo de mudança (Bateman & Fonagy, 2012; Barber, et al, 2013 cit. por Solomonov,

2019) mas este mecanismo é relativamente novo em psicoterapia e, portanto, as investigações ainda são relativamente limitadas (Katznelson, 2014). Solomonov et al., (2019) conduziram um estudo com o objetivo de investigar se o uso de intervenções terapêuticas e a qualidade da aliança de trabalho são variáveis preditoras da melhoria na interpretação das sensações corporais e na Função de Reflexão Específica ao Pânico (PSRF) em tratamentos para o transtorno do pânico. A função reflexiva focada no pânico (PSRF) refere-se à capacidade do paciente em identificar conflitos interpessoais e emocionais que contribuem para os seus sintomas de pânico (Rudden, Meehan & Falkenstrom, 2009).

A amostra consistiu em 161 pacientes que receberam terapia psicodinâmica focada no pânico (PFPP) e terapia cognitivo comportamental (CBT). Os resultados mostraram que tanto em CBT como em PFPP, a utilização de intervenções focadas nas relações interpessoais, como relacionar as problemáticas a nível interpessoal com os sintomas do pânico, apresentaram um maior impacto na melhoria na capacidade da função reflexiva específica do pânico (PSRF) em comparação com o foco nos pensamentos e comportamentos. Além disso, o uso de intervenções psicodinâmicas como explorar os eventos passados do paciente, e o estabelecimento de conexões entre o passado e os sintomas de pânico facilitaram um aumento na PSRF, em CBT. Os resultados também indicaram que em CBT o uso na fase inicial de intervenções focadas no afeto, e da experiência momento-a-momento das sensações corporais estavam associadas à diminuição de interpretações. Estes resultados sugerem que pode ser benéfico incentivar o paciente a focar nas suas emoções e a ser mais consciente da forma como interpreta as sensações corporais à medida que ocorrem durante a sessão.

Os resultados deste estudo, demonstram que em diferentes tratamentos o foco nas relações interpessoais dos pacientes, e o estabelecimento de conexões entre esses relacionamentos e sintomas de pânico, predizem as melhorias na capacidade de PSRF dos pacientes. No entanto os autores salientam que houve diferenças significativas no modo como os dois tratamentos trabalharam o foco interpessoal. Em CBT os terapeutas tendem a identificar os comportamentos dos pacientes nas relações interpessoais como potenciais desencadeadores de sintomas do pânico, e ofereceram alternativas para lidar com as problemáticas interpessoais. Em contraste, os terapeutas da PFPP foram mais propensos a explorar os padrões interpessoais de forma a identificar conexões entre os sintomas atuais do paciente e as dificuldades de vinculação nos relacionamentos mais duradouros.

## **Mudanças de Narrativa**

Nas duas últimas décadas os investigadores começaram a demonstrar o papel dos processos de narrativa-emocional (NE-P) na mudança do paciente em psicoterapia (Angus & Kagan, 2013). Vários estudos sobre esta temática, estudaram o contributo de diferentes processos narrativos nos resultados, e analisaram a relação entre os processos narrativos e outras medidas de processo terapêutico (Aleixo, 2018). Estes estudos têm vindo a demonstrar o papel dos terapeutas nas mudanças de narrativa, contudo poucos identificam especificamente as intervenções que contribuem para a mudança de narrativa produtiva. Neste sentido o estudo de Duarte (2019) visou identificar as intervenções utilizadas por terapeutas experientes que facilitaram a mudança de narrativa produtiva identificadas através do Narrative-Emotion Process Coding System, em 20 sessões gravadas em vídeo, da American Psychological Association (APA) de 12 abordagens diferentes. Os resultados indicaram que as intervenções com foco no aqui-e-agora e nas emoções (e.g; exploração de emoções do paciente no aqui-e-agora, incentivar o paciente a falar sobre emoções evitadas, identificação de emoções) e a utilização de intervenções dirigidas para o funcionamento interpessoal, mais especificamente a identificação de padrões relacionais problemáticos do paciente, e incentivar o paciente a explorar os seus relacionamentos, foram as intervenções utilizadas com mais frequência nos incidentes de mudança de narrativa produtiva pelos terapeutas.

## **Conclusão**

A presente revisão pretendeu apresentar a contribuição de estudos focados no processo psicoterapêutico e nos resultados com base no MULTI. Consideramos que esta revisão sistemática é pertinente pelo facto de ser a primeira que reúne os resultados dos estudos que aplicam do MULTI, tendo demonstrado a validade e o potencial deste instrumento em futuras investigações de processo-resultado. Tendo em conta que esta é uma revisão sistemática dos estudos que usam um instrumento, desenvolvido para classificar intervenções de diversas abordagens terapêuticas, foram encontrados estudos bastante heterogêneos, no que diz respeito a objetivos, delineamentos e estratégias de cotação.

Constatamos que os estudos que utilizaram a MULTI focaram-se em descrever as intervenções utilizadas nas sessões terapêuticas, comparar as intervenções utilizadas em diferentes abordagens, investigar o impacto das intervenções do terapeuta e dos factores comuns na qualidade do tratamento, examinar a associação entre as intervenções e outros

processos terapêuticos do paciente que ocorrem em sessão, e variáveis que influenciam a utilização das intervenções. Também foi possível observar que os estudos variam em termos de estratégias de cotação, havendo estudos que aplicam esta medida a somente uma sessão, a apenas algumas sessões e fases do tratamento, ou ao longo de todo o tratamento, assim como alguns estudos utilizaram somente determinadas subescalas do MULTI, e estudos que utilizam a perspectiva terapeuta ou do observador das intervenções utilizadas.

A revisão indica ainda que o MULTI, apesar de ser usado em diferentes abordagens terapêuticas para avaliar os processos terapêuticos, grande parte dos estudos prioriza o uso da abordagem psicodinâmica. Também foram realizados estudos numa variedade de patologias e problemáticas como o transtorno do pânico, agorafobia, ansiedade, patologia borderline, OCD, perturbações da personalidade, abuso de substância, transtorno bipolar, PTSD entre outros, mas sobretudo em pacientes com depressão.

Os resultados da revisão evidenciam a importância das intervenções utilizadas pelo terapeuta, na melhoria sintomática e do funcionamento do paciente. Estabelecida esta associação, alguns estudos começaram a estudar a influência das intervenções do terapeuta em outros processos terapêuticos que ocorrem na sessão. Assim a literatura também evidencia o papel crucial do terapeuta na promoção de alguns processos terapêuticos como o insight, a aliança terapêutica, a experiência emocional e o funcionamento reflexivo. Relativamente à forma como os terapeutas produzem o insight nos pacientes, os resultados são incongruentes, se por um lado as intervenções de cariz directivo obtiveram um maior impacto, noutra estudo o insight estava associado a intervenções exploratórias. Neste sentido seria pertinente realizar mais estudos para esclarecer estas questões. No que diz respeito à aliança terapêutica, é apontada o uso frequente de fatores comuns no seu desenvolvimento, mas outro estudo também revela o contributo do uso de intervenções psicodinâmicas, para o desenvolvimento de uma aliança terapêutica sólida.

Esta revisão sugere também que algumas intervenções aparentemente identificadas com um modelo específico como promover o insight, o foco nas emoções e trabalhar as relações interpessoais do paciente, surgem em diferentes tipos de tratamento. Verificou-se que diferentes abordagens tendem a recorrer a intervenções experienciais, focadas no afeto, de modo a trabalhar as emoções do paciente. Sendo que tanto em abordagens psicodinâmicas como em abordagens cognitivas, foram utilizadas intervenções focadas nas emoções. A utilização de intervenções experienciais contribuiu em ambas as abordagens para melhores resultados. Contudo são necessários mais estudos para replicar estes resultados em diferentes abordagens terapêuticas e amostras.

Também alguns estudos salientam o benefício do uso de intervenções focadas no funcionamento interpessoal do paciente em diferentes abordagens, tal pode ser explicado pelo facto de um dos motivos mais comuns pelos quais os pacientes procuram terapia, deve-se a dificuldades a nível de relacionamentos, que por vezes se manifestam nos sintomas, sendo importante explorar as relações interpessoais para a compreensão da origem e desenvolvimento das suas dificuldades.

Relativamente aos factores comuns, estas são das intervenções mais frequentemente utilizadas por diversos terapeutas, uma vez que facilitam a aplicação de determinadas intervenções e contribuem para o desenvolvimento da aliança terapêutica, no entanto em alguns estudos, a sua utilização não estava associada ao resultado da sessão. Tal sugere que intervenções de factores comuns são necessárias em diferentes tratamentos, mas não suficientes, para a melhoria dos sintomas.

Os estudos da revisão também indicam uma tendência para a integração por parte dos terapeutas, mesmo por parte de terapeutas considerados experientes e identificados com uma determinada modalidade de tratamento. No entanto, o que diversos estudos indicam é que a selecção de intervenções de outras abordagens parece ser baseada na consistência com a abordagem terapêutica original do terapeuta.

Para além disso vários autores concluem que utilizar mais intervenções de uma determinada abordagem, ou seja, uma elevada adesão, nem sempre equivale a melhores resultados, o efeito "*Goldilocks*". Níveis muito baixos de intervenções de qualquer orientação podem não ser suficientes para desencadear mudanças no paciente, por outro lado níveis muito altos de intervenções de uma dada orientação podem representar rigidez técnica e falta de sintonia quanto às necessidades do paciente por parte do terapeuta ou podem abalar e perturbar, pela elicitacão excessiva de material intenso. Contudo o efeito "*goldilock*" somente foi confirmado em psicoterapias psicodinâmicas, e em um estudo em terapia cognitiva, sendo necessário replicar os estudos para outras orientações.

A revisão sugere ainda que a orientação do terapeuta e do supervisor não tem um impacto significativo nas qualidades das sessões, porém em alguns casos, nomeadamente em terapia cognitiva comportamental, experiencial e psicodinâmica, o impacto de técnicas específicas na qualidade da sessão pode depender do alinhamento da orientação do terapeuta e/ou supervisor, sendo, portanto, uma variável importante a ser considerada no treino e na supervisão. Alguns denotam a influência de variáveis diagnósticas, como PTSD e perturbações da personalidade, assim como outras variáveis do paciente como a resistência na utilização das intervenções por parte dos terapeutas.

Algumas sugestões para futuro estudos foram sugeridas, no entanto futuramente é necessário replicar estes estudos, de modo a ampliar os resultados apresentados, em diferentes abordagens terapêuticas, e em amostras diferentes e/ou maiores. A literatura indica que a relação entre intervenções terapêuticas e bons resultados, não é necessariamente linear, apesar de alguns estudos terem tentado desmistificar melhor o impacto das intervenções nos processos terapêuticos, e a sua relação com os resultados, são necessários mais estudos que analisem o impacto das intervenções em determinados mecanismos e o seu impacto nos resultados e que incluem variáveis do terapeuta e do paciente, para assim compreender melhor como as intervenções conduzem à mudança em terapia. Ainda de que forma intervenções de factores comuns completam e interagem com intervenções mais activas (e.g., interpretação) para explicar bons resultados. Para finalizar, de futuro seria crucial realizar mais estudos em diferentes fases de terapia, através de uma metodologia longitudinal, de modo a compreender como é que as intervenções terapêuticas mudam ao longo do tratamento (Barber, 2009).

Apesar dos poucos estudos apresentados na presente revisão, procurou-se conhecer de forma aprofundada o que os terapeutas que promovem bons resultados fazem durante as suas sessões, e como é que as intervenções provocam a mudança, de modo a melhor compreender do processo psicoterapêutico e quais as práticas clínicas mais úteis em psicoterapia.

## Referências

- Ackerman, S., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1-33.
- Aleixo, A. (2018). *Competências Interpessoais do Terapeuta e Mudança Narrativa do Cliente em Sessão*. Dissertação de Mestrado em Especialidade em Psicologia Clínica - ISPA, Lisboa.
- Angus, L., & Kagan, F. (2013). Assessing Client Self-Narrative Change in Emotion-Focused Therapy of Depression: An Intensive Single Case Analysis. *Psychotherapy Theory Research Practice Training, 50*(4), 525-34.
- Banon, E., Perry, J. C., Semeniuk, T., & Bond, M. (2013). Therapist interventions using the Psychodynamic Interventions Rating Scale (PIRS) in dynamic therapy, psychoanalysis and CBT. *Psychotherapy Research 23*(2), 121-36.
- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research, 19*:1, 1-12.

- \*Beitel, M., Myhra, L. L., Gone, J. P., Barber, J. P., Miller, A., Rasband, A., et al. (2018). Psychotherapy with American Indians: An exploration of therapist-rated techniques in three urban clinics. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 55(1), 45-51.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive feature of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: A review of the comparative psychotherapy process literature. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(2), 167-188.
- \*Boswell, J. F., Castonguay, L., & Wasserman, R. H. (2010). Effects of psychotherapy training and intervention use on session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 717-23.
- Brum, E. H., Frizzo, G. B., Gomes, A. G., Silva, M. d., Souza, D. D., & Piccinini, C. A. (2012). Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas)*; 29 (2), 259-269.
- \*Castonguay, L. e. (2017). Clinicians' prediction and recall of therapeutic interventions: practice research network study. *Counselling Psychology Quarterly*.
- Castonguay, L. G., & Hill, C. E. (2017). Introduction. In L. G. Castonguay, & C. E. Hill, *How and Why Are Some Therapists Better Than Others?: Understanding Therapist Effects* (pp. 3-9). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Psychotherapy Research*, 25(3) .
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). Techniques of Treatment: The Moment-to-Moment Interventions. In J. F. Clarkin, F. E. Yeomans, & O. F. Kernberg, *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. (pp. 71-119). Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. In M. J. Lambert, *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 289-333). New Jersey: Wiley & Sons, Inc. .
- Diener, M., Hilsenroth, M., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 936-41.
- \*Duarte, R. (2019). *Intervenções do Terapeuta e Mudança de Narrativa Produtiva do Paciente*. Dissertação de Mestrado em Especialidade em Psicologia Clínica - ISPA, Lisboa.
- \*Fisher, H., Rafaeli, E., Bar-Kalifa, E., Barber, J. P., Solomonov, N., Peri, T., et al. (2019). Therapists' interventions as a predictor of clients' emotional experience, self-understanding, and treatment outcomes. . *Journal of Counseling Psychology*.

- Gabbard, G. O. (2004). Therapeutic Interventions: What Does the Therapist Say and Do? In G. O. Gabbard, *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy: A Basic Text (Core Competencies in Psychotherapy)* (pp. 59-74). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Schamberger, M. (2007). Insight in Psychotherapy: A Review of Empirical Literature. In L. G. Castonguay, & C. E. Hill, *Insight in Psychotherapy* (pp. 143-165). Washington, D.C.: American Psychological Association .
- Goldfried, M., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy Theory Research & Practice, 42*(4), 421-430.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist, 44*(1), 19-29.
- Gumz, A., Neubauer, K., Horstkotte, J. K., Geyer, M., Löwe, B., Löwe, B., et al. (2017). A bottom-up approach to assess verbal therapeutic techniques. Development of the Psychodynamic Interventions List (PIL). *PLoS One, 12*(8).
- Gumz, A., Treese, B., Marx, C., Strauss, B., & Wendt, H. (2015). Measuring verbal psychotherapeutic techniques—A systematic review of intervention characteristics and measures. *Frontiers in Psychology, 6*, 1705.
- Hill, C. E. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 42*(4), 431-442.
- Horvath, A. O., Re, A. C., Fluckiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy Theory Research Practice Training, 48*(1), 9-16.
- Jennissen, S., Huber, J., Ehrenthal, J., Schauenburg, H., & Dinger, U. (2018). Association Between Insight and Outcome of Psychotherapy: Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry, 175*(10), 961- 968.
- Katznelson, H. (2014). Reflective functioning: a review. *Clinical Psychology Review, 34*(2), 107-117.
- Kazdin, A. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*(1):1-27.
- Kazdin, A. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy Research Methods, 19* (4-5), 418-428.
- \*Kivlighan, M. D., Hill, C. E., Ross, K., Kathryn Kline, A. F., & Sauber, E. (2018). Testing a mediation model of psychotherapy process and outcome in psychodynamic psychotherapy: Previous client distress, psychodynamic techniques, dyadic working alliance, and current client distress. *Psychotherapy Research, 29*(2), 1-13.

- Krause, M., & Altimir, C. (2016). Introduction: Current developments in psychotherapy process research. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 201-225.
- \*Kuprian, N., Chui, H., & Barber, J. P. (2017). Effective Therapists in Psychodynamic Therapy for Depression: What Interventions Are Used and How? In L. G. Castonguay, & C. E. Hill, *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. (pp. 235-258). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2013). Introduction and Historical Overview . In M. J. Lambert, *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 3-20). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert, *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 169-218). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- \*McAleavey, A. A., & Castonguay, L. (2014). Therapist orientation, supervisor match, and therapeutic interventions: Implications for session quality in a psychotherapy training PRN. *Counselling and Psychotherapy Research*, 14(3), 192–200.
- \*McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2013). Insight as a Common and Specific Impact of Psychotherapy: Therapist-Reported Exploratory, Directive, and Common Factor Interventions. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 51(2) , 307-317.
- \*McCarthy, K. (2009). *Specific, Common, and Unintended Factors in Psychotherapy: Descriptive and Correlational Approaches to What Creates Change*. Tese de Mestrado em Psicologia - University of Pennsylvania, Filadélfia, Pensilvânia.
- \*McCarthy, K. S., J. R., & Barber, J. P. (2016). Goldilocks on the couch: Moderate levels of psychodynamic and process-experiential technique predict outcome in psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 26(3), 307-17.
- \*McCarthy, K., & Barber, J. P. (2009). The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI): initial report. *Psychotherapy Research*, 19(1), 96-113.
- Peuker, A., Habigzang, L., Koller, S., & Araujo, L. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo* 14 (3), 439-445.
- Rudden, M., Milrod, B., Meehan, K., & Falkenström, F. (2009). Symptom-specific reflective functioning: incorporating psychoanalytic measures into clinical trials. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 57(6), 1473-8 .
- Safran, J. D., & Kraus, J. (2014). Alliance Ruptures, Impasses, and Enactments: A Relational Perspective. *Psychotherapy*, 51(3), 381–387.

- Serralta, F., Nunes, M., & Eizirik, C. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 44-55.
- \*Solomonov, N., Kuprian, N., Zilcha-Mano, S., Gorman, B. S., & Barber, J. P. (2015). What Do Psychotherapy Experts Actually Do in Their Sessions? An Analysis of Psychotherapy Integration in Prototypical Demonstrations. *Journal of Psychotherapy Integration*, 26(2).
- \*Solomonov, N., McCarthy, K. S., Gorman, B. S., & Barber, J. P. (2017). The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions – 30 Items (MULTI-30). *Psychotherapy Research*, 29(5).
- \*Solomonov, N., McCarthy, K. S., Keefe, J. R., Gorman, B. S., Blanchard, M., & Barber, J. P. (2017). Fluctuations in alliance and use of techniques over time: A bidirectional relation between use of “common factors” techniques and the development of the working alliance. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(6), 102-111.
- \*Solomonov, N., van-Doorn, K. A., Lipner, L. M., Gorman, B. S., Milrod, B., Rudden, M. G., et al. (2019). Panic-Focused Reflective Functioning and Comorbid Borderline Traits as Predictors of Change in Quality of Object Relations in Panic Disorder Treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*.
- Stiles, W., Hill, C., & Elliott, R. (2015). Looking both ways. *Psychotherapy Research*, 25(3), 1-12.
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic Therapy : A Guide to Evidence-Based Practice*. New York: Guilford Publications.
- Timulak, L., & McElvaney, R. (2013). Qualitative meta-analysis of insight events in psychotherapy. . *Counselling Psychology Quarterly*, 26(2), 131-150.
- Town, J., McCullough, L., Hardy, G., & Stride, C. (2012). Patient affect experiencing following therapist interventions in short-term dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 22(2), 208-19.
- Wampold, B. E., Baldwin, S. A., Holtforth, M. g., & Imel, Z. E. (2017). What characterizes effective therapists? . In L. G. Castonguay, & C. E. Hill, *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 55-68). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Wampold, B., & Imel, Z. E. (2015). History of Medicine, Methods, and Psychotherapy: Progress and Omissions. In B. Wampold, & Z. E. Imel, *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (pp. 1-36). New York, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- \*Zickgraf, H. F., Chambless, D. L., McCarthy, K. S., Gallop, R., Sharpless, B. A., Milrod, B. L., et al. (2015). Interpersonal Factors Are Associated with Lower Therapist

Adherence in Cognitive-Behavioural Therapy for Panic Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(3) , 272-84.

Ziv-Beiman, S., & Shahar, G. (2015). Psychotherapy Integration. In R. L. Cautin, & S. O. Lilienfeld, *The Encyclopedia of Clinical Psychology*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

\* Estudos empíricos incluídos na revisão de literatura

**Tabela de Estudos Empíricos com o MULTI-60 e o MULTI-30**

<b>Estudo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Tratamento</b>	<b>Método</b>	<b>Instrumentos</b>	<b>Resultados</b>
<b>Kuprian, Chui &amp; Barber (2017)</b>	22 Pacientes com um diagnóstico de Perturbação Depressiva Major 3 Psicólogos clínicos 2 Observadores	SET - cerca de 24 sessões durante 16 semanas;	Cotação das intervenções na 2ª, 4ª, 8ª e penúltima sessão com a perspectiva de observador	MULTI; HRSD; IIP-64	O terapeuta mais bem-sucedido utilizou com maior frequência e mais intensamente intervenções orientadas para o relacionamento interpessoal. No entanto para os três terapeutas, o uso de intervenções orientadas para o relacionamento não previu a diminuição dos sintomas de depressão e dos problemas interpessoais.
<b>McAleavey &amp; Castonguay (2013)</b>	26 Pacientes com um conjunto diversificado de diagnósticos 11 Terapeutas	CBT; psicodinâmica; psicodinâmica/humanista; psiquiátrica ambulatorial geral - Total de 338 sessões;	Cotação das intervenções em todas as sessões com a perspectiva do terapeuta.	MULTI; SIS	O uso das intervenções exploratórias foi associado a um menor insight. Por outro lado, o maior uso de técnicas diretivas estava relacionado a um maior insight, mas apenas quando estavam presentes altos níveis de factores comuns e quando os terapeutas não utilizavam e altos níveis de intervenções exploratórias.

<b>Solomonov et al., (2017)</b>	37 Pacientes com Perturbação Depressiva Major 4 Terapeutas	20 Sessões de terapia psicodinâmica de suporte expressivo (SET) para a depressão durante 16 semanas	Identificação das intervenções em 2 sessões gravadas em vídeo das Semanas 2 (Fase 1), Semana 4 (Fase 2) e Semana 8 (Fase 3), através de 4 subescalas: Factores comuns, psicodinâmica, processo-experiencial e centrada na pessoa. Foi utilizada a perspectiva do observador		Os terapeutas foram moderadamente consistentes no uso de técnicas específicas. Em contraste, eram mais flexíveis, no uso de técnicas de fatores comuns, tendo sido encontrada uma alta variação do uso destas entre as fases. Existe uma relação positiva entre o uso de fatores comuns e a aliança terapêutica, na qual altos níveis de fatores comuns na fase inicial do tratamento, previram posteriormente uma aliança de melhor qualidade. Foi encontrada uma correlação significativa entre o uso de técnicas psicodinâmicas e experienciais sugerindo que estas intervenções são frequentemente usadas em conjunto.
<b>Solomonov et al., (2015)</b>	9 Demonstrações prototípicas de terapeutas especialistas 2 Observadores.	Humanista; Gestalt; CBT; Psicodinâmica; EFT; TREC M CC	Cotação das intervenções em todas as sessões com a perspectiva do observador.	MULTI	Todos os especialistas mostraram níveis moderados de integração psicoterapêutica. Contudo os especialistas tendem a integrar técnicas de abordagens semelhantes às suas. Todos os especialistas, exceto Perls, utilizaram altos níveis de técnicas de fatores comuns.
<b>McCarthy, Keefe &amp; Barber (2016)</b>	33 Pacientes com Perturbação Depressiva Major 4 Psicólogos 5 Observadores	20 Sessões de SET	Identificação das intervenções em 2 sessões da semana 4 com a perspectiva do observador	MULTI; HRSD	Níveis moderados de intervenções psicodinâmicas e experienciais estão associados a melhores resultados, em comparação com níveis mais baixos ou mais altos. As intervenções de fatores comuns foram as mais altas, contudo não foram preditivos de mudanças sintomáticas
<b>McAleavey, Castonguay &amp; Xiao (2014)</b>	26 Pacientes com diversos diagnósticos	CBT; Psicodinâmica/ Humanista - 328 sessões	Identificação das intervenções em todas as sessões com a perspectiva do terapeuta	MULTI; SPS; DPCCQ	A interação entre intervenções e orientação não estava relacionada à qualidade da sessão. O alinhamento

	11 Terapeutas				entre orientação do terapeuta e dos supervisores, não foi associada a melhor qualidade da sessão.
<b>Boswell, Castonguay &amp; Wasserman (2010)</b>	42 Pacientes com diversos diagnósticos 19 Terapeutas	Psicodinâmica, Integrativa, Cognitiva, Humanista, Comportamental e Sistêmica	As intervenções foram cotadas em todas as sessões com a perspectiva do terapeuta	MULTI; SPS; DPCCQ; Questionário para recolher informações relacionadas com o treino dos terapeutas	Os resultados indicaram uma falta de relação entre as variáveis de treinamento e o uso da intervenção, com o resultado da sessão. Algumas intervenções apresentaram uma relação com o resultado da sessão, os pacientes consideraram útil quando os terapeutas identificaram e resolveram dificuldades nas suas relações interpessoais.
<b>Kivlighan et al., (2018)</b>	40 Pacientes 14 Terapeutas 13 Observadores	Psicoterapia psicodinâmica	Foram analisados 114 segmentos de 8 sessões de 40 casos com a perspectiva do observador e com a subescala psicodinâmica da MULTI	MULTI; OQ; IIP; WAI-SR	O uso mais elevado de técnicas psicodinâmicas foi associado a níveis mais elevados da aliança de trabalho, que por sua vez foi associado à diminuição do sofrimento do paciente, conduzindo posteriormente a uma melhor aliança terapêutica Os fatores comuns apresentaram foram as intervenções mais utilizadas.
<b>McCarthy (2009)</b>	<b>Estudo 1</b> 30 Pacientes com TOC 10 Terapeutas.	<b>Estudo 1</b> CBT - 16 Sessões, cada de 120 min	<b>Estudo 1</b> As intervenções foram cotadas na sessão 4 com a perspectiva do paciente e do terapeuta	<b>Estudo 1</b> MULTI; WAI; OCI-R	<b>Estudo 1</b> Níveis moderados de intervenções comportamentais, foram associados a uma melhoria nos sintomas, em comparação com níveis mais altos ou mais baixos. Observou-se uma grande variabilidade, de intervenções de outras abordagens congruentes modelo comportamental (eg., cognitivo, dialética-comportamental e experiencial).

	<p><b>Estudo 2</b> 44 Pacientes com um diagnóstico de Perturbação Depressiva Major 4 Psicólogos 5 Observadpr</p>	<p><b>Estudo 2</b> Terapia psicodinâmica, com um modelo SET para a depressão</p>	<p><b>Estudo 2</b> As intervenções foram cotadas na sessão 4 com a perspectiva do observador</p>	<p><b>Estudo 2</b> WAI; MULTI; HRSD</p>	<p><b>Estudo 2</b> Níveis moderados de intervenções psicodinâmicas e processo-experiencial previram melhores resultados do que níveis mais altos ou mais baixos. Foram utilizadas intervenções de outras orientações congruentes com o modelo psicodinâmico (e.g., Experiencial, Interpessoal)</p> <p>Em ambos os estudos intervenções de Fatores não foram relacionadas à mudança de sintomas.</p>
<p><b>Solomonov et al., (2019)</b></p>	<p>161 Pacientes com transtorno do pânico 24 Terapeutas 2 Observadores</p>	<p>CBT; Psicoterapia Psicodinâmica focada no Pânico 24 Sessões de 45 minutos durante 12 semanas</p>	<p>Identificação das intervenções na semana 1 e 5 a partir de 5 subescalas da MULTI com a perspectiva do observador</p>	<p>MULTI; WAI-SF; PDSS; BBSIQ; Entrevista semiestruturada para aceder ao funcionamento reflexivo</p>	<p>O foco nos pensamentos e comportamentos aumentaram as interpretações incorrectas das sensações corporais. No entanto em TCC, o foco no afeto e na experiência momento-a-momento previu uma redução de interpretações incorrectas. Em ambos os tratamentos, o foco nas relações interpessoais previu melhoria do PRSF, enquanto o foco nos pensamentos e comportamentos previu detrimento na PSRF. Em TCC o foco nas experiências em terapia e nos eventos passados relacionados aos sintomas de pânico contribuíram para a melhoria da PSRF.</p>
<p><b>Beitel et al., (2018)</b></p>	<p>93 Pacientes com diversos diagnósticos 6 Terapeutas</p>	<p>CBT; Sistémica; Eclético/Integrativo – Total de 93 sessões</p>	<p>As intervenções foram cotadas com a perspectiva do terapeuta</p>	<p>MULTI; Questionário Demográfico</p>	<p>A intervenção mais prevalente foi os fatores comuns, por outro lado, intervenções consideradas mais desafiantes foram utilizadas em menor grau, (e.g., Comportamental, Psicodinâmica e Processo-Experiencial).</p>

					A presença de PTSD conduzido a um maior uso de intervenções comportamentais e de níveis mais baixos de intervenções Dialético-Comportamentais.
<b>Zickgraf et al., (2015)</b>	38 Pacientes com transtorno do pânico/agorafobia. 4 Terapeutas 5 Observadores		CBT - 24 sessões As intervenções cotadas na 6ª sessão, com a perspectiva do observador	MULTI; ASI; WAI-S; CRC; ADIS-IV; PCT	A resistência dos pacientes e a presença de traços do Eixo II, afectou a adesão por parte do terapeuta ao manual de tratamento. Uma aliança mais forte foi relacionada a uma melhor adesão do terapeuta, mas esses resultados foram pouco inconsistentes entre os terapeutas.
<b>Castonguay et al., (2017)</b>	30 Pacientes com diversos diagnósticos 7 Terapeutas	Integrativo; CBT; Humanista; Psicodinâmica	Intervenções foram cotadas após a 3ª sessão, e no final da terapia com a perspectiva do terapeuta.	MULTI; DPCCQ; Fornecimento de informações demográficas básicas, sobre participantes	Após a terceira sessão, os terapeutas foram capazes de prever de forma precisa as intervenções que iriam utilizar durante todo processo de terapia com um paciente em particular, assim como foram capazes de lembrar as intervenções utilizadas no final do tratamento.
<b>Solomonov et al., (2018)</b>	33 Pacientes com um diagnóstico de Perturbação Depressiva Major 4 Terapeutas 5 Observadores	SET - 16 semanas	Intervenções foram avaliadas na semana 4 com a perspectiva do observador	MULTI; HRSD	A MULTI-30, demonstrou ser uma medida válida e com uma cobertura de conteúdo adequada. A associação entre intervenções e resultados não foi significativa. Contudo, foi encontrada uma relação significativa entre intervenções psicodinâmicas e processo-experienciais no alívio sintomático.
<b>Fisher et al., (2019)</b> resultados.	115 Pacientes 68 Terapeuta	Psicoterapia psicodinâmica a curto prazo	Intervenções cotadas na perspectiva do terapeuta com duas subescalas: Psicodinâmica e Processo-Experiencial.	ORS; EE-SR; SUS; MULTI	O uso moderado de intervenções focadas nas emoções previu o aumento na experiência emocional e um maior uso de intervenções psicodinâmicas previu um

---

aumento na Auto compreensão, o que mediou a melhoria no funcionamento do paciente.

---

**Duarte & Pires (2019)**

20 Sessões gravadas em vídeo, da American Psychological Association (APA)  
17 Pacientes  
14 Terapeutas

EFT; CBT; AEDP; AFDP; Psicoterapia psicodinâmica; IRT; DBT; RT; BDT; ET; E-HT; COT

Identificação das intervenções utilizadas na perspectiva do observador.

NEPCS 2.0; MULTI

Intervenções com foco no aqui-e-agora, nas emoções, e dirigidas para o funcionamento interpessoal, foram as intervenções utilizadas com mais frequência nos incidentes de mudança de narrativa produtiva pelos terapeutas.

---

## **Artigo Empírico**

Intervenções do Terapeuta e Mudança de Narrativa Produtiva do Paciente em Sessão

## Resumo

**Enquadramento:** Existe uma necessidade de compreender o que os terapeutas fazem para promover determinados processos de mudança em terapia. Dentro desta linha de investigação existe uma carência de estudos empíricos relativamente às intervenções usadas pelo terapeuta na mudança de narrativa produtiva. **Objetivo:** Identificar intervenções utilizadas pelos terapeutas que promovem a mudança de narrativa produtiva. **Método:** Foram analisadas 20 sessões gravadas em vídeo, da American Psychological Association (APA) de 12 abordagens terapêuticas diferentes. O Narrative-Emotion Process Coding System 2.0 foi aplicado para identificar os momentos de mudança de narrativa produtiva. Posteriormente esses momentos foram analisados com o The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions para identificar as intervenções utilizadas pelos terapeutas. **Resultados:** Verificou-se que intervenções com foco no aqui-e-agora e nas emoções, nomeadamente a exploração de emoções do paciente no presente e incentivar o paciente a falar de sobre emoções evitadas, assim como a utilização de intervenções dirigidas para o funcionamento interpessoal, mais especificamente a identificação de padrões relacionais problemáticos do paciente, e encorajar o paciente a examinar os seus relacionamentos interpessoais, foram as intervenções utilizadas com mais frequência nos incidentes de mudança de narrativa produtiva pelos terapeutas.

**Palavras-Chave:** mudanças narrativas, intervenções terapêuticas, processos terapêuticos, psicoterapia

## Abstract

**Background:** There is a need to understand what therapists do to promote certain processes of change in therapy. Following this type of investigation, there is a lack of empirical studies regarding the interventions used by the therapist in moments of productive narrative change.

**Purpose:** Identify interventions used by therapists that promote productive narrative change.

**Method:** 20 video-recorded sessions of the American Psychological Association (APA) from 12 different therapeutic approaches were analyzed. The Narrative-Emotion Process Coding System 2.0 was applied to identify moments of productive narrative change. These moments were analyzed with The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions to identify the interventions used by therapists. **Results:** Interventions focusing on the here-and-now and on emotions, namely exploring the patient's present emotions and encouraging the patient to talk about avoided emotions, as well the use of interventions focused on interpersonal functioning, specifically the identification of the patient's problematic relational patterns, and encourage the patient to examine their interpersonal relationships, were the most frequently used interventions by the therapist in incidents of productive narrative change.

**Keywords:** narrative changes, therapeutic interventions, therapeutic processes, psychotherapy

## Introdução

Durante muitas décadas procurou saber-se se as psicoterapias eram eficazes. Hoje em dia existe considerável consenso no que diz respeito à eficácia da psicoterapia (Lambert, 2013; Peuker et al., 2009; Diener, Hilsenroth & Weinberger, 2007; Serralta et al., 2007), sendo o seu tamanho de efeito médio corresponde ao valor de 0,80. Este resultado indica que as pessoas que beneficiam de psicoterapia estão, em média, 80% melhor, comparativamente com pessoas que não foram submetidas a um tratamento (Wampold & Imel, 2015).

Na última década, o interesse mudou no sentido de perceber sobretudo como é que a psicoterapia é eficaz? E quais fatores que contribuem para a mudança em psicoterapia? (Krause & Altimir, 2016; Gumz et al., 2015; Crits-Christoph et al., 2013; Serralta et al., 2007). Os investigadores tentaram responder a estas questões conduzindo estudos sobre os processos em psicoterapia (Krause & Altimir, 2016; Crit- Christoph et al., 2013; Brum et al., 2012; Kazdin, 2007). As investigações sobre os processos em psicoterapia visam, entender como ocorrem as mudanças ao longo do tratamento, ou seja, o objectivo é identificar e descrever mecanismos de ação terapêutica e fatores envolvidos na mudança do paciente (Brum et al., 2012; Peuker et al., 2009; Serralta et al., 2007; Yoshida, 1998), constituindo um complemento necessário à investigação de resultados.

Alguns fatores e mecanismos têm sido indicados como responsáveis pelos resultados favoráveis em terapia (Yoshida, 1998). Recentemente os investigadores começaram a demonstrar o papel dos processos de narrativa-emocional (NE-P) na mudança do paciente em psicoterapia. A teoria dos processos de narrativa baseia-se no pressuposto de que uma terapia bem-sucedida envolve a articulação, elaboração e transformação da narrativa do paciente resultando numa narrativa mais coerente e integrada (Angus et al., 1999).

A mudança de narrativa é possível através de um processo dialético e co-construtivo, que envolve o contacto e identificação de emoções, e a sua associação a uma determinada pessoa ou problema específico. Este modelo também destaca o papel crucial do processamento reflexivo das experiências pessoais para a elaboração de novos significados e criação de novos auto-conhecimentos, que permitem a promoção de crenças e perspectivas sobre si e sobre os outros, mais adaptativas (Banham & Schweitzer, 2015; Angus & Kagan, 2013; Angus, 2012; Angus et al., 2012; Angus et al., 1999). Alguns estudos referem que os pacientes que recuperaram de depressão e trauma apresentaram uma proporção mais elevada de marcadores de mudança, e, portanto, de integração emocional, enquanto os pacientes que mantiveram os sintomas expressaram uma proporção significativamente mais alta de marcadores de problema,

indicativos de emoções não integradas e desreguladas (Carpenter et al., 2016; Bortiz et al., 2014; Macaulay et al., 2014).

Entre os mecanismos de ação terapêutica, uma das dimensões considerada relevantes para a investigação diz respeito à contribuição das variáveis do terapeuta na eficácia da terapia (Simoni et al., 2018; Lambert, 2013). É consensual que alguns terapeutas alcançam sistematicamente melhores resultados, comparativamente com outros terapeutas, independentemente do tipo de terapia e perturbação do paciente, mas ainda não se sabe o que fazem estes terapeutas durante as suas sessões.

Um aspecto relacionado com as variáveis do terapeuta importante para o processo psicoterapêutico, diz respeito às intervenções utilizadas pelo terapeuta (Simoni et al., 2018; Stiles et al., 2015; Barber, 2009; Goldfried & Davila, 2005; Hill, 2005). Os estudos indicam uma associação significativa entre intervenções com a melhora sintomática, mas ainda é necessário compreender o seu papel na promoção da mudança terapêutica (Goldfried & Davila, 2005) e identificar quais as intervenções que realmente são pertinentes (Barber, 2009).

O MULTI é uma medida destinada a identificar intervenções de múltiplas orientações terapêuticas numa determinada sessão (McCarthy & Barber, 2009). Os estudos que utilizaram este instrumento confirmaram o impacto das intervenções do terapeuta nos resultados do tratamento, e na promoção de alguns processos terapêuticos do paciente que ocorrem em sessão. Estudos que utilizaram o MULTI salientam a importância de focar nos relacionamentos do paciente para a obtenção de bons resultados, através do uso de intervenções como explorar as relações, e associar os relacionamentos interpessoais do paciente aos sintomas (Kuprian et al., 2017; Boswell et al., 2010; McCarthy, 2009), sendo que os resultados do estudo Solomonov et al., (2019) evidenciam o contributo destas intervenções na melhoria do funcionamento reflexivo.

Estes estudos também têm evidenciado o contributo da utilização de intervenções focadas nas emoções, como encorajar o paciente a falar de emoções evitadas e identificar as suas emoções, tanto na abordagem cognitiva como na abordagem psicodinâmica, na obtenção de melhores resultados. Para além disso as intervenções focadas nas emoções facilitam um aumento na experiência emocional e conseqüentemente melhoram o funcionamento do paciente (Fisher et al., 2019). Outros estudos encontraram uma correlação significativa entre o uso de técnicas psicodinâmicas (e.g. interpretação, exploração) e experienciais (e.g. foco em emoções, foco no aqui-e-agora), sugerindo que estas intervenções são frequentemente usadas em conjunto, na produção de bons resultados (Solomonov et al., 2018; McCarthy, Keefe & Barber, 2016; McCarthy, 2009). Tal indica que aprofundar o afecto é uma tarefa crucial em terapia

(Summers & Barber, 2010; Blagys & Hilsenroth, 2000) e que para promover este objetivo tanto a terapia psicodinâmica como cognitiva recorrem a estas intervenções.

Estes resultados são semelhantes com alguns estudos que focaram em investigar as narrativas dos pacientes. No estudo de Carpenter et al., (2016) a implementação de intervenções focadas nas emoções ajudou na mudança de narrativa. Friedlander, (2019) também salienta a exploração das emoções, como uma das intervenções que facilitou a mudança de narrativa. Boritz et al., (2014) também enfatiza o uso de intervenções experienciais com foco no aqui-e-agora.

Estes estudos vão ao encontro da literatura, na qual Angus et al., (2012) sugerem o foco na emoção por parte do terapeuta para ajudar os pacientes a associar emoções a um determinado contexto narrativo, a especificar, compreender, e organizar as experiências emocionais traumáticas e angustiantes (Carpenter et al., 2016).

Constatada a relevância de: a) estudar as intervenções do terapeuta no processo de mudança b) necessidade de melhor compreender o que os terapeutas mais eficazes fazem nas suas sessões, e c) dada a carência de estudos empíricos relativos a estratégias específicas que ajudam os pacientes a mudar para narrativas mais produtivas (Angus, 2012). O presente estudo procurou analisar 20 videos de terapeutas considerados experientes e analisar a nível micro as intervenções facilitadoras de incidentes de mudanças narrativas produtivas. Tendo em conta que é o primeiro estudo deste tipo, trata-se de um estudo exploratório. Pretende-se que este estudo ajude a compreender melhor o processo de mudança de psicoterapia e responder à seguinte questão: O que fazem os terapeutas experientes e eficazes durante as suas sessões que conduz à mudança? De modo a conhecer práticas específicas eficazes em psicoterapia (Gumz et al., 2015; Stiles et al., 2015).

## Método

### Participantes

Foram analisadas 20 sessões de psicoterapia individual gravadas em vídeo (Tabela 1) da *American Psychological Association* (APA). No total são 17 pacientes [4 homens e 13 mulheres]. À exceção de uma díade terapêutica [Greenberg, Leslie - B (sessão 1) e Greenberg, Leslie - B (sessão 2)], a maioria dos vídeos é composta por díades terapêuticas diferentes. Em 3 díades terapêuticas, três terapeutas diferentes acompanharam a mesma paciente (McWilliams, Nancy - A; Greenberg, Leslie - A e Beck, Judith- A). Na grande maioria dos casos correspondem a sessões únicas com aquele paciente e não dispomos de informações suplementares sobre os pacientes.

Tabela 1. Lista das Sessões Analisadas

<b>Terapeuta – Cliente</b>	<b>Terapia</b>
Greenberg, Leslie – A	<i>Emotion Focused Therapy</i> (EFT)
Greenberg, Leslie – B (sessão 1)	<i>Emotion Focused Therapy</i> (EFT)
Greenberg, Leslie – B (sessão 2)	<i>Emotion Focused Therapy</i> (EFT)
Goldman, Rhonda – C	<i>Emotion Focused Therapy</i> (EFT)
McWilliams, Nancy - A	<i>Psychoanalytic Therapy</i> (PT)
McWilliams, Nancy - D	<i>Psychoanalytic Therapy</i> (PT)
Craske, Michelle - E	<i>Cognitive Behavior Therapy</i> (CBT)
Fosha, Diana – F ( <i>male client</i> )	<i>Acelerated Experiential Dynamic Psychotherapy</i> (AEDP)
Fosha, Diana – G ( <i>female client</i> )	<i>Acelerated Experiential Dynamic Psychotherapy</i> (AEDP)
Wachtel, Paul - H	<i>Integrative Relational Psychotherapy</i> (IRT)
Safran, Jeremy - I	<i>Relational Psychotherapy</i> (RT)
Messer, Stanley - J	<i>Brief Dynamic Therapy</i> (BDT)
Schneider, Kirk - K	<i>Existential Therapy</i> (ET)
Bugental, James - L	<i>Existential Humanistic Psychotherapy</i> (E-HT)

Bugental, James - M	<i>Existential Humanistic Psychotherapy</i> (E-HT)
Ecker, Bruce - N	<i>Coherence Therapy</i> (COT)
Chapman, Alexander - O	<i>Dialectical Behavior Therapy</i> (DBT)
McCullough, Leigh – P ( <i>male client</i> )	<i>Affect Focused Dynamic Psychotherapy</i> (AFDP)
McCullough, Leigh – Q ( <i>female client</i> )	<i>Affect Focused Dynamic Psychotherapy</i> (AFDP)
Beck, Judith – A	<i>Cognitive Behavior Therapy</i> (CBT)

---

## **Terapeutas**

As sessões foram conduzidas por 14 terapeutas [8 homens e 6 mulheres] considerados experientes numa determinada abordagem terapêutica.

## **Terapia**

As sessões foram selecionadas com o objectivo de analisar uma variedade de terapias mais praticadas e reconhecidas, por terapeutas considerados experientes. No total, foram visualizados 12 tipos de terapias diferentes. Das 20 sessões, 2 sessões são de Psicoterapia Psicanalítica (PT), 1 sessão de Terapia Dinâmica Breve (BDT), 1 sessão de Psicoterapia Relacional (RT), 1 sessão de Psicoterapia Relacional Integrativa (IRT), 2 sessões de Psicoterapia Dinâmica Focada nos Afetos (AFDP), 2 sessões de Psicoterapia Dinâmica Experiencial Acelerada (AEDP), 4 sessões são de Terapia Focada nas Emoções (EFT), 1 sessão de Terapia Existencial (ET), 2 sessões de Psicoterapia Humanista-Existencial (E-HT), 1 sessão de Terapia da Coerência (COT), 2 sessões de Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT), e 1 sessão de Terapia Comportamental Dialética (DBT). De referir que as sessões correspondem a primeiras ou segundas sessões gravadas em vídeo com pacientes reais e para fins pedagógicos.

## **Instrumentos**

*Narrative-Emotion Process Coding System 2.0* (NEPCS 2.0; Angus Narrative-Emotion Marker Lab, 2015). O NEPCS 2.0 é um sistema de codificação utilizado por observadores

externos, para avaliar minuto-a-minuto o comportamento linguístico e paralinguístico de pacientes em sessões de psicoterapia gravadas em vídeo (Macaulay et al., 2014).

A codificação do NPCCS envolve a identificação de três categorias principais, que caracterizam diferentes modos de processamento narrativo e emocional a referir: marcadores de problema, marcadores de transição e marcadores de mudança, cada um dos quais compostos por vários subtipos de marcadores (as definições são fornecidas no Anexo A). Os marcadores de problema (Same Old Story, Empty Story, Unstoried Emotion, Superficial Story) representam histórias narrativas abstratas, repetitivas, rígidas, factuais, com foco no externo ou limitadas em significado. Os marcadores de problemas refletem processos subjacentes, que podem estar envolvidos na manutenção do problema, e são improdutivos para a mudança terapêutica. Por outro lado, os marcadores de transição (Reflective Story, Competing Plotlines, Inchoate Story, Experiential Story,) caracterizam-se por um envolvimento reflexivo e auto-focado, expressões emocionais diferenciadas, e histórias pessoais marcadas pela exploração centrada no presente, que desafiam as premissas centrais da história antiga. Por fim, os marcadores de mudança (Unexpected Outcome, Discovery Story) correspondem a mudanças adaptativas, à obtenção de novos entendimentos, significados, ações e visões mais integradas de si (Friedlander, 2019; Angus Narrative-Emotion Marker Lab, 2015; Angus et al., 2016). Os marcadores do NEPCS diferem entre si, de acordo com o conteúdo narrativo, o modo de expressão da narrativa, o processamento emocional e a criação e integração de novos significados em sessão de psicoterapia (Angus et al., 2016; Aleixo, 2018; Macaulay et al., 2014).

Cada segmento de tempo de um minuto da sessão de psicoterapia gravada em vídeo, é codificada por um marcador. Caso surjam vários marcadores no mesmo segmento, é codificado o marcador mais saliente. Quando o terapeuta fala mais de 30s do segmento de 1 minuto, é cotado “*no client marker*” (Aleixo, 2018; Macaulay et al., 2014).

No que diz respeito às propriedades psicométrica, diversos estudos anteriores têm demonstrado bons níveis de concordância inter-avaliadores ( $k \geq 0,75$ ) (Angus e Hardtke, 2016; Carpenter et al., 2016; Boritz et al., 2013).

*Multitheoretical List of Therapeutic Interventions* (MULTI, McCarthy & Barber, 2009). O MULTI é um instrumento que foi desenvolvido para avaliar intervenções de diferentes abordagens terapêuticas numa sessão de psicoterapia, partir da perspectiva de terapeutas, pacientes e observadores (McCarthy & Barber, 2009). No presente estudo, as intervenções foram somente avaliadas por um observador (Anexo C).

Este instrumento é composto por 60 intervenções agrupadas em oito subescalas, que representam diferentes orientações terapêuticas, a referir: cognitiva, comportamental, dialéctica-comportamental, interpessoal, centrada na pessoa, psicodinâmica, experiencial e factores comuns (McCarthy & Barber, 2009). As subescalas do MULTI foram criadas pelo agrupamento de itens que descrevem intervenções consideradas representativas de cada uma das oito orientações teóricas, com base numa revisão de literatura sobre psicoterapia (e.g., livros de terapia, manuais de tratamento, artigos teóricos, medidas de adesão) e nas opiniões de especialistas contactados (McCarthy & Barber, 2009; Gumz et al., 2015). Os itens do MULTI descrevem um comportamento por parte do terapeuta que pode ou não ter ocorrido numa determinada sessão (e.g., “*My therapist pointed out recurring themes or problems in my relationships*”; “*My therapist encouraged me to talk about feelings I had previously avoided or never expressed*”; “*My therapist encouraged me to change specific behaviors.*”) e são classificados numa escala tipo Likert de 5 pontos com base no quanto típica cada intervenção foi durante a sessão (1 = not at all typical of the session to 5 = very typical of the session) (Solomonov et al., 2018; McAlevey & Castonguay 2013). Tendo em conta que neste estudo se pretende somente estudar as intervenções utilizadas nos momentos em que ocorre uma mudança de narrativa produtiva não se utilizou a escala Likert para qualificar as intervenções.

Relativamente às propriedades psicométricas, estudos anteriores têm evidenciado uma fiabilidade boa a excelente, apresentado um grau intra-avaliadores que varia entre 0,60 a 0,90 (Solomonov et al., 2018).

## **Procedimento**

A primeira etapa deste estudo, consistiu num estudo aprofundado da NEPCS 2.0, com base na leitura de artigos científicos e estudo do manual, de forma a alcançar uma maior familiarização e compreensão relativamente à sua aplicação. Posteriormente procedeu-se a uma fase de treino do instrumento entre duas avaliadoras independentes para a correcta classificação das narrativas dos pacientes e para calcular o nível de concordância inter-avaliadores. Este processo consistiu na análise de 7 sessões de psicoterapia, a referir: Wachtel, Paul - H; Fosha, Diana - F; Ecker, Bruce - N; McWilliams, Nancy - D; Greenberg, Leslie - B ( sessão 1 ) ; Greenberg, Leslie - B ( sessão 2); Goldman, Rhonda - C, até se atingir um bom grau de concordância inter-avaliadores. A cotação de segmentos que suscitaram dúvidas e em que surgiram discrepâncias foram discutidas com a avaliadora mais experiente e com o orientador de dissertação, para atingir uma maior fiabilidade na aplicação do instrumento. De referir que inicialmente a classificação dos vídeos procedeu-se de acordo com os 10 marcadores do NEPCS

2.0, contudo devido a um excessivo consumo de tempo e dado os baixos valores de concordância intra-avaliadores, optou-se por utilizar os 3 marcadores principais, uma vez que tal não iria influenciar o levantamento final dos incidentes de mudança de narrativa produtiva. Após finalizar a fase de treino procedeu-se à aplicação do NEPCS 2.0, a todas as 20 sessões gravadas em vídeo, obtendo-se excelente nível de concordância inter-avaliadores com um valor de 90,88 %.

Concluída a codificação do NEPCS 2.0 em todas as 20 sessões, foi realizado um levantamento de todos os momentos em que ocorreram mudanças de narrativas produtivas, com o objectivo de identificar quais as intervenções dos terapeutas que ajudaram a promover a mudanças narrativa produtivas do paciente. Após identificados os momentos de mudança de narrativa produtiva, foi feita a transcrição e cotação das intervenções dos terapeutas precedentes a esse momento, com recurso ao instrumento MULTI.

Previamente à aplicação da MULTI, foi realizada uma fase de treino com o intuito de obter um maior entendimento do funcionamento do instrumento. Desta forma efectuou-se primeiro um estudo do instrumento através da leitura da folha de cotação, e de artigos relativos às abordagens terapêuticas dos vídeos, de modo a aprofundar os conhecimentos sobre as intervenções das respectivas abordagens e adquirir uma maior familiarização na identificação dos mesmos. Posteriormente procedeu-se ao treino do MULTI pela cotação de alguns vídeos a referir: Safran, Jeremy - I; Messer, Stanley - J; Mcwilliams, Nancy - A; Beck, Judith - A; Chapman, Alexander - O; Crask, Michelle - E; James, Bugental - L; Fosha, Diana – F. Os resultados foram discutidos com uma segunda pessoa mais experiente (o orientador de dissertação) de modo a colmatar a lacuna deste requisito e assim atingir uma maior fiabilidade.

Durante o treino decidiu-se que dada a natureza geral de algumas intervenções da MULTI, seria importante categorizar determinadas intervenções, de modo a melhor diferenciar e captar as mesmas, e assim obter uma compreensão mais aprofundada e enriquecedora das intervenções utilizadas pelos terapeutas. Neste sentido foram criadas subcategorias que fornecem uma descrição mais específica do conteúdo/natureza de determinadas intervenções, como *“The therapist asked for a feedback about the session.”* ou *“The therapist focused on here-and-now therapeutic relationship.”*

Depois de alcançada suficiente familiarização na utilização do instrumento, foi aplicado o MULTI a todas as intervenções dos terapeutas nos momentos anteriormente seleccionados, nas 20 sessões gravadas em vídeo. É importante destacar que na maioria dos casos as intervenções foram cotadas nos momentos precedentes imediatos em que ocorreu a mudança. No entanto em outros casos foi necessário cotar mais do que uma intervenção narrativa, por terem sido

consideradas importantes na promoção da mudança de shift, sendo que por vezes essas intervenções ocorriam no minuto anterior. No final da cotação e categorização das intervenções utilizadas por cada terapeuta que facilitaram as mudanças de narrativas produtivas, foram identificadas as intervenções mais utilizadas por todos os terapeutas.

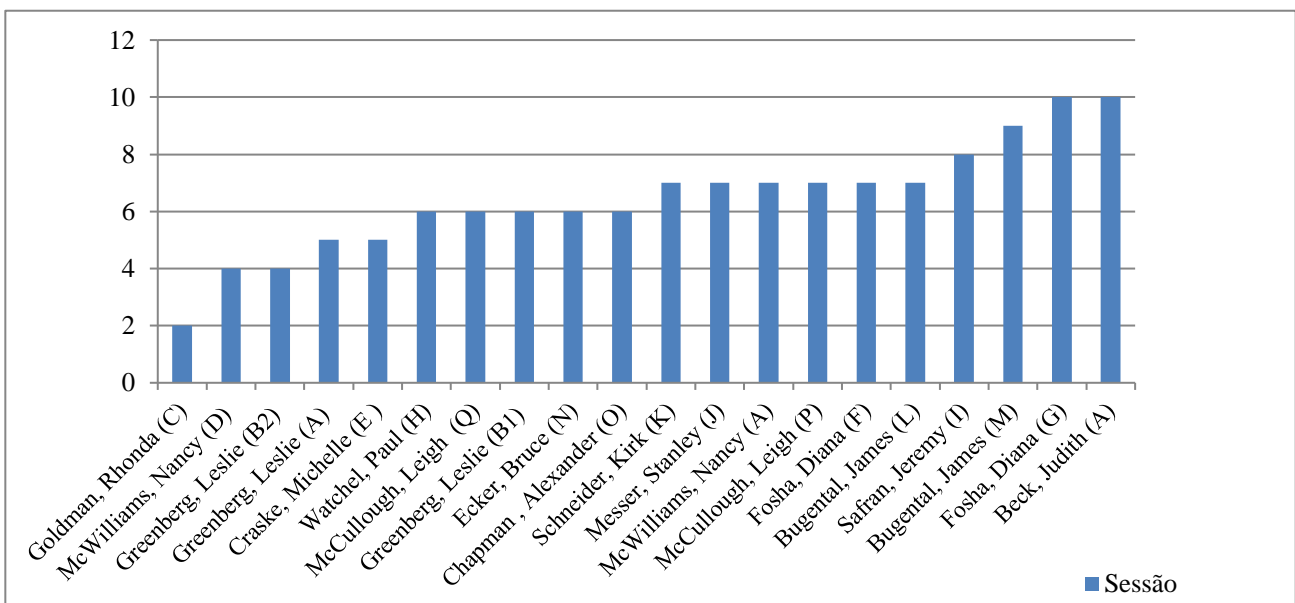
Posteriormente, foi calculado o grau de concordância inter-avaliadores, com uma segunda observadora, sendo que este estudo obteve um bom nível de concordância com um valor de 87,8%, conferindo validade ao estudo.

## Resultados

### Mudanças narrativas produtivas ocorridas em cada sessão

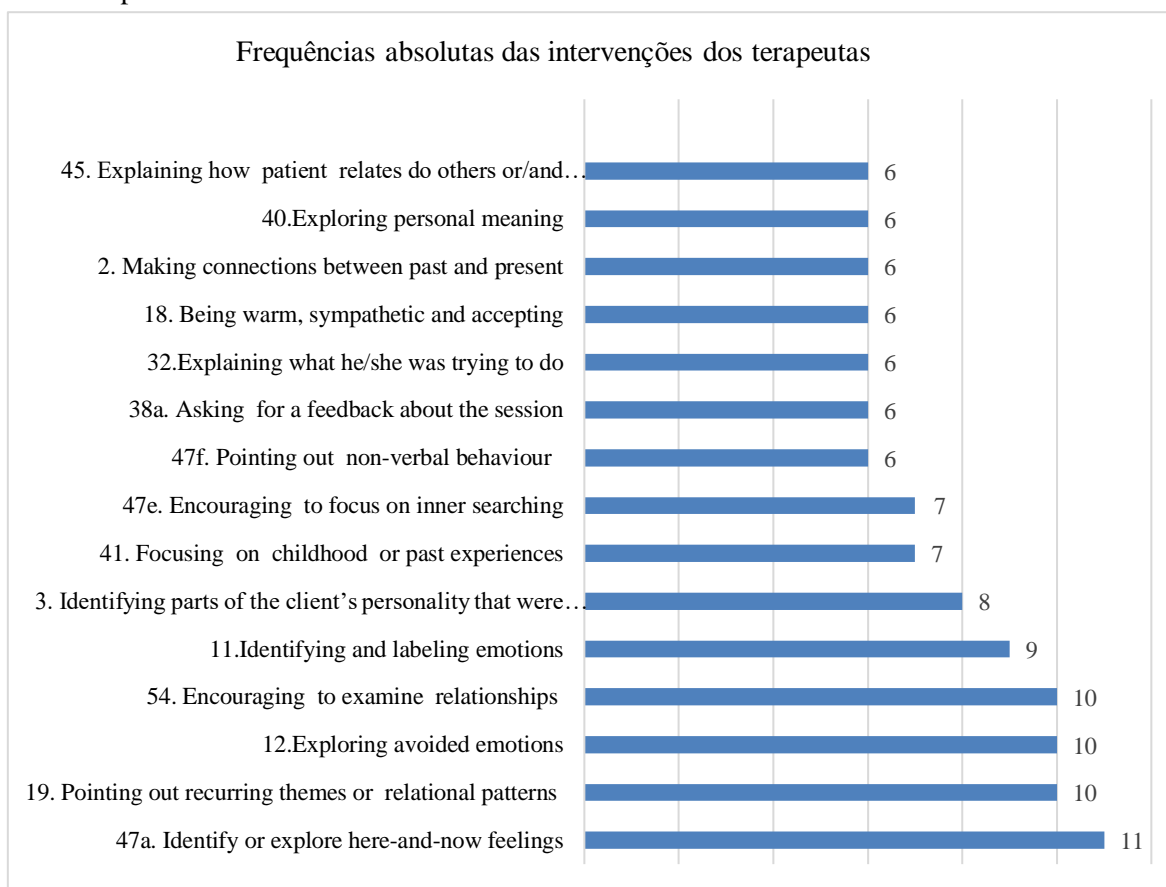
O gráfico 1 ilustra o número de mudanças narrativas produtivas ocorridas em cada sessão, sendo que ao total foram identificadas 157 mudanças de narrativas produtivas. É possível observar uma grande variabilidade em termos do número de mudanças narrativas produtivas por parte dos pacientes, contudo é possível verificar que os terapeutas Judith Beck, Diana Fosha, James Bugental e Jeremy Safran foram aqueles que obtiveram um maior número de mudanças de narrativa produtiva.

Gráfico 1. Frequência Absoluta das Mudanças Narrativas Produtivas em Cada Sessão



## Intervenções do terapeuta que contribuem para mudanças narrativas produtivas

Gráfico 2. Frequências absolutas das intervenções dos terapeutas nos momentos de mudança de narrativa produtiva



As intervenções que ajudam à ocorrência de mudanças narrativas produtivas dos pacientes em sessão, são evidenciadas no gráfico 2, que destaca as 15 intervenções utilizadas com maior frequência nos momentos de mudança de narrativa produtiva. A partir deste gráfico é possível observar que a intervenção utilizada com mais frequência diz respeito à identificação de emoções no aqui-e-agora (47a), seguida da identificação de temas, problemas ou padrões relacionais (19), da exploração de emoções evitadas (12), e do encorajamento a examinar os relacionamentos interpessoais (54)

Também de destacam as seguintes intervenções: identificar e nomear sentimentos (11); a identificação de partes da personalidade que estavam em conflito (3); examinar relacionamentos (54); o foco no passado ou infância (41); a exploração do significado pessoal de uma determinada situação ou sentimento (40); o estabelecimento de ligações entre a situação atual e o passado (2); ser caloroso, compreensivo e aceitante (18); explicar o que está a tentar

fazer (32); pedir um feedback da sessão (38a); comentar a linguagem não verbal do paciente como linguagem corporal, tom de voz ou outros indicadores de estados emocionais (47f) e encorajamento à exploração interna (47e).

### **Análise qualitativa: Intervenções-chave utilizadas por terapeutas experientes**

De seguida são apresentadas as intervenções-chave mais frequentemente utilizadas pelos terapeutas experientes nos incidentes de mudança de narrativa produtiva ao longo das 20 sessões. Algumas das intervenções mais usadas foram agrupadas na mesma categoria dada a semelhança que possuem entre si. As descrições das intervenções-chave são acompanhadas por tabelas com exemplos clínicos, de forma a melhor ilustrar a utilização das respectivas intervenções na prática clínica.

### **Intervenções momento-a- momento ou aqui-e agora**

Ao observar a Figura 1 é possível constatar a utilização frequente de intervenções focadas no momento-a-momento na promoção de incidentes de mudança de narrativa produtiva. Mais especificamente destaca-se o foco de emoções no aqui-e-agora, que permitem ao paciente aceder, experienciar e processar as suas emoções centrais no espaço terapêutico. Os terapeutas experientes também recorreram frequentemente a outras intervenções focadas no momento-a-momento durante as suas sessões, como apontar o comportamento não-verbal dos pacientes, visando ajudá-los a tomarem consciência e aprofundarem a experiência de si próprios. Assim como incentivaram os pacientes a focar na exploração interna de modo a ajudá-los a entrar em contacto com o seu mundo interno.

<b>Terapeuta</b>	<b>Exemplo de intervenção utilizada</b>
<b>Chapman, A. (O)</b>	<i>Quando fala sobre isso agora, sente alguma agitação a surgir de novo?</i> (47a)
<b>Greenberg, L. (B1)</b>	<i>O que sente por ela agora?</i> (47a)
<b>Ecker, B. (N)</b>	<i>O que está a sentir agora?</i> (47a)
<b>Fosha, D. (G)</b>	<i>Permaneça com isso por um momento, vamos honrar isso e abrir espaço para isso, porque não é uma coisa fácil de fazer.</i> (47e)
<b>Bugental, J. (L)</b>	<i>Vá ao seu centro e não tente ficar quieta. Basta ver o que está a acontecer lá. O que está a acontecer espontaneamente em si.</i> (47e)
<b>Bugental, J. (M)</b>	<i>O seu rosto acabou de mudar.</i> (47f)
<b>Watchel, P. (H)</b>	<i>Pareceu quase surpresa quando eu disse isso.</i> (47f)

Tabela 2. Intervenções focadas no momento-a-momento

### **Nomear e explorar emoções**

A utilização de intervenções que visam trabalhar com as emoções, parece facilitar a mudança de narrativa produtiva. Para tal os terapeutas experientes recorreram a intervenções como: encorajar o paciente a nomear as suas emoções; identificar sentimentos do paciente; incentivar o paciente a falar sobre emoções evitadas; e encorajar o paciente a identificar emoções no aqui-e-agora (ver mais na categoria Intervenções momento-a-momento ou aqui-e-agora). O recurso a estas intervenções parece ajudar os pacientes a aceder, expressar, e processar emoções dolorosas, a associá-las a um determinado contexto narrativo e/ou a uma pessoa, e a ganhar um maior auto-conhecimento da sua vida emocional.

<b>Terapeuta</b>	<b>Exemplo de intervenção utilizada</b>
<b>Fosha, D.(G)</b>	<i>Quais são os sentimentos perante a pessoa que a impediu de ter tido amor e conexão? (11)</i>
<b>Leigh M. Q)</b>	<i>Que sentimentos eram esses em relação a ela? (11)</i>
<b>Messer, S.(J)</b>	<i>Pode admitir a si mesma que tem raiva da sua irmã por fazer isso á sua mãe? (12)</i>
<b>McWilliams, N. (A)</b>	<i>Está disposta a dizer-me o que fez? Eu acho que uma das maneiras de combater a vergonha é dizer o que é tão vergonhoso e ver se há outra maneira de pensar sobre isso. (12)</i>

Tabela 3. Intervenções focadas nas emoções

### **Explorar o passado ou infância e estabelecer ligações com os problemas actuais**

Os resultados presentes no gráfico 1 indicam que explorar o passado do paciente parece conduzir a uma mudança de narrativa produtiva. O uso desta intervenção por parte dos terapeutas visava compreender de que forma o passado do paciente influenciava o seu presente, para posteriormente, estabelecer conexões na tentativa de ajudar o paciente a entender a origem do seu problema actual ou de determinados padrões relacionais. O estabelecimento de ligações entre o passado e o presente pareceu promover a obtenção de novos entendimentos, relativamente a aspectos do funcionamento dos pacientes até então desconhecidos.

<b>Terapeuta</b>	<b>Exemplo de intervenção utilizada</b>
------------------	---

<b>McCullough, L. (P)</b>	<i>Você morou com sua avó e depois a sua avó morreu .... fale-me sobre isso (41)</i>
<b>McWilliams, N.(D)</b>	<i>Parece-me que tem dois problemas nos quais precisa trabalhar com um terapeuta: um é o medo de separação de si e da sua filha. (...) eu acho e você disse que o seu pai era superprotetor e não a deixou cometer os seus próprios erros e isso também contribui (2)</i>
<b>Watchel, P. (H)</b>	<i>Uma coisa estranha que me ocorre é que, de alguma forma, a família de Ken vive da mesma maneira que você viveu quando cresceu. (2)</i>
<b>Messer, S. (J)</b>	<i>E não havia ninguém na família que você tivesse que cuidar particularmente ou esperasse muito de si ... (41)</i>
	<i>então é mais o contrário, foi você quem recebeu todos os cuidados ... a sua mãe era muito cuidadosa consigo. (2)</i>

Tabela 4. Intervenções focadas no passado e no estabelecimento de ligações entre o passado e presente

### Uso de intervenções orientadas para as relações / de orientação interpessoal

Os resultados deste estudo sugerem que a utilização de intervenções focadas no funcionamento interpessoal do paciente, contribuíram para a mudança de narrativa produtiva, como a identificação de temas, problemas e padrões relacionais desadaptativos do paciente, encorajar o paciente a reflectir sobre as suas relações interpessoais. Ainda a tendência dos terapeutas em focar no funcionamento interpessoal do paciente, reflecte-se no recurso à interpretação da origem dos padrões relacionais dos paciente a partir da análise de relações disfuncionais passadas, como evidenciado no gráfico 2 pela tendência dos terapeutas em ajudar os pacientes a compreender melhor como se relacionam com os outros, e/ou como é que o seu estilo de relacionamento se desenvolveu (ver categoria Explorar o passado ou infância e estabelecer ligações com os problemas actuais).

<b>Terapeuta</b>	<b>Exemplo de intervenção utilizada</b>
<b>Fosha, D.(G)</b>	<i>Estou a pensar se terá algo a ver com segurança. (19)</i>
<b>Watchel, P. (H)</b>	<i>Também estou a pensar, certamente escuto formas pelas quais você é muito diferente. Mas eu pergunto-me, se essa é a parte que é um pouco mais fácil de ver, notar, de sentir-se confortável, mais do que as formas nas quais você pode ser semelhante. [relativamente a família do marido] (54)</i>

<b>Messer, S. (J)</b>	<i>Acha que é demasiado cuidadora? Fale-me sobre isso. (54)</i>
<b>Nancy, M.(D)</b>	<i>(...) há um pouco a sensação de uma relação de pai-filho. [relativamente a dinâmica relacional entre a paciente e o marido] (19)</i>
<b>Chapman, A (O)</b>	<i>Estou a pensar se isso é semelhante a outras situações em que fica zangado com as pessoas, geralmente, são situações em que parece que alguém está a tentar controlá-lo? (19) ;(54)</i>

Tabela 5. Intervenções focadas no funcionamento interpessoal

### Identificação de conflitos internos

O gráfico 1 evidencia o uso da identificação de partes da personalidade em conflito, como facilitador de mudança de narrativa produtiva. Estas partes da personalidade, podem referir-se a crenças, desejos, sentimentos ou motivações opostas que geram conflitos internos e contribuem para sintomas e/ou problemáticas do paciente, a sua identificação por parte do terapeuta parece ajudar o paciente a reconhecer esses conflitos e a obter um maior conhecimento sobre si.

<b>Terapeuta</b>	<b>Exemplo de intervenção utilizada</b>
<b>Schneider, K. (K)</b>	<i>Então, em algum nível está a comprar a discriminação? (3)</i>
<b>McCullough, L. (Q)</b>	<i>há aqui uma justaposição interessante de você ser tão independente e você sabe disso, mas quer cuidar dela, por assim dizer, querendo educá-la, querendo proximidade com ela. (3)</i>
<b>Safran, J. (I)</b>	<i>Ainda há uma parte de si que tem esperança? Ainda espera que ele mude? (3)</i>

Tabela 6. Intervenções focadas na identificação de partes em conflito

## Discussão

O objetivo do presente estudo foi identificar as intervenções utilizadas por terapeutas experientes que facilitam as mudanças de narrativa produtiva no paciente. Após analisados 20 vídeos, foram identificadas 15 intervenções utilizadas com maior frequência. Destas 15, houve 4 intervenções mais contribuíram para a mudança de narrativa produtiva: identificação de emoções no aqui-e-agora (47a), seguida da identificação de temas, problemas ou padrões relacionais (19), da exploração de emoções evitadas (12) e encorajar o paciente a examinar os seus relacionamentos interpessoais (54)

Este estudo sugere que a utilização de intervenções focadas no momento-a-momento contribuem para a mudança de narrativa produtiva. Segundo a literatura, a identificação de emoções no aqui-e-agora (47a), é benéfica para o paciente pois permite experienciar os sentimentos com intensidade e imediatismo, e esse processamento de sentimentos mais aprofundado possibilita uma nova aprendizagem emocional e a criação de emoções mais adaptativas (Paivio, 2013; Summers & Barber, 2010;). Outras intervenções frequentemente utilizadas pelos terapeutas focadas no aqui-e-agora consistem em salientar um comportamento não verbal do paciente (47f). Estes comentários ajudam o paciente a ganhar maior consciência dos seus próprios processos subjetivos, ao invés do conteúdo da sua narrativa, possibilitando afastar as defesas e aceder a experiências emocionais (Welling, 2012; Krug, 2009). Incentivar o paciente à exploração interna (47e), ajuda o paciente a entrar e acessar e expressar as suas experiências internas da sua consciência imediata (Krug, 2009). No entanto observámos que muitas vezes os pacientes dificilmente conseguiam à primeira tentativa entrar em contacto com o seu mundo interno, tendo sido necessárias algumas direcções por parte do terapeuta por exemplo: *“Vá ao seu centro e não tente ficar quieta. Basta ver o que está a acontecer lá. O que está a acontecer espontaneamente em si.”* Ou *“Permaneça com isso por um momento, vamos honrar isso e abrir espaço para isso, porque não é uma coisa fácil de fazer.”*

Estes resultados estão em concordância com o estudo de Solomonov et al., (2019), assim como o estudo de Angus (2012) que salienta o uso de intervenções experienciais para ajudar a desbloquear o evitamento emocional de forma a ajudar o paciente a contactar de forma mais aprofundada com as suas emoções. Ainda segundo Krug (2009) trabalhar no aqui-e-agora contribui para a mudança porque ilumina o que acontece no momento imediato, aquilo que é real (Krug, 2009).

Verificamos também que os terapeutas tendem a trabalhar com emoções angustiantes e dolorosas dos pacientes (e.g., culpa, vergonha, raiva) utilizando intervenções como focar nas

emoções do aqui-e-agora (47a), identificar de emoções (11), e incentivar os pacientes a falar de emoções evitadas (12). Estes resultados são semelhantes com outros estudos que tem vindo a demonstrar que focar nas emoções é uma das intervenções mais utilizadas pelos terapeutas, conduzindo a melhores resultados na abordagem dinâmica, experiencial e cognitiva (Fisher et al., 2019; Hoglend & Hagvet, 2019; Solomonov et al., 2019; Aafjes-van Doorn & Barber, 2017; McCarthy et al., 2016; Pascual-Leone & Yeryomenko, 2016; Barber et al., 2013; Slavin et al., 2011; Shedler, 2010; McCarthy, 2009; Diener et al., 2007; Ablon, et al., 2006).

Para além disso o foco nas emoções vai ao encontro da literatura sobre a narrativa e da terapia psicodinâmica. Muitas vezes as emoções dos pacientes estão desconectadas ou indiferenciadas de um contexto narrativo, como tal informações importantes sobre o estado interno do paciente ficam indisponíveis para um trabalho de auto-reflexão, não possibilitando uma maior consciência necessária para a criação de significados e mudança psicoterapêutica (Angus, 2012; McWilliams, 2004). Cabe então ao terapeuta ajudar o paciente a identificar e encorajá-lo a falar sobre as suas emoções dolorosas, e associa-las a um determinado contexto, problema ou pessoa específica, de forma a construir uma narrativa mais coerente e integrada (Boritz et al., 2014; Angus, 2012; Summers & Barber, 2010; Angus et al., 1999).

Estes resultados também podem explicar em parte o facto de os terapeutas Diana Fosha e James Bugental terem sido dos terapeutas a apresentarem maiores frequências das mudanças narrativas produtivas, uma vez que utilizaram frequentemente intervenções focadas nas emoções e no aqui-e-agora.

Observou-se também uma tendência por parte dos terapeutas de uma abordagem de natureza psicodinâmica como Nancy McWilliams, Jeremy Safran, Standley Messer, Leigh McCullough e Paul Wachtel, em explorar o passado do paciente (41), de modo a compreender as origens das suas problemáticas, para posteriormente estabelecer uma conexão entre o passado e o presente actual (2). Explorar eventos passados que podem estar relacionados aos sintomas, e recorrer à interpretação, são intervenções enfatizadas por vários estudos (Fisher et al., 2019; Solomonov et al., 2019; Pitman et al., 2014; Shedler, 2010; Blagys & Hilsenroth, 2000; Ablon & Jones 1999) nomeadamente pela psicoterapia psicodinâmica que propõe que a experiência passada influencia significativamente a situação actual do paciente (Shedler, 2010; Summers & Barber, 2010; McWilliams, 2004; Blagys & Hilsenroth 2000). Como tal muitas vezes os terapeutas quando exploram o passado, após recolherem informações suficientes estabelecem uma conexão entre o passado e o presente do paciente, ou seja, interpretam, ajudando o paciente a construir uma narrativa nova mais coerente capaz de explicar o “porquê?” do seu problema. Compreender o “porque aconteceu” é uma componente central da história do

paciente e a obtenção deste autoconhecimento permite que o paciente obtenha uma maior sensação de controlo sobre a sua vida. Com este novo conhecimento é esperado que paciente seja capaz de mudar e agir de formas mais adaptativas (Barber et al., 2013; Summers & Barber, 2010; McWilliams, 2004)

Por vezes esta exploração do passado e o recurso a interpretações, estavam relacionadas com os relacionamentos interpessoais dos pacientes, o que explica a utilização frequente do esclarecimento por parte do terapeuta relativamente a como o paciente se relaciona com os outros e como o seu estilo relacional se desenvolveu, assim como de outras intervenções dirigidas para o funcionamento interpessoal como encorajar o paciente a examinar os seus relacionamentos interpessoais (54) e sobretudo a identificação de temas, padrões e problemas nas relações (19). Estes resultados são semelhantes aos de outros estudos e concordantes com resultados de meta-análises que indicam a utilização frequente de intervenções como identificar, explorar e interpretar os padrões relacionais para aumentar para a melhoria dos sintomas. (Solomonov et al., 2019; Kuprian et al., 2017; Pitman et al., 2014; Barber et al., 2013; Slavin et al., 2011; Bressi et al., 2010; Boswell et al., 2010; Shedler, 2010; Connolly Gibbons et al., 2009; McCarthy, 2009; Klein et al., 2003; Blagys & Hilsenroth 2000; Ablon and Jones, 1999). Apesar da ênfase nas questões interpessoais ser mais comum nas terapias psicodinâmicas, foi possível observar neste estudo que terapeutas de outras abordagens como Diana Fosha, Leslie Greenberg, Alexander Chapman, Michelle Craske e Judith Beck utilizaram intervenções dirigidas para o funcionamento interpessoal do paciente, quer utilizando as intervenções anteriormente referidas, quer outras intervenções como relacionar os sintomas aos problemas pessoais do paciente (60) ou encorajar o paciente a pensar em formas de como pode preparar-se para grandes mudanças nos seus relacionamentos (55). De facto, a literatura refere que os problemas interpessoais também desempenharam um papel importante nas abordagens experienciais e cognitivas (Elliot et al., 2010; Cris-Crishop et al., 2005). Tal pode ser explicado pelo facto de muitos problemas dos pacientes envolverem dificuldades nos relacionamentos (Slavin et al., 2011; McWilliams, 2004).

Neste sentido, como refere a teoria da narrativa de Angus et al., (2012) é necessário não só identificar emoções e processá-las, mas também analisar de forma reflexiva as experiências e circunstâncias relacionadas com "o que aconteceu", de forma a desenvolver um novo entendimento ou história que integre novas perspetivas sobre si e sobre os outros envolvidos (Angus et al., 1999).

Estes resultados são também consistentes com o estudo de Pitman et al., (2017) que observou um foco nos padrões relacionais, e a expressão do afeto por parte de terapeutas experientes contemporâneos.

Os resultados deste estudo sugerem também uma tendência para a integração por parte dos terapeutas, que utilizaram intervenções de outras abordagens terapêuticas a fim de atingirem os seus objetivos. Parece que determinadas intervenções são transversais aos diferentes terapeutas para ajudar os seus pacientes a efetuarem mudanças narrativas produtivas em sessão. No entanto como refere a literatura as intervenções pareciam ser selecionadas com base na consistência com a sua abordagem terapêutica. Estes resultados são suportados pelo estudo de Solomonov et al., (2015) e de Pitman et al., (2017) que ao analisarem videos de terapeutas experientes chegaram a conclusões semelhantes.

Importa referir que determinadas características do paciente também podem ter influenciado o processo terapêutico, por exemplo foi possível observar uma tendência introspectiva e reflexiva por parte de alguns pacientes o que facilitou uma mudança de narrativa nestes pacientes, como é o caso das pacientes de Jeremy Safran e James Bugental (M). Para além destas características, fatores extra-terapêuticos, como expectativas para a terapia e a motivação, podem ter igualmente influenciado (Lambert, 2013).

Queremos também salientar que apesar das intervenções: identificação de emoções no aqui-e-agora (47a), identificação de temas, problemas ou padrões relacionais (19) e exploração de emoções evitadas (12) terem sido utilizadas com maior frequência, tal não significa que estas intervenções devem ser utilizadas isoladamente, mas sim em conjunto com as outras intervenções de forma a possibilitar a mudança.

Uma limitação deste estudo diz respeito à ausência de medidas de resultados, dada a amostra ser composta por demonstrações prototípicas dos vídeos da APA, o que remete para outra limitação que se refere à utilização de primeiras e/ou segundas sessões de terapia. As sessões iniciais apresentam características que as tornam diferentes de sessões em fases mais avançadas. Seria interessante de futuro analisar intervenções utilizadas em diferentes fases de um tratamento, e perceber se as intervenções promotoras de mudança produtivas mudam ao longo do tempo.

Outra limitação, está relacionada com o facto de somente terem sido cotadas as intervenções nos momentos de mudanças de narrativa produtiva, o que pode omitir intervenções importantes. Futuramente devem ser realizados estudos que identifiquem as intervenções utilizadas que ajudaram o paciente a manter-se nos marcadores de mudança e nos marcadores de transição e assim captar outras intervenções que contribuem para a mudança.

Como outras sugestões para futuras investigações propomos que se cote vídeos de terapeutas de outros modelos terapêuticos para perceber se surgem intervenções promotoras de mudanças narrativas-emocionais produtivas diferentes das encontradas neste estudo. Por outro lado, seria importante analisar terapeutas com mais sessões com um determinado paciente, mas também com pacientes diferentes, e com patologias diferentes, de forma compreender de que modo os terapeutas trabalham com pacientes diferentes. Também seria importante avaliar simultaneamente outros processos terapêuticos como a aliança terapêutica, insight ou experiência emocional, e outras variáveis associadas ao paciente e ao terapeuta como por exemplo a capacidade reflexiva por parte do paciente, de forma a aprofundar a compreensão do processo terapêutico. Ainda seria interessante analisar o perfil da cada terapeuta, ou seja, que tipo de intervenções promotoras de mudança produtiva usam preferencialmente.

Apesar das limitações identificadas, consideramos que o presente estudo tem implicações clínicas importantes uma vez que salienta intervenções fundamentais, transversais a diferentes abordagens, que contribuem para a mudança de narrativa, o que poderá constituir uma informação valiosa a integrar na prática clínica e programas de treino.

## Referências

- Ablon, J. S., & Jones, E. E. (1999). Psychotherapy process in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*(1), 64-75.
- Ablon, J. S., Levy, R. A., & Katzenstein, T. (2006). Beyond brand names of psychotherapy: Identifying empirically supported change processes. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, *43*(2), 216-31.
- Aleixo, A. (2018). *Competências Interpessoais do Terapeuta e Mudança Narrativa do Cliente em Sessão*. Dissertação de Mestrado em Especialidade em Psicologia Clínica - ISPA, Lisboa.
- 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), 367-80.
- Angus, L. & Hardtke, K. (2006). Margaret's Story: An Intensive Case Analysis of Insight and Narrative Process Change in Client-centred Psychotherapy. In L. Castonguay and C. Hill (Eds.). *Insight and psychotherapy* (187-207). Washington D.C: APA Press.
- Angus, L., & Kagan, F. (2013). Assessing Client Self-Narrative Change in Emotion-Focused Therapy of Depression: An Intensive Single Case Analysis. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, *50*(4), 525-34.
- Angus, L., Boritz, T., Bryntwick, E., Carpenter, N., Macaulay, C. B., & Khattra, J. (2016). The Narrative-Emotion Process Coding System 2.0: A multi-methodological approach to identifying and assessing narrative-emotion process markers in psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *27*(3), 1-17.
- Angus, L., J. L., Boritz, T., Bryntwick, E., Carpenter, N., Watson-Gaze, J., et al. (2012). Narrative Processes Coding System : A Dialectical Constructivist approach to assessing client change processes in Emotion-focused therapy of Depression. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, *15* (2), 54–61.
- Angus, L., Levitt, H., & Hardtke, K. (1999). The Narrative Processes Coding System: Research applications and implications for psychotherapy practice. . *Journal of Clinical Psychology*, *55*(10), 1255–1270.
- Angus Narrative-Emotion Marker Lab. (2015). *Narrative-emotion process coding system 2.0 manual* (Documento não publicado). Universidade York, Toronto, Canadá.
- Banham, J. A., & Schweitzer, R. D. (2015). Comparative exploration of narrative processes for better and poorer outcomes for depression. *Counselling and Psychotherapy Research*, *15*(3), 228–238.

- Barber, J. P. (2009). Toward a working through of some core conflicts in psychotherapy research. *Psychotherapy Research, 19*(1), 1-12.
- Barber, J. P., Muran, J. C., McCarthy, K. S., & Keefe, J. R. (2012). Research on Dynamic Therapies. In M. J. Lambert, *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 443-494). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Blagys, M. D., & Hilsenroth, M. J. (2000). Distinctive Features of Short-Term Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy: A Review of the Comparative Psychotherapy Process Literature. *Clinical Psychology Science and Practice, 7*(2), 167-188.
- Boritz, T., Bryntwick, E., Angus, L., Greenberg, L. S., & Constantino, M. J. (2014). Narrative and emotion process in psychotherapy: An empirical test of the Narrative-Emotion Process Coding System (NEPCS). *Psychotherapy Research 24, (5)*, 594–607.
- Boswell, J. F., Castonguay, L., & Wasserman, R. H. (2010). Effects of psychotherapy training and intervention use on session outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(5), 717-23.
- Bressi, C., Porcellana, M., Marinaccio, P. M., Nocito, E. P., & Magri, L. (2010). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy Versus Treatment as Usual for Depressive and Anxiety Disorders. *The Journal of nervous and mental disease, 198*(9), 647-52.
- Brum, E. H., Frizzo, G. B., Gomes, A. G., Silva, M. d., Souza, D. D., & Piccinini, C. A. (2012). Evolução dos modelos de pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia (Campinas); 29 (2)*, 259-269.
- Carpenter, N., Angus, L., Paivio, S., & Bryntwick, E. (2016). Narrative and emotion integration processes in emotion-focused therapy for complex trauma: an exploratory process-outcome analysis. *Person-Centered and Experiential Psychotherapies 15*(2), 1-28.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., & Mukherjee, D. (2013). Psychotherapy Process-Outcome Research. In M. J. Lambert, *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 289-333). New Jersey: Wiley & Sons, Inc. .
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B., Narducci, J., Schamberger, M., & Gallop, R. (2005). Interpersonal Problems and the Outcome of Interpersonally Oriented Psychodynamic Treatment of GAD. *Psychotherapy Theory Research & Practice, 42*(2), 211-224.
- Diener, M., Hilsenroth, M., & Weinberger, J. (2007). Therapist affect focus and patient outcomes in psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *American Journal of Psychiatry, 164*(6), 936-41.
- Doorn, K. A.-v., & Barber, J. P. (2017). Systematic Review of In-Session Affect Experience in Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Cognitive Therapy and Research*.
- Elliott, R., Greenberg, L. S., Watson, J., Timulak, L., & Freire, E. (2013). Research on Humanistic-Experiential Psychotherapies. In M. J. Lambert, *Bergin and Garfield's*

*handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 495-538). Hoboken, New Jersey.: John Wiley & Sons, Inc.

- Fisher, H., Rafaeli, E., Bar-Kalifa, E., Barber, J. P., Solomonov, N., Peri, T., et al. (2019). Therapists' interventions as a predictor of clients' emotional experience, self-understanding, and treatment outcomes. . *Journal of Counseling Psychology*.
- Friedlander, M. L., Angus, L. E., Xu, M., Wright, S. T., & Stark, N. M. (2019). A close look at therapist contributions to narrative-emotion shifting in a case illustration of brief dynamic therapy. *Psychotherapy Research*.
- Gibbons, M. B., Crits-Christoph, P., Barber, J. P., & Wiltsey, S. (2009). Unique and Common Mechanisms of Change Across Cognitive and Dynamic Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 801-13 .
- Goldfried, M., & Davila, J. (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy Theory Research & Practice*, 42(4), 421-430.
- Gumz, A., Neubauer, K., Horstkotte, J. K., Geyer, M., Löwe, B., Löwe, B., et al. (2017). A bottom-up approach to assess verbal therapeutic techniques. Development of the Psychodynamic Interventions List (PIL). *PLoS One*, 12(8).
- Gumz, A., Treese, B., Marx, C., Strauss, B., & Wendt, H. ( 2015). Measuring verbal psychotherapeutic techniques—A systematic review of intervention characteristics and measures. . *Frontiers in Psychology*, 6,, 1705.
- Hill, C. E. (2005). Therapist techniques, client involvement, and the therapeutic relationship: Inextricably intertwined in the therapy process. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 431-442.
- Høglend, P., & Hagtvet, K. A. (2019). Change Mechanisms in Psychotherapy: Both Improved Insight and Improved Affective Awareness Are Necessary. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 87(4).
- Kazdin, A. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3(1):1-27.
- Krause, M., & Altimir, C. (2016). Introduction: Current developments in psychotherapy process research. *Estudios de Psicología*, 37(2-3), 201-225.
- Krug, O. T. (2009). James Bugental and Irvin Yalom. *Journal of Humanistic Psychology*, 49(3), 329-354.
- Kuprian, N., Chui, H., & Barber, J. P. (2017). Effective Therapists in Psychodynamic Therapy for Depression: What Interventions Are Used and How? In L. G. Castonguay, & C. E. Hill, *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. (pp. 235-258). Washington, DC, US: American Psychological Association.

- Lambert, M. J. (2013). Introduction and Historical Overview . In M. J. Lambert, *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 3-20). New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M. J. Lambert, *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 169-218). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Macaulay, C. B. (2014). *Narrative-Emotion Processes in Motivational Interviewing and Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica - York University, Toronto, Ontario.
- McAleavey, A. A., & Castonguay, L. G. (2013). Insight as a Common and Specific Impact of Psychotherapy: Therapist-Reported Exploratory, Directive, and Common Factor Interventions. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 51(2), 307-317.
- McCarthy, K. (2009). *Specific, Common, and Unintended Factors in Psychotherapy: Descriptive and Correlational Approaches to What Creates Change*. Tese de Mestrado em Psicologia - University of Pennsylvania, Filadélfia, Pensilvânia.
- McCarthy, K. S., J. R., & Barber, J. P. (2016). Goldilocks on the couch: Moderate levels of psychodynamic and process-experiential technique predict outcome in psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*, 26(3), 307-17.
- McCarthy, K., & Barber, J. P. (2009). The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI): initial report. *Psychotherapy Research*, 19(1), 96-113.
- McWilliams, N. (2004). *Formulação Psicanalítica de Casos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paivio, S. C. (2013). Essential Processes in Emotion-Focused Therapy. *Psychotherapy Theory Research Practice Training*, 50(3), 341-5.
- Pascual-Leone, A., & Yeryomenko, N. (2016). The client “experiencing” scale as a predictor of treatment outcomes: A meta-analysis on psychotherapy process. *Psychotherapy Research*, 27(6), 1-13.
- Peuker, A., Habigzang, L., Koller, S., & Araujo, L. (2009). Avaliação de processo e resultado em psicoterapias: uma revisão. *Psicologia em Estudo* 14 (3), 439-445.
- Pitman, S. R., Hilsenroth, M. J., Goldman, R. E., Levy, S. R., Siegel, D. F., & Miller, R. (2017). Therapeutic technique of APA master therapists: Areas of difference and integration across theoretical orientations. *Professional Psychology Research and Practice*, 48(3) , 156–166.
- Pitman, S., Slavin-Mulford, J., & Hilsenroth, M. (2014). Psychodynamic techniques related to outcome for anxiety disorder patients at different points in treatment. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(5), 391-396.

- Serralta, F. B., Nunes, M. L., & Eizirik, C. L. (2007). Elaboração da versão em português do Psychotherapy Process Q-Set. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 44-55.
- Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.
- Simoni, L., Benetti, S. P., & Bittencourt, A. A. (2018). Interventions of the Psychoanalytic Therapist in the Psychotherapeutic Process of a Patient with Borderline Personality Disorder. *Temas em Psicologia*, 26(3), 1513-1526.
- Slavin-Mulford, J., Hilsenroth, M., Weinberger, J., & Gold, J. (2011). Therapeutic Interventions Related to Outcome in Psychodynamic Psychotherapy for Anxiety Disorder Patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(4), 214-21.
- Solomonov, N., McCarthy, K. S., Gorman, B. S., & Barber, J. P. (2018). The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions – 30 Items (MULTI-30). *Psychotherapy Research*, 29(5).
- Solomonov, N., van-Doorn, K. A., Lipner, L. M., Gorman, B. S., Milrod, B., Rudden, M. G., et al. (2019). Panic-Focused Reflective Functioning and Comorbid Borderline Traits as Predictors of Change in Quality of Object Relations in Panic Disorder Treatments. *Journal of Contemporary Psychotherapy*.
- Stiles, W., Hill, C., & Elliott, R. (2015). Looking both ways. *Psychotherapy Research*, 25(3), 1-12.
- Summers, R. F., & Barber, J. P. (2010). *Psychodynamic Therapy : A Guide to Evidence-Based Practice*. New York: Guilford Publications.
- Wampold, B. E., & Imel, Z. E. (2015). Therapist Effects: An Ignored but Critical Factor. In B. E. Wampold, & Z. E. Imel, *The Great Psychotherapy Debate* (pp. 158-177). New York, US: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Welling, H. (2012). Transformative emotional sequence: Towards a common principle of change. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(2), 109-136.
- Yoshida, E. M. (1998). Avaliação de mudança em processos terapêuticos. *Psicologia Escolar e Educacional*; 2 (2).

## **Anexos**

## Anexo A

### Tabela de Estudos Empíricos com o MULTI-60 e o MULTI-30

Autor Data	Objectivo Pertinência	Método	Resultados Limitações
<b>Kuprian, Chui &amp; Barber (2017)</b>	<p>Testar se o maior uso de técnicas relacionais e de orientação interpessoal estão relacionados com melhores resultados psicoterapêuticos.</p> <p>Necessidade de esclarecer o que os bons terapeutas fazem, que técnicas utilizam e o que os diferencia dos restantes terapeutas.</p>	<p>22 Pacientes com um diagnóstico de Perturbação Depressiva Major 3 Psicólogos clínicos 2 Observadores</p> <p>SET - cerca de 24 sessões durante 16 semanas</p> <p>Cotação das intervenções na 2ª, 4ª, 8ª e penúltima sessão com a perspectiva de observador</p> <p><b>Instrumentos:</b> MULTI; HRSD; IIP-64</p>	<p>O terapeuta mais bem-sucedido utilizou com maior frequência e mais intensamente intervenções orientadas para o relacionamento interpessoal, obtendo uma pontuação significativamente mais alta no item que conecta relações interpessoais problemáticas aos sintomas depressivos do paciente. No entanto para os três terapeutas, o uso de intervenções orientadas para o relacionamento não previu a diminuição dos sintomas de depressão e dos problemas interpessoais.</p> <p>Amostra reduzida de terapeutas; somente foi considerada uma modalidade terapêutica e algumas sessões do tratamento.</p>
<b>McAleavey &amp; Castonguay (2013)</b>	<p>(a) Avaliar se o insight poderia ser considerado um factor comum em psicoterapia; (b) examinar se intervenções específicas ou factores comuns do terapeuta podem facilitar a promoção de insight, e quais os tipos de tratamento mais associados ao insight.</p> <p>Investigações empíricas sobre insight são limitadas e com resultados mistos.</p>	<p>26 Pacientes com um conjunto diversificado de diagnósticos 11 Terapeutas</p> <p>CBT; psicodinâmica; psicodinâmica/humanista; psiquiátrica ambulatorial geral - Total de 338 sessões</p> <p>Cotação das intervenções em todas as sessões com a perspectiva do terapeuta.</p> <p><b>Instrumento:</b> MULTI; SIS</p>	<p>O uso das intervenções exploratórias foi associado a um menor insight. Por outro lado, o maior uso de técnicas diretivas estava relacionado a um maior insight, mas apenas quando estavam presentes altos níveis de factores comuns e quando os terapeutas não utilizavam e altos níveis de intervenções exploratórias. Os resultados sugerem que o insight, pode ser um factor comum em psicoterapia.</p> <p>Amostra demasiado pequena; falta da avaliação por parte de um observador; somente foram testadas diferenças entre os grupos Exploratório e Directivo.</p>

<b>Solomonov et al., (2017)</b>	<p>(a) Investigar se os terapeutas são consistentes no uso de técnicas terapêuticas durante da terapia; (b) Examinar a relação entre o uso de técnicas terapêuticas e o desenvolvimento da aliança em três fases diferentes de tratamento; (c) Identificar técnicas facilitadoras de um melhor desenvolvimento da aliança terapêutica.</p> <p>O papel da aliança terapêutica e a sua relação com os resultados está bem estabelecido, contudo poucos estudos abordam empiricamente como é que os terapeutas podem promover o desenvolvimento de alianças terapêuticas mais fortes; apenas alguns estudos examinaram a consistência das intervenções do terapeuta em vários momentos da terapia psicodinâmica</p>	<p>37 Pacientes com Perturbação Depressiva Major 4 Terapeutas</p> <p>20 Sessões de terapia psicodinâmica de suporte expressivo (SET) para a depressão durante 16 semanas</p> <p>Identificação das intervenções em 2 sessões gravadas em vídeo das Semanas 2 (Fase 1), Semana 4 (Fase 2) e Semana 8 (Fase 3), através de 4 subescalas: Factores comuns, psicodinâmica, processo-experiencial e centrada na pessoa. Foi utilizada a perspectiva do observador</p> <p><b>Instrumentos:</b> MULTI; WAI-SF; HRSD17</p>	<p>As intervenções usadas pelos terapeutas, não foram significativamente correlacionadas com a aliança terapêutica. Os terapeutas foram moderadamente consistentes no uso de técnicas específicas. Em contraste, eram mais flexíveis, no uso de técnicas de fatores comuns, tendo sido encontrada uma alta variação do uso destas entre as fases. Existe uma relação positiva entre o uso de fatores comuns e a aliança terapêutica, na qual altos níveis de fatores comuns na fase inicial do tratamento, previram posteriormente uma aliança de melhor qualidade. Foi encontrada uma correlação significativa entre o uso de técnicas psicodinâmicas e experienciais sugerindo que estas intervenções são frequentemente usadas em conjunto.</p> <p>A MULTI não permite avaliar a adesão e competência ao tratamento/manual; Número reduzido de terapeutas; Necessidade de replicar resultados em fases posteriores do tratamento, e em outras abordagens terapêuticas e amostras; somente foram classificadas duas sessões por cada fase.</p>
<b>Solomonov et al., (2015)</b>	<p>(a) Compreender o que os psicólogos especialistas/experientes de diferentes orientações e gerações fazem durante as suas sessões e (b) examinar os níveis de integração psicoterapêutica.</p> <p>Estudos pouco claros sobre os níveis de integração de técnicas psicoterapêuticas por parte de especialista e falta de estudos sobre as técnicas utilizadas por especialista</p>	<p>9 Demonstrações prototípicas de terapeutas especialistas 2 Observadores.</p> <p>Humanista; Gestalt; CBT; Psicodinâmica; EFT; Terapia racional emotiva comportamental, Modificação cognitivo-comportamental</p> <p>As 9 demonstrações prototípicas foram cotadas com a perspectiva do observador</p> <p><b>Instrumento:</b> MULTI</p>	<p>Foram encontradas diferenças marcantes nos perfis entre os especialistas de orientação "<i>diretiva</i>" dos especialistas de orientação "<i>exploratória</i>". Todos os especialistas mostraram níveis moderados de integração psicoterapêutica. Contudo os especialistas tendem a integrar técnicas de abordagens semelhantes às suas.</p> <p>Todos os especialistas, exceto Perls, utilizaram altos níveis de técnicas de fatores comuns.</p> <p>Estudo meramente descritivo; somente foram cotadas primeiras e segundas sessões; Recurso à categorização exploratória versus diretiva; Amostra pequena.</p>

<p><b>McCarthy, Keefe &amp; Barber (2016)</b></p>	<p>Testar se níveis moderados de intervenções psicodinâmicas bem como fatores comuns e técnicas de outras orientações, predizem uma melhoria sintomática, em comparação com níveis mais altos ou mais baixos de intervenções psicodinâmicas.</p> <p>Necessidade de esclarecer a associação entre intervenções psicodinâmicas e a mudança de sintomas.</p>	<p>33 Pacientes com um diagnóstico de Perturbação Depressiva Major 4 Psicólogos 5 Observadores</p> <p>20 Sessões de terapia psicodinâmica com um modelo de tratamento de suporte-expressivo (SET) para depressão.</p> <p>Identificação das intervenções em duas sessões da semana 4 com a perspectiva do observador</p>	<p>Níveis moderados de intervenções psicodinâmicas e experienciais estão associados a melhores resultados, em comparação com níveis mais baixos ou mais altos. Dentro das intervenções dinâmicas foram utilizados níveis moderados da exploração da função dos sintomas, interpretação transferencial, exploração de padrões de relacionamento, e encorajamento a falar de afectos evitados as intervenções de fatores comuns foram as mais altas, contudo não foram preditivos de mudanças sintomáticas</p> <p>A avaliação da intervenção e dos sintomas foi realizada somente na semana 4; determinadas intervenções podem não ter ocorrido devido à amostra reduzida, e dado ao tipo de tratamento.</p>
<p><b>McAlevey, Castonguay &amp; Xiau (2014)</b></p>	<p>Expandir o estudo de Boswell et al. (2010), examinando a relação entre as variáveis: técnicas utilizadas, orientação pessoal e orientação do supervisor, e testar se essas variáveis podem estar relacionadas entre si na qualidade da sessão.</p> <p>Falta de estudos sobre como estas variáveis interagem entre si e quais os seus efeitos nos resultados do tratamento.</p>	<p>26 Pacientes com diversos diagnósticos 11 Terapeutas</p> <p>CBT; Psicodinâmica/ Humanista Total de 328 sessões</p> <p>Identificação das intervenções em todas as sessões com a perspectiva do terapeuta</p>	<p>A interação entre intervenções e orientação não estava relacionada à qualidade da sessão. De forma geral o alinhamento entre orientação do terapeuta e dos supervisores, não foi associada a melhor qualidade da sessão. No entanto, níveis altos de intervenções psicodinâmica foram associados a sessões de menor qualidade, quando o supervisor era altamente orientado para a psicoterapia psicodinâmica. As técnicas cognitivas somente foram associadas a melhores resultados quando tanto o terapeuta quanto o supervisor era altamente orientados para a terapia cognitiva.</p> <p>Amostra reduzida; Necessidade da inclusão da perspectiva avaliada pelo observador.</p>
<p><b>Boswell, Castonguay &amp; Wasserman</b></p>	<p>(a) Avaliar a relação entre o uso de intervenções em sessões e as seguintes variáveis de treinamento do terapeuta: anos de treinamento, orientação pessoal do</p>	<p>42 Pacientes com diversos diagnósticos 19 Terapeutas</p>	<p>Os resultados indicaram uma falta de relação entre as variáveis de treinamento e o uso da intervenção, com o resultado da sessão. Algumas intervenções apresentaram uma relação com o resultado da sessão,</p>

(2010)	<p>terapeuta, e (b) examinar a relação entre intervenções do terapeuta e o resultado da sessão, bem como testar o se as variáveis de treinamento moderam essa relação</p>	<p>Psicodinâmica, Integrativa, Cognitiva, Humanista, Comportamental e Sistêmica As intervenções foram cotadas em todas as sessões com a perspectiva do terapeuta</p>	<p>os pacientes consideraram útil quando os terapeutas identificaram e resolveram dificuldades nas suas relações interpessoais. Ainda os pacientes que receberam níveis altos de intervenções de factores comuns, consideraram as sessões menos produtivas, quando foram introduzidos altos níveis de intervenções cognitivas comportamentais.</p>
	<p>Poucas investigações relativamente ao impacto do treino no processo psicoterapêutico e resultados da sessão, e sobre a relação entre as intervenções utilizadas pelos terapeutas e o resultado da sessão</p>	<p><b>Instrumento:</b> MULTI; SPS; DPCCQ; Questionário para recolher informações relacionadas com o treino dos terapeutas</p>	<p>Necessidade da inclusão da perspectiva avaliada pelo observador; Amostra reduzida;</p>
<b>Kivlighan et al., (2018)</b>	<p>Testar um modelo sequencial de processos e resultados, que inclui a angústia prévia do paciente, o uso de técnicas psicodinâmicas do terapeuta, a aliança de trabalho diádica e o sofrimento do paciente, em diferentes períodos de tempo na psicoterapia</p>	<p>40 Pacientes 14 Terapeutas 13 Observadores  Psicoterapia psicodinâmica</p>	<p>Existe um efeito indireto significativo das intervenções psicodinâmicas na diminuição da angústia, sendo mediada pela aliança de trabalho. O uso mais elevado de técnicas psicodinâmicas foi associado a níveis mais elevados da aliança de trabalho, que por sua vez foi associado à diminuição do sofrimento do paciente, conduzindo posteriormente a uma melhor aliança terapêutica. Os fatores comuns apresentaram foram as intervenções mais utilizadas.</p>
	<p>Colmatar as falhas dos estudos nas revisões de Ackerman e Hilsenroth (2001, 2003) que consideraram somente a relação entre as intervenções e a aliança de trabalho e incluíram diversas abordagens. É necessário estudar a o envolvimento de outras variáveis como, as intervenções utilizadas pelo terapeuta e nível de sofrimento.</p>	<p>Foram analisados 114 segmentos de 8 sessões de 40 casos com a perspectiva do observador e com a subescala psicodinâmica da MULTI  <b>Instrumentos:</b> MULTI; OQ; IIP; WAI-SR</p>	<p>Primeira vez a testar o modelo e, portanto, é necessário a da sua replicação; Amostra composta por terapeutas principiantes; Foco nas técnicas de terapia psicodinâmica; Os resultados podem não ser generalizáveis para outras orientações teóricas.</p>

<p><b>McCarthy (2009)</b></p>	<p>Investigar a relação entre intervenções de diversas abordagens terapêuticas na melhoria de sintomas em terapia comportamental para a TOC e em terapia psicodinâmica para Transtorno Depressivo Major.</p> <p>Falta de estudos sobre como os níveis de intervenções específicas influenciam os resultados; necessidade de testar relações curvilíneas; e ainda a maioria dos estudos negligenciou a influência de intervenções específicas de outras orientações teóricas nos resultados.</p>	<p><b>Estudo 1</b> 30 Pacientes com TOC 10 Terapeutas.</p> <p>CBT 16 Sessões, cada de 120 min</p> <p><b>Instrumentos:</b> MULTI; WAI; OCI-R</p> <p><b>Estudo 2</b> 44 Pacientes com um diagnóstico de Perturbação Depressiva Major 4 Psicólogos</p> <p>Terapia psicodinâmica, com um modelo SET para a depressão</p> <p><b>Instrumentos:</b> WAI; MULTI; HRSD</p>	<p><b>Estudo 1</b> Níveis moderados de intervenções comportamentais, foram associados a uma melhoria nos sintomas, em comparação com níveis mais altos ou mais baixos. O uso da exposição e de trabalhos de casa foram as intervenções mais utilizadas, em comparação com a instrução de habilidades. Observou-se uma grande variabilidade, de intervenções de outras abordagens congruentes modelo comportamental (eg., cognitivo, dialética-comportamental e experiencial). As intervenções mais utilizadas foram de fatores comuns, contudo não foram preditoras de melhorias.</p> <p><b>Estudo 2</b> Níveis moderados de intervenções psicodinâmicas e processo-experiencial previram melhores resultados do que níveis mais altos ou mais baixos. As interpretações, foram menos utilizadas em comparação com outras intervenções exploratórias. Intervenções de outras orientações foram utilizadas por facilitarem a exploração das experiências emocionais e interpessoais dos pacientes, como intervenções focadas em identificar emoções, e intervenções focadas em explorar os relacionamentos (itens 54 e 60). Intervenções de Fatores comuns foram as mais utilizadas, contudo não foram relacionadas à mudança de sintomas.</p> <p>Não inclui avaliações por parte de observadores; Amostra reduzida de terapeutas.</p>
<p><b>Solomonov et al., (2019)</b></p>	<p>Examinar a qualidade da aliança de trabalho e o uso de intervenções em dois</p>	<p>161 Pacientes com transtorno do pânico 24 Terapeutas</p>	<p>O foco nos pensamentos e comportamentos aumentaram as interpretações incorrectas das</p>

	<p>mecanismos de mudança a (1) Função de Reflexão Específica do Pânico (PSRF), e na (2) interpretação incorrecta de sensações corporais.</p> <p>Falta de estudos empírico que examinam o papel de mecanismos de mudança fora de sua própria modalidade; Necessidade de compreender melhor relação da aliança terapêutica e o uso das intervenções terapêuticas na mudança terapêutica, para além da melhoria sintomática.</p>	<p>2 Observadores</p> <p>CBT; Psicoterapia Psicodinâmica focada no Pânico</p> <p>24 Sessões de 45 minutos durante 12 semanas</p> <p>Identificação das intervenções na semana 1 e 5 a partir de 5 subescalas da MULTI (comportamental, cognitiva, psicodinâmica, interpessoal, processo-experiencial) com a perspectiva do observador</p> <p><b>Instrumento:</b> MULTI; WAI-SF; PDSS; BBSIQ; Entrevista semiestruturada para aceder ao funcionamento reflexivo</p>	<p>sensações corporais. No entanto em TCC, o foco no afeto e na experiência momento-a-momento previu uma redução de interpretações incorrectas. Em ambos os tratamentos, o foco nas relações interpessoais previu melhoria do PRSF, enquanto o foco nos pensamentos e comportamentos previu detrimento na PSRF. Em TCC o foco nas experiências em terapia e nos eventos passados que podem estar relacionados aos sintomas de pânico contribuíram para a melhoria da PSRF</p> <p>Somente foram avaliadas as intervenções na Semana 1 e 5</p>
<b>Beitel et al., (2018)</b>	<p>Investigar e descrever as intervenções utilizadas pelos terapeutas durante processo de psicoterapia com pacientes indígenas americanos.</p> <p>Poucas investigações conduzidas nesta área, no processo de psicoterapia com pacientes indígenas americanos</p>	<p>93 Pacientes com diversos diagnósticos 6 Terapeutas</p> <p>CBT; Sistémica; Eclético/Integrativo – Total de 93 sessões</p> <p>As intervenções foram cotadas com a perspectiva do terapeuta</p> <p><b>Instrumento:</b> MULTI; Questionário Demográfico</p>	<p>A intervenção mais prevalente foi os fatores comuns, por outro lado, intervenções consideradas mais desafiantes e / ou indutoras de ansiedade foram utilizadas em menor grau, (e.g., abordagens Comportamentais, Psicodinâmicas e Processo-Experienciais). No entanto os terapeutas relataram o uso de intervenções de todas as abordagens terapêuticas.</p> <p>O diagnóstico do paciente afectou o uso das intervenções do terapeuta., tendo a presença de PTSD conduzido a um maior uso de intervenções comportamentais e de níveis mais baixos de intervenções Dialético-Comportamentais.</p> <p>Somente foi considerada a perspectiva do terapeuta; Amostra Reduzida de terapeutas</p>
<b>Zickgraf et al., (2015)</b>	<p>Examinar vários fatores, que podem interferir na capacidade do terapeuta de aderir a um tratamento cognitivo-comportamental manualizado para o</p>	<p>38 Pacientes com transtorno do pânico com agorafobia. 4 Terapeutas 5 Observadores</p>	<p>A resistência dos pacientes e a presença de traços do Eixo II, afectou a adesão por parte do terapeuta ao manual de tratamento. Uma aliança mais forte foi relacionada a uma melhor adesão do terapeuta, mas</p>

	<p>transtorno de pânico, a referir: gravidade do transtorno, comorbidade e variáveis interpessoais.</p> <p>Falta de estudos que analisam a influência da resistência e traços do Eixo-II do paciente na adesão ao tratamento por parte do terapeuta</p>	<p>CBT - 24 sessões</p> <p>As intervenções foram cotadas na 6ª sessão, com a perspectiva do observador</p> <p><b>Instrumentos:</b> MULTI; ASI; WAI-S; CRC; ADIS-IV; PCT</p>	<p>esses resultados foram pouco inconsistentes entre os terapeutas.</p> <p>Amostra reduzida; apenas foram avaliadas as intervenções na 6ª sessão.</p>
<b>Castonguay et al., (2017)</b>	<p>Investigar se os terapeutas poderiam prever as intervenções que iriam usar com um determinado paciente. Assim como se os terapeutas eram capazes de lembrar com precisão as intervenções que utilizaram, no final do tratamento.</p> <p>Ausência de estudos relativamente ao facto de se os terapeutas são capazes de prever com precisão as intervenções que vão usar na sessão.</p>	<p>30 Pacientes com diversos diagnósticos 7 Terapeutas</p> <p>Integrativo; CBT; Humanista; Psicodinâmica</p> <p>As intervenções foram cotadas após a 3ª sessão, e no final da terapia com a perspectiva do terapeuta.</p> <p><b>Instrumentos:</b> MULTI; DPCCQ; Fornecimento de informações demográficas básicas, sobre participantes</p>	<p>Após a terceira sessão, os terapeutas foram capazes de prever de forma precisa as intervenções que iriam utilizar durante todo processo de terapia com um paciente em particular, assim como foram capazes de relembrar as intervenções utilizadas no final do tratamento.</p> <p>Amostra pequena; Não inclui avaliações por parte de observadores</p>
<b>Solomonov et al., (2018)</b>	<p>(a) Investigar a validade do MULTI-30; (b) Replicar estudos de McCarthy et al. (2016), testando a associação entre o uso de intervenções psicodinâmica e experienciais e a melhoria de sintomas depressivos.</p>	<p>33 Pacientes com um diagnóstico de Perturbação Depressiva Major 4 Terapeutas 5 Observadores</p> <p>SET - 16 semanas</p> <p>As intervenções foram avaliadas na semana 4 com a perspectiva do observador</p> <p><b>Instrumentos:</b> MULTI; HRSD</p>	<p>A MULTI-30, demonstrou ser uma medida válida e com uma cobertura de conteúdo adequada.</p> <p>A associação entre intervenções e resultados não foi significativa. Contudo, foi encontrada uma relação significativa entre intervenções psicodinâmicas e processo-experienciais no alívio sintomático.</p> <p>Somente foram avaliadas sessões num dado ponto no tempo; Necessidade de replicar estudos para outras abordagens e amostras clínicas.</p>
<b>Fisher et al., (2019)</b>	<p>Explorar (a) a relação entre os processos dos pacientes (experiência emocional e Auto compreensão e os resultados do</p>	<p>115 Pacientes 68 Terapeutas</p>	<p>O uso moderado de intervenções focadas nas emoções previu o aumento na experiência emocional e um maior uso de intervenções psicodinâmicas</p>

	<p>tratamento (nível de funcionamento); (b) investigar a associação entre intervenções focadas no afecto e psicodinâmicas nestes processos; e (c) examinar as associações diretas e indiretas entre intervenções, processos dos pacientes e resultados.</p> <p>Raramente são investigadas associações entre o uso de intervenções específicas, os processos dos pacientes e os resultados.</p>	<p>Psicoterapia psicodinâmica a curto prazo com a duração de 9 meses -1 ano As intervenções foram cotadas na perspectiva do terapeuta com duas subescalas: Psicodinâmica e Processo-Experiencial.</p> <p><b>Instrumentos:</b> ORS; EE-SR; SUS; MULTI</p>	<p>previu um aumento na Auto compreensão, o que mediou a melhoria no funcionamento do paciente.</p> <p>Não inclui avaliações por parte de observadores; Limitada experiência clínica dos terapeutas (terapeutas em treino); Necessidade de replicar estudos para outras abordagens terapêuticas</p>
<p><b>Duarte &amp; Pires (2019)</b></p>	<p>Identificar intervenções utilizadas por terapeutas experientes que promovem a mudança de narrativa produtiva.</p> <p>Necessidade de estudos que expliquem o que os terapeutas experientes fazem durante as suas sessões que promove a mudança em terapia; Necessidade de estudos que identifiquem as intervenções utilizadas em determinados processos terapêuticos; Carência de estudos empíricos relativamente às intervenções usadas pelo terapeuta nos momentos de mudança de narrativa produtiva.</p>	<p>20 Sessões gravadas em vídeo, da American Psychological Association (APA) 17 Pacientes 14 Terapeutas</p> <p>EFT; CBT; AEDP; AFDP; Psicoterapia psicodinâmica; IRT; DBT; RT; BDT; ET; E-HT; COT</p> <p>Identificação das intervenções utilizadas na perspectiva do observador.</p> <p><b>Instrumentos:</b> NEPCS 2.0; MULTI</p>	<p>Verificou-se que intervenções com foco no aqui-e-agora e nas emoções, como a exploração de emoções do paciente no aqui-e-agora, e incentivar o paciente a falar de sobre emoções evitadas, assim como a utilização de intervenções dirigidas para o funcionamento interpessoal, mais especificamente a identificação de padrões relacionais problemáticos e incentivar o paciente a explorar os seus relacionamentos, foram as intervenções utilizadas com mais frequência nos incidentes de mudança de narrativa produtiva pelos terapeutas.</p> <p>Ausência de medidas de resultados, dada a amostra ser composta por demonstrações prototípicas dos vídeos da APA; somente foram cotadas primeiras e segundas sessões; Apenas foram cotadas as intervenções nos momentos de mudanças de narrativa produtiva; Amostra reduzida</p>

## Anexo B

### Narrative-Emotion Process Coding System 2.0 (NEPCS 2.0)

	Marker	Process Indicators
<b>Problem Markers</b>		
<p>Characterized by under- or over-regulated emotional states, rigid maladaptive self-narratives, and content that is abstract, external, or has limited meaning. Thought to reflect processes that maintain presenting problems.</p>	<b>Same Old Story</b>	Expressing dominant, maladaptive, over-general views of self and relationships marked by lack of agency, stuckness
	<b>Empty Story</b>	Describing an event with a focus on external details and behavior, and a lack of internal referents or emotional arousal
	<b>Unstoried Emotion</b>	Experiencing undifferentiated, under- or over-regulated emotional arousal, without coherent narration of that experience
	<b>Superficial Story</b>	Talking about events, hypotheticals, self, others, or unclear referents in a vague, abstract manner with limited internal focus
<b>Transition Markers</b>		
<p>Modes of processing marked by present-centered exploration, the destabilization of dominant maladaptive self-narratives and of dominant approaches to emotional experience, and the beginnings of re-integration of experiences.</p>	<b>Competing Plotlines</b>	An alternative to a dominant view, belief, feeling, or action emerges, creating tension, confusion, curiosity, doubt, protest
	<b>Inchoate Story</b>	Focusing inward, contacting emergent experience, and searching for symbolization in words or images
	<b>Experiential Story</b>	Narrating an event or engaging in a task as if re-experiencing an autobiographical memory or interpersonal scheme
	<b>Reflective Story</b>	Explaining a general pattern or specific event in terms of own or others' internal states (thoughts, feelings, beliefs, intentions)
<b>Change Markers</b>		
<p>Articulating concrete adaptive changes, novel understanding, and meaning.</p>	<b>Unexpected Outcome</b>	Describing a new, adaptive behavior (action, thought, feeling, response) and expressing surprise, pride, relief, contentment
	<b>Discovery Story</b>	Re-conceptualizing, or articulating a novel understanding of the self, others, key events, behavior patterns, or change processes

## Anexo C

### The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI)

#### Versão observador

**Instructions:** The following items represent actions that may or may not have occurred in the session which you just observed. Please rate each item using the scale provided. There are no right or wrong answers.

	1	2	3	4	5
Not at All Typical of the Session		Slightly Typical of the Session	Somewhat Typical of the Session	Typical of the Session	Very Typical of the Session
1. The therapist set an agenda or established specific goals for the therapy session.	1	2	3	4	5
2. The therapist made connections between the client's current situation and his/her past.	1	2	3	4	5
3. The therapist focused on identifying parts of the client's personality that were in conflict, like: <ul style="list-style-type: none"> <li>• one part that wanted to be close to others and another part that did not.</li> </ul>	1	2	3	4	5
4. The therapist asked the client to visualize specific scenes or situations in detail.	1	2	3	4	5
5. The therapist encouraged the client to identify specific situations or events that tended to precede the client's problematic behavior.	1	2	3	4	5
6. The therapist often focused on the client's recent experiences.	1	2	3	4	5
7. The therapist worked to give the client hope or encouragement.	1	2	3	4	5
8. The therapist seemed convinced of the effectiveness of the methods he/she is using to help the client.	1	2	3	4	5
9. The therapist and the client discussed a plan for the client to try to control (increase or decrease) specific behaviors, like: <ul style="list-style-type: none"> <li>• smoking;</li> <li>• eating;</li> <li>• exercising;</li> <li>• checking something repeatedly;</li> <li>• saying or thinking certain things;</li> <li>• hurting him/herself.</li> </ul>	1	2	3	4	5
10. The therapist repeated back to the client (paraphrased) the meaning of what the client was saying.	1	2	3	4	5

11. The therapist encouraged the client to identify or label feelings that he/she had in or outside of the session.	1	2	3	4	5
12. The therapist encouraged the client to talk about feelings he/she had previously avoided or never expressed.	1	2	3	4	5
13. The therapist pointed out times when the client's behavior seemed inconsistent with what the client was saying, like when he/she:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• suddenly shifted his/her moods or topics;</li> <li>• was silent a long time;</li> <li>• laughed, smiled, looked away, or was uncomfortable;</li> <li>• avoided talking about specific topics or people.</li> </ul>	1	2	3	4	5
14. The therapist encouraged the client to talk about whatever came to his/her mind.	1	2	3	4	5
15. The therapist taught the client specific new skills or behaviors, like how to:	1	2	3	4	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• relax his/her muscles;</li> <li>• how to control his/her emotions;</li> <li>• how to be assertive with others;</li> <li>• how to act in social situations.</li> </ul>					
16. The therapist encouraged the client to think about, view, or touch things that the client is afraid of.	1	2	3	4	5
17. The therapist reviewed or assigned homework exercises, like:	1	2	3	4	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• writing down certain thoughts or feelings outside the session;</li> <li>• practicing certain behaviors.</li> </ul>					
18. The therapist was warm, sympathetic, and accepting.	1	2	3	4	5
19. The therapist pointed out recurring themes or problems in the client's relationships.	1	2	3	4	5
20. The therapist talked about the function or purpose that the client's problem might have, like how it:	1	2	3	4	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• lets him/her avoid responsibility;</li> <li>• keeps others away from him/her.</li> </ul>					
21. The therapist encouraged the client to explore explanations for events or behaviors other than those that first came to the client's mind.	1	2	3	4	5
22. The therapist made connections between the way the client acts or feels towards the therapist and the way that the client acts or feels in his/her other relationships.	1	2	3	4	5
23. The therapist encouraged the client to see the choices he/she has in his/her life.	1	2	3	4	5
24. The therapist and the client discussed the client's dreams, fantasies, or wishes.	1	2	3	4	5
25. The therapist encouraged the client to consider the positive and negative consequences of acting in a new way.	1	2	3	4	5

26. The therapist made the session a place where the client could get better or solve his/her problems.	1	2	3	4	5
27. The therapist tried to help the client identify the consequences (positive or negative) of his/her behavior.	1	2	3	4	5
28. The therapist and the client worked together as a team.	1	2	3	4	5
29. The therapist gave the client advice or suggested practical solutions for the client's problem.	1	2	3	4	5
30. The therapist shared personal information with the client.	1	2	3	4	5
31. The therapist listened carefully to what the client was saying.	1	2	3	4	5
32. The therapist often explained what he/she was trying to do.	1	2	3	4	5
33. The therapist led the discussion most of the time.	1	2	3	4	5
34. The therapist focused on how disagreements between certain parts of the client's personality have caused the client's problems.	1	2	3	4	5
35. The therapist encouraged the client to change specific behaviors.	1	2	3	4	5
36. The therapist focused on the ways the client copes with his/her problems.	1	2	3	4	5
37. The therapist encouraged the client to look for evidence in support of or against one of the client's beliefs or assumptions.	1	2	3	4	5
38. The therapist explored the client's feelings about therapy.	1	2	3	4	5
39. The therapist encouraged the client to view his/her problem from a different perspective.	1	2	3	4	5
40. The therapist encouraged the client to explore the personal meaning of an event or a feeling.	1	2	3	4	5
41. The therapist often focused on the client's childhood experiences.	1	2	3	4	5
42. The therapist focused on improving the client's ability to solve his/her own problems.	1	2	3	4	5
43. The therapist encouraged the client to list the advantages and disadvantages of a belief or general rule that he/she follows.	1	2	3	4	5
44. The therapist had the client role-play (act out or rehearse) certain scenes or situations.	1	2	3	4	5
45. The therapist tried to help the client better understand how he/she relates to others, how this style of relating developed, and how it causes the clients problems.	1	2	3	4	5
46. The therapist seemed interested in trying to understand what the client was experiencing.	1	2	3	4	5

47. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience.	1	2	3	4	5
The client focused on his/her moment-to-moment experience.	1	2	3	4	5
48. The therapist tried to help the client better understand how his/her problem was due to certain beliefs or rules that he/she follows.	1	2	3	4	5
49. The therapist encouraged the client to question his/her beliefs or to discover flaws in his/her reasoning.	1	2	3	4	5
50. The therapist focused on a specific concern in the client's relationships, like:	1	2	3	4	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• disagreements or conflicts;</li> <li>• major changes;</li> <li>• loss of a loved one;</li> <li>• loneliness.</li> </ul>					
51. The therapist encouraged the client to explore ways in which the client could make changes in his/her relationships, like ways to:					
<ul style="list-style-type: none"> <li>• resolve a conflict in a relationship;</li> <li>• fulfill a need;</li> <li>• establish new relationships or to contact old friends;</li> <li>• ways to avoid problems the client had experienced in previous relationships.</li> </ul>	1	2	3	4	5
52. The therapist reviewed the gains the client has made while in therapy.	1	2	3	4	5
53. The therapist reviewed the difficulties that the client was currently experiencing.	1	2	3	4	5
54. The therapist encouraged the client to examine his/her relationships with others, like:	1	2	3	4	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• positive and negative aspects of his/her relationships;</li> <li>• what the client wants and others want from him/her;</li> <li>• the way the client acts in relationships.</li> </ul>					
55. The therapist encouraged the client to think about ways in which he/she might prepare for major changes in his/her relationships, like:	1	2	3	4	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• learning new skills;</li> <li>• finding new friends.</li> </ul>					
56. The therapist both accepted the client for who he/she is and encouraged him/her to change.	1	2	3	4	5
57. The therapist encouraged the client to identify situations in which the client's feelings were invalidated, like:	1	2	3	4	5
<ul style="list-style-type: none"> <li>• times when a significant other told the client his/her feelings were incorrect;</li> <li>• situations in which the client had strong feelings that seemed inappropriate.</li> </ul>					
58. The therapist encouraged the client to think about or be aware of things in his/her life without judging them.	1	2	3	4	5

---

59. The therapist made it clear that the client's problem was a treatable medical condition.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

---

60. The therapist tried to help the client better understand how the client's problems were due to difficulties in his/her social relationships.	1	2	3	4	5
--	---	---	---	---	---

---

## Anexo D

### The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions - 30 Items (MULTI-30)

1. The therapist set an agenda or established specific goals for the therapy session.
2. The therapist made connections between the client's current situation and his/her past.
3. The therapist worked to give the client hope or encouragement.
4. The therapist repeated back to the client (paraphrased) the meaning of what the client was saying.
5. The therapist encouraged the client to identify or label feelings that he/she had in or outside of the session.
6. The therapist encouraged the client to talk about feelings he/she had previously avoided or never expressed.
7. The therapist pointed out times when the client's behavior seemed inconsistent with what the client was saying, like when he/she:
  - a) suddenly shifted his/her moods or topics;
  - b) was silent a long time;
  - c) laughed, smiled, looked away, or was uncomfortable;
  - d) avoided talking about specific topics or people.
8. The therapist taught the client specific new skills or behaviors, like how to:
  - a) relax his/her muscles;
  - b) how to control his/her emotions;
  - c) how to be assertive with others;
  - d) how to act in social situations.
9. The therapist encouraged the client to think about, view, or touch things that the client is afraid of.
10. The therapist reviewed or assigned homework exercises, like:
  - a) writing down certain thoughts or feelings outside the session;
  - b) practicing certain behaviors.
11. The therapist was warm, sympathetic, and accepting.
12. The therapist talked about the function or purpose that the client's problem might have, like how it:
  - a) keeps others away from him/her.

13. The therapist encouraged the client to explore explanations for events or behaviors other than those that first came to the client's mind.
14. The therapist made connections between the way the client acts or feels towards the therapist and the way that the client acts or feels in his/her other relationships.
15. The therapist and the client discussed the client's dreams, fantasies, or wishes.
16. The therapist and the client worked together as a team.
17. The therapist listened carefully to what the client was saying.
18. The therapist focused on how disagreements between certain parts of the client's personality have caused the client's problems.
19. The therapist encouraged the client to change specific behaviors.
20. The therapist encouraged the client to look for evidence in support of or against one of the client's beliefs or assumptions.
21. The therapist encouraged the client to explore the personal meaning of an event or a feeling.
22. The therapist seemed interested in trying to understand what the client was experiencing.
23. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience.
24. The therapist encouraged the client to question his/her beliefs or to discover flaws in his/her reasoning.
25. The therapist focused on a specific concern in the client's relationships, like:
  - a) disagreements or conflicts;
  - b) major changes;
  - c) loss of a loved one;
  - d) loneliness.
26. The therapist encouraged the client to explore ways in which the client could make changes in his/her relationships, like ways to:
  - a) resolve a conflict in a relationship;
  - b) fulfill a need;
  - c) establish new relationships or to contact old friends;
  - d) ways to avoid problems the client had experienced in previous relationships.
27. The therapist encouraged the client to examine his/her relationships with others, like:
  - a) positive and negative aspects of his/her relationships;
  - b) what the client wants and others want from him/her;
  - c) the way the client acts in relationships.

28. The therapist both accepted the client for who he/she is and encouraged him/her to change.
29. The therapist encouraged the client to think about or be aware of things in his/her life without judging them.
30. The therapist tried to help the client better understand how the client's problems were due to difficulties in his/her social relationships.

## **Anexo E**

### **The Multitheoretical List of Therapeutic Interventions (MULTI) com novas categorias de intervenções criadas**

1. The therapist set an agenda or established specific goals for the therapy session.
  - 1a. The therapist encouraged the client to propose a goal or a focus to work on session.
2. The therapist made connections between the client's current situation and his/her past.
3. The therapist focused on identifying parts of the client's personality.
  - 3a. The therapist identified a healthy/positive part of the client.
  - 3b. The therapist asked the client to give a voice from a part of the self.
4. The therapist asked the client to visualize specific scenes, situations or a person in detail.
  - 4a. The therapist had client to talk with a mental image of a significant other.
  - 4b. The therapist asked the client to imagine an hypothetical scenario and to explore their emotional reaction.
5. The therapist encouraged the client to identify specific situations or events that tended to precede the client's problematic behavior.
6. The therapist often focused on the client's recent experiences.
7. The therapist worked to give the client hope or encouragement.
8. The therapist seemed convinced of the effectiveness of the methods he/she is using to help the client.
9. The therapist and the client discussed a plan for the client to try to control (increase or decrease) specific behaviors,
10. The therapist repeated back to the client (paraphrased) the meaning of what the client was saying
11. The therapist encouraged the client to identify or label feelings that he/she had in or outside of the session.
  - 11a. The therapist encouraged the client to explore an emotion (e.g., guilt, rage).
12. The therapist encouraged the client to talk about feelings he/she had previously avoided or never expressed.
13. The therapist identified client's defenses.
14. The therapist encouraged the client to talk about whatever came to his/her mind.
  - 14a. Therapist encouraged to verbalize or elaborate content.
15. The therapist taught the client specific new skills or behaviors, like how to.

16. The therapist encouraged the client to think about, view, or touch things that the client is afraid of.
17. The therapist reviewed or assigned homework exercises
18. The therapist was warm, sympathetic, and accepting.
  - 18a. The therapist was fully present.
  - 18b. The therapist created a safe place.
19. The therapist pointed out recurring themes, relational patterns, relational dynamics or problems in the client's relationships.
20. The therapist talked about the function or purpose that the client's problem might have
21. The therapist encouraged the client to explore explanations for events or behaviors other than those that first came to the client's mind.
  - 21a. Therapist explored the patient's perspective on their problem
22. The therapist made connections between the way the client acts or feels towards the therapist and the way that the client acts or feels in his/her other relationships.
23. The therapist encouraged the client to see the choices he/she has in his/her life.
24. The therapist and the client discussed the client's dreams, fantasies, or wishes.
  - 24a. The therapist interpreted the client's dreams.
  - 24b. The therapist encourage the client to articulate their needs.
25. The therapist encouraged the client to consider the positive and negative consequences of acting in a new way.
26. The therapist made the session a place where the client could get better or solve his/her problems.
27. The therapist tried to help the client identify the consequences (positive or negative) of his/her behavior.
28. The therapist and the client worked together as a team.
29. The therapist gave the client advice or suggested practical solutions for the client's problem.
30. The therapist shared personal information with the client.
  - 30a. The therapist shared her/his personal feelings during the interaction with the client.
31. The therapist listened carefully to what the client was saying.
32. The therapist often explained what he/she was trying to do.
  - 32a. The therapist used psychoeducation.
33. The therapist led the discussion most of the time.
34. The therapist focused on how disagreements between certain parts of the client's personality have caused the client's problems.

35. The therapist encouraged the client to change specific behaviors.
36. The therapist focused on the ways the client copes with his/her problems.
  - 36a. The therapist helped the client to understand how his/her ways to cope with problem maintains the problem.
37. The therapist encouraged the client to look for evidence in support of or against one of the client's beliefs or assumptions.
38. The therapist explored the client's feelings about therapy.
  - 38a. The therapist asked for a feedback about the session.
  - 38b. The therapist encouraged the client to reflect about last session.
  - 38c. The therapist explored the client resistance in the session.
39. The therapist encouraged the client to view his/her problem from a different perspective.
40. The therapist encouraged the client to explore the personal meaning of an event or a feeling.
  - 40a. The therapist encouraged the patient to identify the worst, hardest or the most painful part.
  - 40b. The therapist encourage the client to reflect about an new emotional experience in session to create a new meaning.
41. The therapist often focused on the client's childhood experiences.
42. The therapist focused on improving the client's ability to solve his/her own problems.
43. The therapist encouraged the client to list the advantages and disadvantages of a belief or general rule that he/she follows.
44. The therapist had the client role-play (act out or rehearse) certain scenes or situations.
  - 44a. The therapist used Empty Chair or Two-chair technique and made task suggestions like talk to a significant other or encouraged the client to explore emotional reactions to the significant other and make sense of them.
45. The therapist tried to help the client better understand how he/she relates to others, how this style of relating developed.
46. The therapist seemed interested in trying to understand what the client was experiencing.
47. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience.
  - 47a. The therapist encourage the client to identify or explore here-and-now feelings.
  - 47b. The therapist encouraged the client to connect emotions to a felt body sense.
  - 47c. The therapist focused on here-and-now therapeutic relationship.
  - 47d. The therapist pointed the client self-criticism, self-depreciation, self-judgment, or perfectionism.

- 47e. The therapist encouraged the client to focus on inner searching.
- 47f. The therapist commented upon the client facial expression, body language, tone of voice, pattern of speech and other indicators of emotional states.
- 47g. The therapist encourage the client to talk about their emotional reaction towards what the therapist said.
- 47h. The therapist pointed out when client became more alive, or engaged.
48. The therapist tried to help the client better understand how his/her problem was due to certain beliefs or rules that he/she follows.
49. The therapist encouraged the client to question his/her beliefs or to discover flaws in his/her reasoning.
50. The therapist focused on a specific concern in the client's relationships
51. The therapist encouraged the client to explore ways in which the client could make changes in his/her relationships
52. The therapist reviewed the gains the client has made while in therapy.
- 52a. The therapist pointed out the gains the client made in his/her life.
53. The therapist reviewed the difficulties that the client was currently experiencing.
54. The therapist encouraged the client to examine his/her relationships with others or explored specific interpersonal behaviours like
55. The therapist encouraged the client to think about ways in which he/she might prepare for major changes in his/her relationships.
56. The therapist both accepted the client for who he/she is and encouraged him/her to change.
57. The therapist encouraged the client to identify situations in which the client's feelings were invalidated
58. The therapist encouraged the client to think about or be aware of things in his/her life without judging them.
59. The therapist made it clear that the client's problem was a treatable medical condition.
60. The therapist tried to help the client better understand how the client's problems were due to difficulties in his/her social relationships.

## Anexo F

### Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI em Cada Sessão

#### Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Beck, Judith (A)

Minutos de Sessão	Cotação em unid. de 1 min	
Início da sessão – 1	IT	
1 – 2	1	
2 – 3	2	→ (12)
3 – 4	2	
4 – 5	2	
5 – 6	2	
6 – 7	2	
7 – 8	1	
8 – 9	2	→ (1a); (28);
9 – 10	2	
10 – 11	2	
11 – 12	2	
12 – 13	1	
13 - 14	IT	
14 - 15	2	→ (15); (42); (49)
15 - 16	2	
16 - 17	2	
17 - 18	1	
18 - 19	2	→ (55)
19 - 20	1	
20 - 21	2	→ (40a)
21 - 22	2	
22 - 23	1	
23 - 24	2	→ (49)
24 - 25	2	
25 - 26	2	
26 - 27	2	
27 - 28	2	
28 - 29	IT	
29 - 30	3	→ (9); (42); (55); (36); (29)*
30 - 31	IT	
31 - 32	2	
32 - 33	2	
33 - 34	2	
34 - 35	3	→ (1a); (28);

35 - 36	1	
36 - 37	IT	
37 - 38	1	
38 - 39	2	→ (49)
39 - 40	2	
40 - 41	2	
41 - 42	2	
42 - 43	2	
43 - 44	IT	
44 - 45	3	→ (38a)
45 -Final da sessão	3	

### Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - McWilliams, Nancy (A)

Minutos de Sessão	Cotação em unid. de 1 min	
Início da sessão – 1	2	
1 – 2	3	→ (38)
2 – 3	3	
3 – 4	3	
4 – 5	IT	
5 – 6	1	
6 – 7	1	
7 – 8	2	→ (41)
8 – 9	IT	
9 – 10	IT	
10 – 11	1	
11 – 12	2	→ (2); (34); (32a); (41)
12 – 13	2	
13 - 14	2	
14 - 15	2	
15 - 16	2	
16 - 17	1	
17 - 18	1	
18 - 19	2	→ (12); (18); (32)
19 - 20	IT	
20 - 21	IT	
21 - 22	2	
22 - 23	2	
23 - 24	IT	
24 - 25	1	
25 - 26	2	→ (2); (32a); (41);

26 - 27	2	
27 - 28	2	
28 - 29	2	
29 - 30	2	
30 - 31	2	
31 - 32	2	
32 - 33	IT	
33 - 34	IT	
34 - 35	1	
35 - 36	2	→ (24a)
36 - 37	2	
37 - 38	1	
38 - 39	1	
39 - 40	2	→ (6); (50)
40 - 41	2	
41 - 42	2	
42 - 43	IT	
43 - Final da sessão	IT	

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Greenberg, Leslie (A)**

Minutos de Sessão	Cotação em unid. de 1 min	
Início da sessão - 1	1	
1 - 2	1	
2 - 3	2	→ (47a)
3 - 4	2	
4 - 5	IT	
5 - 6	1	
6 - 7	1	
7 - 8	2	→ (47b)
8 - 9	2	
9 - 10	2	
10 - 11	2	
11 - 12	2	
12 - 13	2	
13 - 14	2	
14 - 15	IT	
15 - 16	1	
16 - 17	2	→ (3); (44a)
17 - 18	2	
18 - 19	2	

19 - 20	2	
20 - 21	2	
21 - 22	IT	
22 - 23	2	
23 - 24	2	
24 - 25	2	
25 - 26	2	
26 - 27	2	
27 - 28	2	
28 - 29	2	
29 - 30	2	
30 - 31	2	
31 - 32	2	
32 - 33	2	
33 - 34	2	
34 - 35	2	
35 - 36	2	
36 - 37	2	
37 - 38	2	
38 - 39	2	
39 - 40	2	
40 - 41	2	
41 - 42	2	
42 - 43	2	
43 - 44	2	
44 - 45	2	
45 - 46	3	→ (40b)
46 - 47	IT	
47 - 48	IT	
48 - 49	3	→ (47a)
49 -Final da sessão	3	

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Greenberg, Leslie (B1)**

<b>Minutos de Sessão</b>	<b>Cotação em unid. de 1 min</b>
Início da sessão – 1	1
1 – 2	1
2 – 3	1
3 – 4	1
4 – 5	1
5 – 6	1
6 – 7	1
7 – 8	1

8 - 9	2	→	(3); (54)
9 - 10	1		
10 - 11	2	→	(24a)
11 - 12	3	→	(10)
12 - 13	IT		
13 - 14	3		
14 - 15	2		
15 - 16	IT		
16 - 17	IT		
17 - 18	2		
18 - 19	2		
19 - 20	2		
20 - 21	2		
21 - 22	2		
22 - 23	3	→	(47a)
23 - 24	3		
24 - 25	3		
25 - 26	3		
26 - 27	3		
27 - 28	2		
28 - 29	2		
29 - 30	2		
30 - 31	2		
31 - 32	2		
32 - 33	2		
33 - 34	IT		
34 - 35	2		
35 - 36	2		
36 - 37	2		
37 - 38	3	→	(44a)
38 - 39	2		
39 - 40	2		
40 - 41	3	→	(47a)
41 - 42	3		
42 - 43	IT		
43 - 44	3		
44 - 45	IT		
45 - Final da Sessão	IT		

**Cotação com a NEPCS 2.0 e MULTI - Greenberg, Leslie (B2)**

<b>Minutos de Sessão</b>	<b>Cotação em unid. de 1 min</b>	
Início da sessão – 1	1	
1 – 2	3	→ (1a)
2 – 3	2	
3 – 4	2	
4 – 5	1	
5 – 6	1	
6 – 7	1	
7 – 8	2	→ (40a)
8 – 9	2	
9 – 10	2	
10 – 11	2	
11 – 12	3	→ (24a)
12 – 13	2	
13 - 14	2	
14 - 15	2	
15 - 16	2	
16 - 17	2	
17 - 18	2	
18 - 19	2	
19 - 20	2	
20 - 21	2	
21 - 22	2	
22 - 23	2	
23 - 24	2	
24 - 25	2	
25 - 26	2	
26 - 27	2	
27 - 28	2	
28 - 29	2	
29 - 30	2	
30 - 31	2	
31 - 32	2	
32 - 33	2	
33 - 34	2	
34 - 35	2	
35 - 36	2	
36 - 37	2	
37 - 38	3	→ (19); (10); (44a)

38 - 39	3
39 - 40	3
40 - 41	3
41 - 42	3
42 - 43	3
43 - 44	3
44 - 45	3
45 - 46	3
46 - 47	3
47 - 48	3
48 - 49	IT

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Goldman, Rhonda (C)**

<b>Minutos de Sessão</b>	<b>Cotação em unid. de 1 min</b>
Início da sessão – 1	1
1 – 2	1
2 – 3	1
3 – 4	1
4 – 5	1
5 – 6	1
6 – 7	1
7 – 8	1
8 – 9	1
9 – 10	IT
10 – 11	IT
11 – 12	2
12 – 13	2
13 - 14	2
14 - 15	2
15 - 16	2
16 - 17	2
17 - 18	2
18 - 19	2
19 - 20	2
20 - 21	2
21 - 22	2
22 - 23	2
23 - 24	2
24 - 25	2
25 - 26	2

→ (4); (32); (47)

26 - 27	2
27 - 28	2
28 - 29	2
29 - 30	2
30 - 31	2
31 - 32	2
32 - 33	2
33 - 34	2
34 - 35	2
35 - 36	2
36 - 37	2
37 - 38	2
38 - 39	2
39 - 40	2
40 - 41	2
41 - 42	2
42 - 43	2
43 - 44	2
44 - 45	2
45 - 46	2
46 - 47	3
47 - 48	3
48 - 49	3
49 - 50	3
50 - 51	3
51 - 52	3
52 - 53	3
53 - 54	3
54 - 55	IT
55 - 56	IT
56 - Final da sessão	IT

→ (47); (40b)

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - McWilliams, Nancy (D)**

<b>Minutos de Sessão</b>	<b>Cotação em unid. de 1 min</b>
Início da sessão – 1	IT
1 – 2	1
2 – 3	1
3 – 4	1
4 – 5	1
5 – 6	1

6 - 7	1	
7 - 8	1	
8 - 9	1	
9 - 10	1	
10 - 11	1	
11 - 12	1	
12 - 13	1	
13 - 14	1	
14 - 15	1	
15 - 16	1	
16 - 17	2	→ (47d); (12); (47c)
17 - 18	2	
18 - 19	2	
19 - 20	1	
20 - 21	1	
21 - 22	2	→ (19)
22 - 23	2	
23 - 24	2	
24 - 25	2	
25 - 26	2	
26 - 27	1	
27 - 28	1	
28 - 29	2	→ (40)
29 - 30	2	
30 - 31	2	
31 - 32	IT	
32 - 33	2	
33 - 34	2	
34 - 35	IT	
35 - 36	3	→ (53); (19); (45); (2)
36 - 37	3	
37 - 38	3	
38 - 39	3	
39 - 40	3	
40 - 41	3	
41 - 42	3	
42 - 43	3	
43 - 44	3	
44 - 45	IT	
45 -Final da sessão	IT	

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Craske, Michelle (E)**

<b>Minutos de Sessão</b>	<b>Cotação em unid. de 1 min</b>	
Início da sessão – 1	1	
1 – 2	1	
2 – 3	1	
3 – 4	1	
4 – 5	1	
5 – 6	2	→ (60)
6 – 7	2	
7 – 8	2	
8 – 9	IT	
9 – 10	IT	
10 – 11	IT	
11 – 12	IT	
12 – 13	IT	
13 - 14	2	
14 - 15	2	
15 - 16	IT	
16 - 17	IT	
17 - 18	IT	
18 - 19	2	
19 - 20	2	
20 - 21	2	
21 - 22	2	
22 - 23	1	
23 - 24	2	→ (49); (36); (42)
24 - 25	IT	
25 - 26	2	
26 - 27	IT	
27 - 28	2	
28 - 29	2	
29 - 30	IT	
30 - 31	2	
31 - 32	2	
32 - 33	2	
33 - 34	2	
34 - 35	2	
35 - 36	2	
36 - 37	2	
37 - 38	2	
38 - 39	IT	
39 - 40	IT	

40 - 41	3	→	(36); (42)
41 - 42	2		
42 - 43	3	→	(10); (36); (42)
43 - 44	2		
44 - 45	IT		
45 - 46	3	→	(35); (60)
46 - 47	IT		
47 - Final da sessão	IT		

### Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Fosha, Diana (G)

Minutos de Sessão	Cotação em unid. de 1 min		
Início da sessão - 1	1		
1 - 2	1		
2 - 3	2	→	(47e)
3 - 4	1		
4 - 5	1		
5 - 6	1		
6 - 7	1		
7 - 8	2	→	(3); (13); (38c); (47a)
8 - 9	1		
9 - 10	IT		
10 - 11	2	→	(47g); (47e)
11 - 12	3	→	(19); (18b)
12 - 13	2		
13 - 14	3	→	(18b); (47e)
14 - 15	3		
15 - 16	1		
16 - 17	2	→	(20)
17 - 18	2		
18 - 19	2		
19 - 20	2		
20 - 21	2		
21 - 22	2		
22 - 23	2		
23 - 24	2		
24 - 25	1		
25 - 26	1		
26 - 27	1		
27 - 28	1		
28 - 29	1		
29 - 30	1		

30 - 31	2	→	(47a); (45)
31 - 32	2		
32 - 33	2		
33 - 34	3	→	(11); (14); (18); (46); (54)
34 - 35	3		
35 - 36	3		
36 - 37	2		
37 - 38	3	→	(47)
38 - 39	2		
39 - 40	2		
40 - 41	3	→	(40); (21)
41 - 42	3		
42 - 43	2		
43 - 44	2		
44 - 45	2		
45 - 46	2		
46 - 47	2		
47 - 48	2		
48 - 49	2		
49 - 50	2		
50 - 51	IT		
51 - 52	2		
52 - Final da sessão	IT		

### Cotação com NEPCS-2.0 e MULTI - Fosha, Diana (F)

Minutos de Sessão	Cotação em unid. de 1 min		
Início da sessão - 1	IT		
1 - 2	1		
2 - 3	1		
3 - 4	1		
4 - 5	1		
5 - 6	IT		
6 - 7	1		
7 - 8	1		
8 - 9	2	→	(5)
9 - 10	2		
10 - 11	2		
11 - 12	2		
12 - 13	1		
13 - 14	2	→	(30a); (47g)
14 - 15	2		

15 - 16	2	
16 - 17	2	
17 - 18	IT	
18 - 19	1	
19 - 20	1	
20 - 21	IT	
21 - 22	2	→ (3); (11a); (12); (18); (32)
22 - 23	2	
23 - 24	IT	
24 - 25	2	
25 - 26	2	
26 - 27	1	
27 - 28	IT	
28 - 29	IT	
29 - 30	IT	
30 - 31	2	→ (4a); (12) *; (18); (50)
31 - 32	IT	
32 - 33	IT	
33 - 34	1	
34 - 35	2	→ (4b); (32)
35 - 36	1	
36 - 37	2	→ (4b)
37 - 38	3	→ (32); (21); (47a)
38 - 39	3	
39 - 40	3	
40 - 41	3	
41 - 42	3	
42 - 43	3	
43 - 44	3	
44 - 45- Final da sessão	IT	

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Wachtel, Paul (H)**

<b>Minutos de Sessão</b>	<b>Cotação em unid. de 1 min</b>
Início da sessão – 1	1
1 – 2	1
2 – 3	1
3 – 4	1
4 – 5	1

5 - 6	1	
6 - 7	1	
7 - 8	1	
8 - 9	1	
9 - 10	1	
10 - 11	1	
11 - 12	1	
12 - 13	IT	
13 - 14	IT	
14 - 15	2	→ (50); (53); (54)
15 - 16	2	
16 - 17	2	
17 - 18	3	→ (47f); (52)
18 - 19	2	
19 - 20	3	→ (54)
20 - 21	3	
21 - 22	2	
22 - 23	1	
23 - 24	IT	
24 - 25	1	
25 - 26	1	
26 - 27	1	
27 - 28	2	→ (18); (40)
28 - 29	2	
29 - 30	2	
30 - 31	2	
31 - 32	2	
32 - 33	2	
33 - 34	IT	
34 - 35	1	
35 - 36	3	→ (19); (2)
36 - 37	3	
37 - 38	3	
39 - 40	2	
40 - 41	2	
41 - 42	2	
42 - 43	2	
43 - 44	3	→ (54)
44 - 45	3	
45 - 46	IT	
46 - 47	IT	
47 - Final da sessão	IT	

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Safran, Jeremy (I)**

<b>Minutos de Sessão</b>	<b>Cotação em unid. de 1 min</b>	
Início da sessão – 1	1	
1 – 2	1	
2 – 3	2	→ (5)
3 – 4	2	
4 – 5	2	
5 – 6	2	
6 – 7	2	
7 – 8	2	
8 – 9	2	
9 – 10	2	
10 – 11	2	
11 – 12	2	
12 – 13	2	
13 - 14	1	
14 - 15	1	
15 - 16	1	
16 - 17	2	→ (41)
17 - 18	1	
18 - 19	1	
19 - 20	2	→ (3)
20 - 21	IT	
21 - 22	2	
22 - 23	2	
23 - 24	2	
24 - 25	3	→ (38a)
25 - 26	2	
26 - 27	IT	
27 - 28	3	→ (22)
28 - 29	IT	
29 - 30	2	
30 - 31	IT	
31 - 32	3	→ (11); (22)
32 - 33	3	
33 - 34	IT	
34 - 35	IT	
35 - 36	2	
36 - 37	2	
37 - 38	2	
38 - 39	3	→ (47c)
39 - 40	2	
40 - 41	2	

41 - 42	2	
42 - 43	2	
43 - 44	IT	
44 - 45	3	→ (41)
45 -Final da sessão	IT	

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Messer, Stanley (J)**

<b>Minutos de Sessão</b>	<b>Cotação em unid. de 1 min</b>	
Início da sessão – 1	IT	
1 – 2	1	
2 – 3	1	
3 – 4	2	→ (11)
4 – 5	2	
5 – 6	2	
6 – 7	1	
7 – 8	2	→ (47a); (12)
8 – 9	1	
9 – 10	1	
10 – 11	1	
11 – 12	1	
12 – 13	2	→ (41); (50)
13 - 14	2	
14 - 15	2	
15 - 16	2	
16 - 17	1	
17 - 18	1	
18 - 19	1	
19 - 20	1	
20 - 21	1	

21 - 22	1	
22 - 23	2	→ (19); (50); (54) *
23 - 24	IT	
24 - 25	2	
25 - 26	2	
26 - 27	2	
27 - 28	2	
28 - 29	2	
29 - 30	2	
30 - 31	2	
31 - 32	IT	
32 - 33	2	
33 - 34	2	
34 - 35	3	→ (2); (28); (41); (45a); (45)
35 - 36	3	
36 - 37	2	
37 - 38	2	
38 - 39	3	→ (11); (12) *
39 - 40	2	
40 - 41	2	
41 - 42	2	
42 - 43	3	→ (38a)
43 - Final da sessão	IT	

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Schneider, Kirk (K)**

<b>Minutos de Sessão</b>	<b>Cotação em unid. de 1 min</b>	
Início da sessão – 1	1	
1 – 2	1	
2 – 3	1	
3 – 4	1	
4 – 5	1	
5 – 6	2	→ (3a)
6 – 7	1	
7 – 8	1	
8 – 9	1	
9 – 10	1	
10 – 11	1	
11 – 12	2	→ (1a); (28)
12 – 13	2	
13 - 14	2	
14 - 15	2	
15 - 16	2	
16 - 17	2	
17 - 18	1	
18 - 19	2	→ (36a)
19 - 20	2	
20 - 21	3	→ (3)
21 - 22	2	
22 - 23	2	
23 - 24	2	
24 - 25	2	
25 - 26	2	
26 - 27	2	
27 - 28	2	
28 - 29	1	
29 - 30	1	
30 - 31	2	→ (3a)
31 - 32	2	
32 - 33	2	
33 - 34	2	
34 - 35	2	
35 - 36	2	
36 - 37	2	
37 - 38	3	→ (23)
38 - 39	3	
39 - 40	2	
40 - 41	3	→ (11)
41 - 42	3	
42 - Final da sessão	IT	

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI – Bugental, James (L)**

<b>Minutos de Sessão</b>	<b>Cotação em unid. de 1 min</b>	
Início da sessão – 1	1	
1 – 2	1	
2 – 3	2	→ (13); (47f); (47e)
3 – 4	2	
4 – 5	2	
5 – 6	2	
6 – 7	2	
7 – 8	2	
8 – 9	2	
9 – 10	3	→ (47d)
10 – 11	3	
11 – 12	3	
12 – 13	2	
13 - 14	2	
14 - 15	3	→ (47f)
15 - 16	3	
16 - 17	3	
17 - 18	3	
18 - 19	3	
19 - 20	3	
20 - 21	2	
21 - 22	2	
22 - 23	2	
23 - 24	3	→ (21); (47h)
24 - 25	2	
25 - 26	2	
26 - 27	2	

27 - 28	2	
28 - 29	3	→ (3a)
29 - 30	3	
30 - 31	3	
31 - 32	3	
32 - 33	2	
33 - 34	3	→ (47f)
34 - 35	3	
35 - 36	3	
36 - 37	3	
37 - 38	3	
38 - 39	3	
39 - 40	3	
40 - 41	2	
41 - 42	3	→ (38a)
42 - Final da sessão	3	

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI – Bugental, James (M)**

Minutos de Sessão	Cotação em unid. de 1 min	
0 - 1	2	→ (47e)
1 - 2	1	
2 - 3	1	
3 - 4	2	→ (34)
4 - 5	2	
5 - 6	2	
6 - 7	2	
7 - 8	1	

8 - 9	2	→ (47d); (47f)
9 - 10	2	
10 - 11	2	
11 - 12	2	
12 - 13	2	
13 - 14	2	
14 - 15	2	
15 - 16	2	
16 - 17	2	
17 - 18	2	
18 - 19	2	
19 - 20	2	
20 - 21	2	
21 - 22	2	
22 - 23	2	
23 - 24	3	→ (47e)
24 - 25	3	
25 - 26	3	
26 - 27	3	
27 - 28	2	
28 - 29	2	
29 - 30	2	
30 - 31	2	
31 - 32	2	
32 - 33	2	
33 - 34	2	
34 - 35	2	
35 - 36	1	
36 - 37	2	→ (47f)
37 - 38	3	→ (10); (21)
38 - 39	2	

39 - 40	1	
40 - 41	2	→ (47e)
41 - 42	2	
42 - 43	2	
43 - 44	2	
44 - 45	3	→ (13)
45 - 46	3	
46 - 47	2	
47 - 48	3	→ (38a)
48 - 49	3	
49 - 50	IT	
50 - Final da sessão	IT	

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Ecker, Bruce (N)**

Minutos de Sessão	Cotação em unid. de 1 min	
Início da sessão – 1	1	
1 – 2	1	
2 – 3	IT	
3 – 4	1	
4 – 5	1	
5 – 6	2	→ (20)
6 – 7	2	
7 – 8	2	
8 – 9	2	
9 – 10	2	
10 – 11	2	
11 – 12	2	
12 – 13	2	
13 - 14	IT	
14 - 15	3	→ (3); (11a); (40)
15 - 16	3	
16 - 17	2	
17 - 18	2	
18 - 19	2	

19 - 20	2	
20 - 21	2	
21 - 22	2	
22 - 23	2	
23 - 24	3	→ (4a); (44b)
24 - 25	2	
25 - 26	3	→ (4); (18); (44b) *
26 - 27	2	
27 - 28	2	
28 - 29	3	→ (47a)
29 - 30	2	
30 - 31	3	→ (17)
31 - 32	IT	
32 - 33	IT	
33 - 34	IT	
34 - 35	IT	
35 - 36	IT	
36 - 37	IT	
37 - 38	IT	
38 - 39	IT	
39 - Final da Sessão	IT	

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - Chapman, Alexander (O)**

Minutos de Sessão	Cotação em unid. de 1 min	
Início da sessão – 1	IT	
1 – 2	1	
2 – 3	2	→ (17); (36) *
3 – 4	1	
4 – 5	1	
5 – 6	1	
6 – 7	IT	
7 – 8	1	
8 – 9	IT	
9 – 10	1	
10 – 11	1	
11 – 12	1	
12 – 13	2	→ (11); (47a)
13 - 14	2	
14 - 15	2	

15 - 16	1	
16 - 17	2	→ (19); (54)
17 - 18	2	
18 - 19	2	
19 - 20	IT	
20 - 21	IT	
21 - 22	3	→ (6); (36); (51); (42)
22 - 23	2	
23 - 24	2	
24 - 25	2	
25 - 26	IT	
26 - 27	2	
27 - 28	2	
28 - 29	IT	
29 - 30	3	→ (15); (35); (42); (51)
30 - 31	2	
31 - 32	IT	
32 - 33	IT	
33 - 34	2	
34 - 35	IT	
35 - 36	IT	
36 - 37	2	
37 - 38	IT	
38 - 39	3	→ (18); (37); (45); (48); (60)
39 - 40	3	
40 - 41	IT	
41 - 42	3	
42 - 43	IT	
43 - Final da sessão	IT	

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI - McCullough, Leigh (P)**

Minutos de Sessão	Cotação em unid. de 1 min	
Início da sessão – 1	1	
1 – 2	1	
2 – 3	2	→ (11); (32); (38c)
3 – 4	2	
4 – 5	2	
5 – 6	1	
6 – 7	1	

7 - 8	1	
8 - 9	1	
9 - 10	1	
10 - 11	2	→ (19); (45); (54);
11 - 12	1	
12 - 13	1	
13 - 14	1	
14 - 15	1	
15 - 16	1	
16 - 17	1	
17 - 18	2	→ (13); (47a); (47c); (47h)
18 - 19	2	
19 - 20	1	
20 - 21	1	
21 - 22	1	
22 - 23	2	→ (40a)
23 - 24	2	
24 - 25	IT	
25 - 26	1	
26 - 27	1	
27 - 28	1	
28 - 29	1	
29 - 30	2	→ (41)
30 - 31	2	
31 - 32	2	
32 - 33	1	
33 - 34	IT	
34 - 35	IT	
35 - 36	1	
36 - 37	1	
37 - 38	2	→ (50); (21)
38 - 39	2	
39 - 40	IT	
40 - 41	2	
41 - 42	2	
42 - 43	2	
43 - 44	IT	
44 - 45	2	
45 - 46	2	
46 - 47	IT	
47 - 48	1	
48 - 49	IT	
49 - 50	3	→ (47c); (32)
50 - 51	2	
51 - 52	IT	

**Cotação com NEPCS 2.0 e MULTI- McCullough, Leigh (Q)**

<b>Minutos de Sessão</b>	<b>Cotação em unid. de 1 min</b>	
Início da sessão – 1	1	
1 – 2	1	
2 – 3	1	
3 – 4	1	
4 – 5	1	
5 – 6	1	
6 – 7	1	
7 – 8	2	→ (11); (47b)
8 – 9	2	
9 – 10	2	
10 – 11	2	
11 – 12	2	
12 – 13	2	
13 - 14	2	
14 - 15	IT	
15 - 16	1	
16 - 17	IT	
17 - 18	1	
18 - 19	3	→ (3); (19)
19 - 20	3	
20 - 21	2	
21 - 22	2	
22 - 23	2	
23 - 24	2	
24 - 25	2	
25 - 26	2	
26 - 27	2	
27 - 28	IT	
28 - 29	IT	
29 - 30	IT	
30 - 31	IT	
31 - 32	1	
32 - 33	1	
33 - 34	2	→ (11); (12)
34 - 35	IT	
35 - 36	2	
36 - 37	1	
37 - 38	IT	
38 - 39	2	→ (50); (53); (54)
39 - 40	1	
40 - 41	2	→ (3a); (19)

41 - 42	IT	
42 - 43	IT	
43 - 44	2	
44 - 45	IT	
45 - 46	3	→ (17); (29)
46 - 47	3	
47 - Final da sessão	3	

\*Intervenções utilizadas mais do que 1 vez no mesmo segmento

## Anexo G

### Grau de Concordância Intravaliadores (ICC)

Sessão	ICC
McWilliams, Nancy - D	33,8%
Ecker, Bruce - N	50,2%
Fosha, Diana – G (female client)	59,5%
Wachtel, Paul – H	80,0%
Fosha, Diana – F (male client)	83,3%
Greenberg, Leslie - B1 (1ª session)	83,1%
Greenberg, Leslie - B2 (2ª session)	81,5%
Goldman, Rhonda - D	97,7%
Greenberg, Leslie (A1)	76,5%
McWilliams, Nancy (A2)	90,8%
Beck, Judith (A3)	93,5%
Craske, Michelle - E	76,8%
Safran, Jeremy - I	94,7%
Messer, Stanley - J	86,7%
Schneider, Kirk - K	90,3%
Bugental, James – L	80,7%
Bugental, James - M	91,0%
Chapman, Alexander - O	96,7%
McCullough, Leigh - P	85,3%
McCullough, Leigh - Q	88,4%

ICC pobre [ $\leq 0.50$ ]

ICC Moderado [ $0.50 - 0.75$ ]

ICC bom [ $0.75 - 0.90$ ]

ICC excelente [ $\geq 0.90$ ]

## Anexo H

### Intervenções utilizadas por cada terapeuta que facilitaram a na mudança de shift

Terapeuta	Intervenções utilizadas na mudança de shift
<b>Beck, J. (A)</b>	<p>12. The therapist encouraged the client to talk about feelings he/she had previously avoided or never expressed.</p> <p>1a. The therapist set an agenda or established specific goals for the therapy session. / <b>The therapist encouraged the client to propose a goal or a focus to work on session (2)</b></p> <p>28. The therapist and the client worked together as a team (2)</p> <p>15. The therapist taught the client specific new skills or behaviors</p> <p>42. The therapist focused on improving the client's ability to solve his/her own problems.</p> <p>49. The therapist encouraged the client to question his/her beliefs or to discover flaws in his/her reasoning. / <b>The therapist asked the client to imagine the outcome of the worst case scenario</b></p> <p>40a. The therapist encouraged the client to explore the personal meaning of an event or a feeling. / <b>The therapist encouraged the patient to identify the worst, hardest or the most painful part</b></p> <p>55. The therapist encouraged the client to think about ways in which he/she might prepare for major changes in his/her relationships (2)</p> <p>49. The therapist encouraged the client to question his/her beliefs or to discover flaws in his/her reasoning. (2)</p> <p>9. The therapist and the client discussed a plan for the client</p> <p>42. The therapist focused on improving the client's ability to solve his/her own problems.</p> <p>36. The therapist focused on the ways the client copes with his/her problems. <b>(The therapist praised the client coping skill suggestion)</b></p> <p>29. The therapist gave the client advice or suggested practical solutions (2)</p> <p>38a. The therapist explored the client's feelings about therapy. / <b>The therapist asked for a feedback about the session</b></p>
<b>McWilliams, N. (A)</b>	<p>38b. The therapist explored the patient feelings about therapy. / <b>The therapist encouraged the client to reflect about last session</b></p> <p>41. The therapist often focused on the client's childhood or past experiences (3)</p>

- 
2. The therapist made connections between the client's current situation and his/her past. / **(My therapist interpreted the origin of the patient problem) (2)**
34. The therapist focused on how disagreements between certain parts of the client's personality have caused the client's problems.
12. The therapist encouraged the client to talk about feelings he/she had previously avoided or never expressed.
32. The therapist often explained what he/she was trying to do.
- 32a. The therapist often explained what he/she was trying to do. / **The therapist used psychoeducation (2)**
18. The therapist was warm, sympathetic, and accepting.
24. The therapist and the client discussed the client's dreams, fantasies, or wishes. / **The therapist interpreted the client's dreams.**
6. The therapist focused on the client's recent experiences.
- 

- Greenberg, L.** 47a. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist encourage the client to identify or explore here-and-now feelings (2)**
- (A) 47b. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist encouraged the client to connect emotions to a felt body sense**
3. The therapist focused on identifying parts of the client's personality that were in conflict
- 44a. The therapist had the client role-play (act out or rehearse) certain scenes or situations. / **The therapist used Empty Chair or Two-chair technique and made task suggestions like talk to a significant other or encouraged the client to explore emotional reactions to the significant other and make sense of them**
- 40b. The therapist encouraged the client to explore the personal meaning of an event or a feeling. / **The therapist encourage the client to reflect about an new emotional experience in session to create a new meaning**
-

---

**Greenberg, L.** 3. The therapist focused on identifying parts of the client's personality that were in conflict  
**(B1)**

54. The therapist encouraged the client to examine his/her relationships with others/ The therapist encouraged the client to explore interpersonal problems

24a. The therapist and the client discussed the client's dreams, fantasies, or wishes.  
/ **The therapist encourage the client to articulate their needs**

10. The therapist repeated back to the client (paraphrased) the meaning of what the client was saying.

44a. The therapist had the client role-play (act out or rehearse) certain scenes or situations. / **The therapist used Empty Chair or Two-chair technique and made task suggestions like talk to a significant other or encouraged the client to explore emotional reactions to the significant other and make sense of them**

47a. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist encourage the client to identify or explore here-and-now feelings (2)**

---

**Greenberg,** 1a. The therapist set an agenda or established specific goals for the therapy session.  
**L.(B2)** / **The therapist encouraged the client to propose a goal or a focus to work on session**

40a. The therapist encouraged the client to explore the personal meaning of an event or a feeling. / **The therapist encouraged the patient to identify the worst, hardest or the most painful part**

24a. The therapist and the client discussed the client's dreams, fantasies, or wishes.  
/ **The therapist encourage the client to articulate their needs.**

19. The therapist pointed out recurring themes, relational patterns, relational dynamics or problems in the client's relationships.

10. The therapist repeated back to the client (paraphrased) the meaning of what the client was saying.

44a. The therapist had the client role-play (act out or rehearse) certain scenes or situations. . / **The therapist used Empty Chair or Two-chair technique and made task suggestions like talk to a significant other or encouraged the client to explore emotional reactions to the significant other and make sense of them**

---

**Goldman,** 32. The therapist often explained what he/she was trying to do.  
**R.(C)**

---

---

4. The therapist asked the client to visualize specific scenes, situations or a person in detail.

47. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. (2)

40b. The therapist encouraged the client to explore the personal meaning of an event or a feeling. / **The therapist encourage the client to reflect about an new emotional experience in session to create a new meaning**

---

**McWilliams,** 47d. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment  
**N. ( D)** experience. / **The therapist pointed the client self-criticism, self-depreciation, self-judgment, or perfectionism**

47c. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist explored here-and-now therapeutic relationship E**

12. The therapist encouraged the client to talk about feelings he/she had previously avoided or never expressed.

40. The therapist encouraged the client to explore the personal meaning of an event or a feeling.

53. The therapist reviewed the difficulties that the client was currently experiencing.

19. The therapist pointed out recurring themes, relational patterns, relational dynamics or problems in the client's relationships (2)

45. The therapist tried to help the client better understand how he/she relates to others, how this style of relating developed, and how it causes the clients problems.

2. The therapist made connections between the client's current situation and his/her past./ (**The therapist interpreted the origin of the patient problem**)

---

**Craske, M. (E)** 60. The therapist tried to help the client better understand how the client's problems were due to difficulties in his/her social relationships. (**The therapist made connections between client relationships concern and symptoms**); (2)

49. The therapist encouraged the client to question his/her beliefs or to discover flaws in his/her reasoning. / **The therapist asked the client to imagine the outcome of the worst case scenario**

36. The therapist focused on the ways the client copes with his/her problems. (3)

42. The therapist focused on improving the client's ability to solve his/her own problems. (3)

10. The therapist repeated back to the client (paraphrased) the meaning of what the client was saying.

---

---

35. The therapist encouraged the client to change specific behaviors.

---

- Fosha, D. (F)** 5. The therapist encouraged the client to identify specific situations or events that tended to precede the client's problematic behavior.
- 30a. The therapist shared personal information with the client. / **The therapist shared her/his personal feelings during the interaction with the client.**
- 47g. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist encourage the client to talk about their emotional reaction towards what the therapist said**
- 47a. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist encourage the client to identify or explore here-and-now feelings**
3. The therapist focused on identifying parts of the client's personality that were in conflict
- 11a. The therapist encouraged the client to identify or label feelings that he/she had in or outside of the session. / **The therapist encouraged the client to explore an emotion (guilty)**
12. The therapist encouraged the client to talk about feelings he/she had previously avoided or never expressed. (anger) (3)
18. The therapist was warm, sympathetic, and accepting. (2)
- 32a. The therapist often explained what he/she was trying to do. / **The therapist used psychoeducation**
32. The therapist often explained what he/she was trying to do. (2)
50. The therapist focused on a specific concern in the client's relationships,
- 4a. The therapist asked the client to visualize specific scenes or situations in detail. **The therapist had client to talk with a mental image of a significant other**
- 4b. The therapist asked the client to visualize specific scenes or situations in detail. **The therapist asked the client to imagine an hypothetical scenario and to explore their emotional reaction (2)**
21. The therapist encouraged the client to explore explanations for events or behaviors other than those that first came to the client's mind.

- 
- Fosha, D. (G)** 47g. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist encourage the client to talk about his/her emotional reaction towards what the therapist said**
-

---

47a. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist encourage the client to identify or explore here-and-now feelings (2)**

47e. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **My therapist encouraged to inner searching (2)**

19. The therapist pointed out recurring themes, relational patterns, relational dynamics or problems in the client's relationships.

18b. The therapist was warm, sympathetic, and accepting. / **The therapist created a safe place (2)**

20. The therapist talked about the function or purpose that the client's problem might have

45. The therapist tried to help the client better understand how he/she relates to others, how this style of relating developed, and how it causes the clients problems.

11. The therapist encouraged the client to identify or label feelings that he/she had in or outside of the session.

54. The therapist encouraged the client to examine his/her relationships

18a. The therapist was warm, sympathetic, and accepting. / **The therapist was fully present**

46. The therapist seemed interested in trying to understand what the client was experiencing.

14a. The therapist encouraged the client to talk about whatever came to his/her mind . /**Therapist encouraged to verbalize or elaborate content.**

40. The therapist encouraged the client to explore the personal meaning of an event or a feeling.

21. The therapist encouraged the client to explore explanations for events or behaviors other than those that first came to the client's mind.

38c. The therapist explored the client's feelings about therapy. / **The therapist explored the client resistance in the session**

---

**Watchel, P. (H)** 50. The therapist focused on a specific concern in the client's relationships. a. Disagreements or conflicts.

53. The therapist reviewed the difficulties that the client was currently experiencing.

54. The therapist encouraged the client to examine his/her relationships with others: c. The negative/hardest aspects of my relationships

---

---

54. The therapist encouraged the client to examine his/her relationships with others: the way the client acts in relationships. (**The therapist helped the client to see their role in their interpersonal problems**)

54. The therapist encouraged the client to examine his/her relationships with others: d) ways in which the client is similar to others

47f. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. /**The therapist commented upon the client facial expression, body language, tone of voice, pattern of speech and other indicators of emotional states.**

18. The therapist was warm, sympathetic, and accepting.

40. The therapist encouraged the client to explore the personal meaning of an event or a feeling.

19. The therapist pointed out recurring themes, relational patterns, relational dynamics or problems in the client's relationships.

2. The therapist made connections between the client's current situation and his/her past.

52a. The therapist reviewed the gains the client has made while in therapy. /**The therapist pointed out the gains the client made in his/her life.**

39. The therapist encouraged the client to view his/her problem from a different perspective.

---

**Safran, J. (I)** 38a. The therapist explored the client's feelings about therapy. / The **therapist asked for a feedback about the session (2)**

3. The therapist focused on identifying parts of the client's personality that were in conflict

41. The therapist focused on the client's childhood or past experiences. (**The therapist encouraged to reflect about the past affected the client relations in the present**)

5. The therapist encouraged the client to identify specific situations or events that tended to precede the client's problematic behavior.

22. The therapist made connections between the way the client acts or feels towards the therapist and the way that the client acts or feels in his/her other relationships. (Transference Interpretations).

47c. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. /**The therapist explored here-and-now therapeutic relationship**

---

---

11. The therapist encouraged the client to identify or label feelings that he/she had in or outside of the session.

---

**Messer, S. (J)** 11. The therapist encouraged the client to identify or label feelings that he/she had in or outside of the session.

47a. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience/ **The therapist encourage the client to identify or explore here-and-now feelings**

12. The therapist encouraged the client to talk about feelings he/she had previously avoided or never expressed. **(3)**

41. The therapist focused on the client's childhood or past experiences. **(2)**

50. The therapist focused on a specific concern in the client's relationships, like:  
c. Loss of a loved one.

50. My therapist focused on a specific concern in my relationships

19. The therapist pointed out recurring themes, relational patterns, relational dynamics or problems in the client's relationships.

54. The therapist encouraged the client to examine his/her relationships with others, like: the way the client acts in relationships **(2)**

2. The therapist made connections between the client's current situation and his/her past. **(The therapist interpreted the origin of my style of relating)**

45a. The therapist tried to help the client better understand how he/she relates to others, how this style of relating developed, / **The therapist encouraged the client to reflect about how their style of relating developed.**

45. The therapist tried to help the client better understand how he/she relates to others, how this style of relating developed, and how it causes the clients problems.

28. The therapist and the client worked together as a team.

2. The therapist made connections between the client's current situation and his/her past.

11. The therapist encouraged the client to identify or label feelings that he/she had in or outside of the session. / **The therapist labeled or identified feelings.**

38a. The therapist explored the client's feelings about therapy. / **The therapist asked for a feedback about the session**

---

**Schneider, K.** 3. The therapist focused on identifying parts of the client's personality that were in conflict **(2)**

**(K)**

3a. The therapist focused on identifying parts of the client's personality / **The therapist identified a healthy/positive part of the client**

---

---

1a. The therapist set an agenda or established specific goals for the therapy session.  
/ **The therapist encouraged the client to propose a goal or a focus to work on session**

28. The therapist and the client worked together as a team.

36a. The therapist focused on the ways the client copes with his/her problems. /**The therapist helped the client to understand how his/her ways to cope with problem maintains the problem.**

23. The therapist encouraged the client to see the choices he/she has in his/her life.

11. The therapist encouraged the client to identify or label feelings that he/she had in or outside of the session.

- 
- Bugental, J.** 47e. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist encouraged the client to inner searching**
- (L) 47d. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. /**The therapist pointed the client self-criticism, self-depreciation, self-judgment, or perfectionism**
- 47f. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist commented upon the client facial expression, body language, tone of voice, pattern of speech and other indicators of emotional states (3)**
- 47h. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist pointed out when client became more alive, or engaged**
21. The therapist encouraged the client to explore explanations for events or behaviors other than those that first came to the client's mind.
- 3a. The therapist focused on identifying parts of the client's personality / **The therapist identified a healthy/positive part of the client**
- 38a. The therapist explored the client's feelings about therapy. / **The therapist asked for a feedback about the session**
13. The therapist pointed out times when the client's behavior seemed inconsistent with what the client was saying/ **The therapist identified the client defenses\***

- 
- Bugental, J.** 47e. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist encouraged the client to focus on inner searching**
- (M) (3)
- 47f. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. /**The therapist commented upon the client facial expression, body**
-

---

**language, tone of voice, pattern of speech and other indicators of emotional states (2)**

47d. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist pointed the client self-criticism, self-depreciation, self-judgment, or perfectionism**

10. The therapist repeated back to the client (paraphrased) the meaning of what the client was saying.

21. The therapist encouraged the client to explore explanations for events or behaviors other than those that first came to the client's mind. / **Therapist explored the patient's perspective on their problem**

38a. The therapist explored the client's feelings about therapy. / **The therapist asked for a feedback about the session**

13. The therapist identified client's defenses

34. The therapist focused on how disagreements between certain parts of the client's personality have caused the client's problems.

---

**Ecker, B. (N)**

20. The therapist talked about the function or purpose that the client's problem might have/ **The therapist encourage me the client to reflect about the function or purpose that my problem might have**

3. The therapist focused on identifying parts of the client's personality/ **The therapist asked the client to give a voice from a part of the self**

11a. The therapist encouraged the client to identify or label feelings that he/she had in or outside of the session. / **The therapist encouraged the client to explore an emotion (guilty)**

40. The therapist encouraged the client to explore the personal meaning of an event or a feeling.

4a. The therapist asked the client to visualize specific scenes, situations or a person in detail / **The therapist had client to talk with a mental image of a significant other (2)**

44b. The therapist had the client role-play (act out or rehearse) certain scenes or situations. / **The therapist gave client's adicional instructions in a moment of internal exploration like to complete sentences (3)**

18. The therapist was warm, sympathetic, and accepting.

47a. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist encourage the client to identify or explore here-and-now feelings**

---

---

17. The therapist assigned homework exercises.

---

- Chapman,** 17. The therapist reviewed homework exercises,  
**A.(O)** 36. The therapist focused on the ways the client copes with his/her problems. **(3)**  
47a. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist encourage the client to identify or explore here-and-now feelings**  
11. The therapist encouraged the client to identify or label feelings that he/she had in or outside of the session. / **The therapist labeled or identified feelings.**  
19. The therapist pointed out recurring themes, relational patterns, relational dynamics or problems in the client's relationships. / **Pointed relational patterns**  
54. The therapist encouraged the client to examine his/her relationships with others  
51. The therapist encouraged the client to explore ways in which the client could make changes in his/her relationships a. Resolve a conflict in a relationship. **(2)**  
42. The therapist focused on improving the client's ability to solve his/her own problems. **(2)**  
6. The therapist often focused on the client's recent experiences.  
35. The therapist encouraged the client to change specific behaviors.  
15. The therapist taught the client specific new skills or behaviors: c. Be assertive with others.  
2. The therapist made connections between the client's current situation and his/her past.  
45. The therapist tried to help the client better understand how he/she relates to others, how this style of relating developed, and how it causes the clients problems.  
18. The therapist was warm, sympathetic, and accepting.  
60. The therapist tried t o help the client better understand how the client's problems were due to difficulties in his/her social relationships.  
48. The therapist tried to help the client better understand how his/her problem was due to certain beliefs or rules that he/she follows.  
37. The therapist encouraged the client to look for evidence in support of or against one of the client's beliefs or assumptions.

- 
- McCullough,** 32. The therapist often explained what he/she was trying to do. **(2)**  
**L. (P)** 11. The therapist encouraged the client to identify or label feelings that he/she had in or outside of the session. / **The therapist labeled or identified feelings.**  
38c. The therapist explored the client's feelings about therapy. / **The therapist explored the client resistance in the session**
-

---

19. The therapist pointed out recurring themes or problems in the client's relationships.

45. The therapist tried to help the client better understand how he/she relates to others, how this style of relating developed, and how it causes the client's problems.

54. The therapist encouraged the client to examine his/her relationships with others or explored specific interpersonal behaviours

47h. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist pointed out when client became more alive, or engaged**

47a. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist encourage the client to identify or explore here-and-now feelings**

47c. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist focused on here-and-now therapeutic relationship (2)**

13. The therapist identified client's defenses

40a. The therapist encouraged the client to explore the personal meaning of an event or a feeling. / **The therapist encouraged the patient to identify the worst, hardest or the most painful part**

41. The therapist often focused on the client's childhood or past experiences.

---

---

**McCullough,  
L. (Q)**

11. The therapist encouraged the client to identify or label feelings that he/she had in or outside of the session. (2)
- 47b. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience. / **The therapist encouraged the client to connect emotions to a felt body sense**
3. The therapist focused on identifying parts of the client's personality that were in conflict
19. The therapist pointed out recurring themes, relational patterns, relational dynamics or problems in the client's relationships.
12. The therapist encouraged the client to talk about feelings he/she had previously avoided or never expressed.
50. The therapist focused on a specific concern in the client's relationships
53. The therapist reviewed the difficulties that the client was currently experiencing.
54. The therapist encouraged the client to examine his/her relationships with others
19. The therapist pointed out recurring themes, **relational patterns**, relational dynamics or problems in the client's relationships.
- 3a. The therapist focused on identifying parts of the client's personality that were in conflict / **The therapist identified a healthy/positive part of the client**
29. The therapist gave the client advice or suggested practical solutions for the client's problem.
17. The therapist assigned homework exercises
-

## Anexo I

### Intervenções utilizadas pelos terapeutas que facilitaram a mudança de shift

Itens das intervenções do terapeuta	Frequência
1a. The therapist encouraged the client to propose a goal or a focus to work on session.	4
2. The therapist made connections between the client's current situation and his/her past.	7
3. The therapist focused on identifying parts of the client's personality that were in conflict	8
3a. The therapist identified a healthy/positive part of the client.	3
4. The therapist asked the client to visualize specific scenes, situations or a person in detail.	1
4a. The therapist had client to talk with a mental image of a significant other.	3
4b. The therapist asked the client to imagine an hypothetical scenario and to explore his/her emotional reaction.	2
5. The therapist encouraged the client to identify specific situations or events that tended to precede the client's problematic behavior.	2
6. The therapist focused on the client's recent experiences.	2
9. The therapist and the client discussed a plan	1
10. The therapist repeated back to the client (paraphrased) the meaning of what the client was saying	4
11. The therapist encouraged the client to identify or label feelings that he/she had in or outside of the session.	9
11a. The therapist encouraged the client to explore an emotion (e.g., guilt, rage).	2
12. The therapist encouraged the client to talk about feelings he/she had previously avoided or never expressed.	10
13. The therapist identified client's defenses.	3
14a. Therapist encouraged to verbalize a content.	1
15. The therapist taught the client specific new skills or behaviors, like how to.	2
17. The therapist reviewed or assigned homework exercises	3
18. The therapist was warm, sympathetic, and accepting.	6
18a. The therapist was fully present.	1
18b. The therapist created a safe place.	2

19. The therapist pointed out recurring themes, relational patterns, relational dynamics or problems in the client's relationships.	10
20. The therapist talked about the function or purpose that the client's problem might have	2
21. The therapist encouraged the client to explore explanations for events or behaviors other than those that first came to the client's mind.	4
22. The therapist made connections between the way the client acts or feels towards the therapist and the way that the client acts or feels in his/her other relationships.	1
24. The therapist and the client discussed the client's dreams, fantasies, or wishes.	1
24a. The therapist encourage the client to articulate their needs.	2
28. The therapist and the client worked together as a team.	4
29. The therapist gave the client advice or suggested practical solutions for the client's problem.	3
30a. The therapist shared her/his personal feelings during the interaction with the client.	1
32. The therapist often explained what he/she was trying to do.	6
32a. The therapist used psychoeducation.	3
34. The therapist focused on how disagreements between certain parts of the client's personality have caused the client's problems.	2
35. The therapist encouraged the client to change specific behaviors.	2
36. The therapist focused on the ways the client copes with his/her problems.	3
36a. The therapist helped the client to understand how his/her ways to cope with problems maintains the problem.	1
37. The therapist encouraged the client to look for evidence in support of or against one of the client's beliefs or assumptions.	1
38a. The therapist asked for a feedback about the session.	6
38b. The therapist encouraged the client to reflect about last session.	1
38c. The therapist explored the client resistance in the session.	2
39. The therapist encouraged the client to view his/her problem from a different perspective.	1
40. The therapist encouraged the client to explore the personal meaning of an event or a feeling.	6
40a. The therapist encouraged the patient to identify the worst, hardest or the most painful part.	3

41. The therapist focused on the client's childhood or past experiences.	7
44a. The therapist used Empty Chair or Two-chair technique and made task suggestions like talk to a significant other or encouraged the client to explore emotional reactions to the significant other and make sense of them.	3
44b. The therapist gave client's additional instructions in a moment of internal exploration like to complete sentences.	3
45. The therapist tried to help the client better understand how he/she relates to others, how this style of relating developed.	6
46. The therapist seemed interested in trying to understand what the client was experiencing.	1
47. The therapist encouraged the client to focus on his/her moment-to-moment experience.	2
47a. The therapist encourage the client to identify or explore here-and-now feelings.	11
47b. The therapist encouraged the client to connect emotions to a felt body sense.	2
47c. The therapist focused on here-and-now therapeutic relationship.	4
47d. The therapist pointed the client self-criticism, self-depreciation, self-judgment, or perfectionism.	3
47e. The therapist encouraged the client to focus on inner searching.	6
47f. The therapist commented upon the client facial expression, body language, tone of voice, pattern of speech and other indicators of emotional states. / draws attention to P's non-verbal behavior	6
47g. The therapist encourage the client to talk about their emotional reaction towards what the therapist said.	2
47h. The therapist pointed out when client became more alive, or engaged.	2
48. The therapist tried to help the client better understand how his/her problem was due to certain beliefs or rules that he/she follows.	1
49. The therapist encouraged the client to question his/her beliefs or to discover flaws in his/her reasoning.	4
50. The therapist focused on a specific concern in the client's relationships	5
51. The therapist encouraged the client to explore ways in which the client could make changes in his/her relationships	2
52a. The therapist pointed out the gains the client made in his/her life.	1
53. The therapist reviewed the difficulties that the client was currently experiencing.	3

---

54. The therapist encouraged the client to examine his/her relationships with others or explored specific interpersonal behaviours	10
55. The therapist encouraged the client to think about ways in which he/she might prepare for major changes in his/her relationships.	2
60. The therapist made connections between client relationships concern and symptoms	3

---