



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Rita Pereira do Vale

**Resolução da Ambivalência em Terapia
Cognitivo-Comportamental**

Outubro de 2016



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Rita Pereira do Vale

Resolução da Ambivalência em Terapia Cognitivo-Comportamental

Dissertação de Mestrado

Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professor Doutor António Ribeiro

Outubro de 2016

DECLARAÇÃO

Nome: Ana Rita Pereira do Vale

Endereço eletrónico: pg28219@alunos.uminho.pt

Número do Cartão de Cidadão: 14380785

Título da dissertação: Resolução da Ambivalência em Terapia Cognitivo-Comportamental

Orientador: Doutor António Ribeiro

Ano de conclusão: 2016

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia

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

Universidade do Minho, 14/06/2016

Assinatura: _____

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract.....	v
Introdução.....	6
Ambivalência em Psicoterapia.....	8
A Resolução da Ambivalência.....	9
Objetivos.....	11
Metodologia.....	12
Amostra/Participantes.....	12
Terapia e Terapeuta.....	12
Medidas/Instrumentos.....	14
Procedimentos.....	15
Resultados.....	16
Discussão.....	19
Limitações e Sugestões para Estudos Futuros.....	21
Referências.....	23

Índice de Tabelas e Figuras

Tabela 1.....	17
Figura 1.....	18
Figura 2.....	19

Agradecimentos

Ao Professor Miguel pela oportunidade de me integrar no seu grupo de trabalho, pela inspiração e aprendizagem, não deixando de referir a sua tão grande sabedoria. Em especial ao Professor António Ribeiro não só por ser o meu mentor neste trabalho, mas pelos conselhos, ensinamentos e pelo seu espírito crítico. À Cátia Braga pela ajuda indispensável e por ter sido o meu maior apoio na construção deste trabalho, a estas duas pessoas um especial “Obrigada”! À Professora Inês Sousa, pela sua ajuda na análise dos dados, que permitiu concretizar o objetivo deste trabalho.

A todo o grupo dos MIs, por me ter acolhido e por todas as ideias e sugestões que contribuíram para que este trabalho tenha sido concretizado e da seguinte forma melhorado. Pelo espírito crítico e de entreajuda, mas também pelo bom humor matinal de todos eles, todas as sextas feiras do ano, ajudando assim para que tudo corresse pelo melhor.

À Janine, pela amizade destes longos 5 anos, pela palavra certa na hora certa, pela partilha de medos e ansiedades que nunca nos separou. À Ana, por tudo! Pela generosidade pelas lágrimas e risos a meu lado. À Lili, Raquel, Joana e Sol com elas foi possível tudo ser menos doloroso. À Isa, pela consistência da sua amizade, pelas horas de trabalho juntas na biblioteca, por tudo que “atura” a meu lado. À Paula, pela amizade de uma vida, mesmo estando longe e por todos os momentos que partilhámos. À Carolina, por sofrer as minhas dores e por vibrar com as minhas conquistas. À Vera, pela companhia inalcançável, ajudando-me a nunca desistir.

Ao “R” por me apoiar e acreditar que sou sempre capaz de mais, pela paciência e preocupação, por me fazer rir, por me emocionar. Pelos pormenores. À Virinha, por todo o carinho e generosidade, por se lembrar das datas mais importantes.

A toda a minha família, por se orgulhar do meu percurso, ao meu Pai por ser o melhor do mundo e sempre apoiar as minhas escolhas. À minha “sis” pelo companheirismo de guerra, pela cumplicidade, pelos conselhos e por acreditar sempre em mim. À minha estrelinha, a minha mãe, a ela devo tudo, que me fez sorrir, secou minhas lágrimas, me abraçou forte em presença e em pensamento. A ela, que estará com certeza a ver-me vencer. É um presente de Deus que terei como exemplo para sempre. Às minhas primas, e em especial à Sandra pelos conselhos de última hora, pela sua grande sabedoria acerca desta área.

Resolução da Ambivalência em Terapia Cognitivo-Comportamental

Resumo

Os principais objetivos deste estudo foram (a) explorar a hipótese de que a resolução da ambivalência pode ser conseguida através da utilização das duas estratégias diferentes a dominância e negociação e (b) comparar casos de sucesso e insucesso, relativamente à utilização destas duas estratégias, ao longo do processo terapêutico. Foi utilizada uma amostra, previamente recolhida, de seis casos, com diagnóstico de depressão *major*, acompanhados em Terapia Cognitivo-Comportamental. O principal instrumento utilizado foi o Sistema de Codificação de Resolução da Ambivalência, permitindo a codificação da amostra quanto às estratégias de resolução utilizadas. Foram analisados os dados realizando *hierarchical linear modeling e generalized linear model*. A presença dos marcadores de resolução (dominância e negociação) emergiu como preditor da ambivalência (medida através dos marcadores de retorno-ao-problema) na mesma sessão. Nos casos de sucesso, a estratégia de dominância tendeu a decrescer ao longo do tratamento, enquanto a negociação tendeu a aumentar. Nos casos de insucesso, as duas estratégias permaneceram relativamente estáveis. Apesar de a dominância ter sido a estratégia mais utilizada nos dois grupos, a negociação foi mais utilizada pelo grupo de sucesso, o que sugere que se trata de um processo fulcral para a resolução da ambivalência.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, Dominância, Negociação, Ambivalência, Resolução da Ambivalência.

Ambivalence Resolution in Cognitive Behavioral Therapy

Abstract

The main goal of this study was (a) to explore the hypothesis that ambivalence resolution can be reached through two different strategies: dominance and negotiation and (b) to compare how these two strategies evolve in successful and unsuccessful cases relative, across sessions. We studied a sample of 6 cases previously collected, with diagnosis of major depression followed with cognitive-behavioral therapy. The main instrument used was the "Ambivalence Resolution Coding System", allowing to track the occurrence of the above stated resolution strategies across sessions. The data was analyzed performing a hierarchical linear modeling and a linear generalized model. The occurrence of resolution markers (considering both dominance and negotiation) emerged as ambivalence as predictor measured by the occurrence of return-to-problem markers in the same session. In successful cases, the dominance tended to decrease during treatment, while negotiation tended to increase. In unsuccessful cases, the strategies have remained relatively stable. Despite dominance being the most frequent strategy in both groups, negotiation was more often used by the successful group, suggesting that this might be a core process in resolving ambivalence.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Ambivalence, Dominance, Negotiation, Ambivalence resolution.

Introdução

De acordo com a perspectiva narrativa, constituímos e atribuímos significado às nossas experiências através da construção de autonarrativas ou narrativas de vida que condensam conhecimento acerca de nós próprios, dos outros, e do mundo (Angus & McLeod, 2004; Gonçalves, Matos, & Santos, 2009; Hermans, 1996; McAdams, 1993; White & Epston, 1990). A construção da autonarrativa não é apenas uma questão de organizar os acontecimentos de vida à medida que eles vão surgindo, mas também um processo no qual as experiências são selecionadas e sintetizadas para serem posteriormente articuladas na história pessoal (McAdams, 1993).

Pode considerar-se que as autonarrativas implicam, assim, um conjunto implícito de normas de ação e de visão do mundo que executam uma função importante e decisiva de organização do *self*, prevenindo o caos psicológico (Neimeyer, Herrero & Botella, 2006).

Este processo pode ser descrito como dialógico no sentido que é o resultado de um diálogo contínuo entre as múltiplas partes do *self*, que podem ser consideradas como vozes internas ou *I-positions* (Ribeiro et al., 2013). Estas vozes revelam formas de estar no mundo, que são baseadas em traços das experiências passadas do indivíduo (Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 1999, 2011) e que estruturam o *self* num certo momento (Hermans & Kempen, 1993).

Uma autonarrativa pode tornar-se disfuncional quando é redundante, atribuindo o mesmo significado às diversas experiências vividas, interpretando-as sempre da mesma forma independentemente das circunstâncias (Ribeiro & Gonçalves, 2010). Quando a autonarrativa é inflexível, impondo restrições na vida dos indivíduos, permite apenas certos modos de pensar, agir e sentir (Gonçalves & Ribeiro, 2011); ou quando exclui, experiências que são contraditórias ou incongruentes com as suas regras (Gonçalves & Ribeiro, 2011).

De uma perspectiva dialógica, a autonarrativa pode tornar-se problemática quando resulta de uma relação desigual entre as diferentes vozes do *self* – enquanto um conjunto de vozes domina a interação, outras são silenciadas ou rejeitadas (Gonçalves & Ribeiro, 2011), sendo que passamos a interpretar as nossas experiências de forma rígida.

Estas vozes não predominantes podem ser evitadas e rejeitadas, contudo não desaparecem (Ribeiro et al., 2014), podendo reaparecer quando determinadas condições as provocam (Stiles, Osatuke, Glick & Mackay, 2004). Quando tal se verifica e estas vozes passam de segundo para primeiro plano constituem, portanto, exceções à autonarrativa dominante e são identificados os

Momentos de Inovação (MI) (Gonçalves, Matos, et al., 2009). Neste sentido, os MIs são todos os acontecimentos que diferem da autonarrativa dominante, constituindo aberturas para a elaboração de novos significados (Gonçalves, Matos, et al., 2009).

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

Os MIs podem ser identificados em vários tipos de modalidades terapêuticas através do Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos, & Santos, 2011). O SCMI permite identificar cinco tipos de MIs: ação; reflexão; protesto; reconceptualização; e desempenho da mudança (Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009). Os MIs produzidos pelo cliente ao longo da terapia são codificados de forma a ser possível a análise e compreensão dos processos de mudança terapêutica.

Os MIs de ação são ações ou comportamentos específicos para lidar com dificuldades, exploração de soluções para resolver o problema e implementação de estratégias para ultrapassar o problema. Os MIs de reflexão envolvem a emergência de novas compreensões ou pensamentos que indicam o entendimento de algo novo face à narrativa problemática, porém poderão ser do Tipo I quando a inovação se centra em distanciar-se do problema, ou do Tipo II quando se centraliza na probabilidade de mudança. Os MIs de protesto estão presentes quando é possível identificar ações ou pensamentos em que o cliente expressa uma recusa evidente do problema e/ou das suas especificações (Tipo I) ou a partir do surgimento de novas posições (Tipo II). Os MIs de reconceptualização são a descrição do processo de mudança, a nível metacognitivo, ao identificar um contraste entre o passado e o presente (Contraste do *Self*), bem como o entendimento da mudança e do processo implícito (Processo de Transformação do *Self*). Por último, os MIs de desempenho de mudança, este faz referência a novos objetivos, experiências,

atividades, anteriormente impossibilitados pela autonarrativa problemática, contudo surgem como consequência da mudança (Gonçalves, Matos, et al., 2009).

Até ao momento, foram desenvolvidos estudos a partir da identificação de MIs com o SCMI em vários modelos terapêuticos e problemáticas, tais como: Terapia Narrativa (Gonçalves et al., 2015), Terapia Focada nas Emoções (Mendes et al., 2010), Terapia Centrada no Cliente (Gonçalves et al., 2012), Terapia Cognitivo-Comportamental (Gonçalves et al., 2016) e Terapia Construtivista no Luto (Alves et al., 2014). Em relação às problemáticas clínicas dos clientes foram estudados desde clientes com perturbação depressiva *major* (Mendes et al., 2010; Gonçalves et al., 2012) a vítimas de violência doméstica (Matos et al., 2009) e luto complicado (Alves et al., 2014).

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

Ambivalência em Psicoterapia

Ao longo das sessões o indivíduo vai desenvolvendo e consolidando novas histórias de vida, atribuído outros significados à sua vida (Ribeiro & Gonçalves, 2010). Contudo, o processo de mudança raramente é feito de forma linear. Estes movimentos no sentido da mudança seguidos por afastamento da mudança são característicos em psicoterapia e representam aquilo que foi denominado por ambivalência. Os clientes quando recorrem à ajuda psicoterapêutica, para uma mudança pessoal, descobrem que a mudança produz imprevisibilidade e incontrolabilidade (Arkovitz e Engle, 2007). O cliente atribui um significado a si, aos que o rodeia e molda os limites do presente e do futuro da autonarrativa. Os indivíduos apresentam-se ambivalentes em relação ao processo de mudança, o que é muitas vezes percebido pelos terapeutas como a resistência à mudança (Arkovitz e Engle 2007).

Este processo é visível, quando imediatamente a seguir à emergência de um MI, o cliente retorna à autonarrativa problemática, num movimento cíclico entre a autonarrativa alternativa e a autonarrativa problemática que interfere com o desenvolvimento de novos significados e com a mudança (Santos, Gonçalves & Matos, 2011). Chamamos a estes momentos Marcadores de Retorno-ao-Problema (MRPs; Gonçalves, Ribeiro, Stiles et al., 2009). Um exemplo dessa ocorrência seria o cliente, por exemplo, dizer: “*Eu não quero mais sentir-me triste (elaborando um MI), mas não consigo*” (ou seja, volta à autonarrativa problemática). A expressão, “mas” representa oposição, isto significa que o cliente nega o que foi dito antes. A emergência desta alternância por parte do cliente constitui um MRP – entendido pelos autores como um processo de ambivalência (Gonçalves, et al., 2011).

Os clientes tendem a atenuar o significado dos MIs de forma a resolver a incerteza que estes lhes provocam. Em alguns casos, este conflito entre os MIs e a autonarrativa problemática continua durante todo o processo terapêutico, evidenciando dois desejos opostos do cliente – o de manter o *self* estável, evitando a incerteza, e o de mudar o *self*, evitando o sofrimento da atual autonarrativa (Gonçalves & Ribeiro, 2011). Dialogicamente, uma nova voz vê o seu potencial de mudança abortado pela reafirmação da voz dominante. Neste sentido, o indivíduo vê-se preso nesta relação cíclica entre as duas posições do *self*, num processo claramente ambivalente (Ribeiro & Gonçalves, 2011).

Estudos prévios mostram que os casos de sucessos e os casos de insucesso se diferenciam no que diz respeito à emergência de MRP ao longo do processo terapêutico. Os casos de sucesso tendem a apresentar menos MRP, do que nos casos de insucesso (Gonçalves & Ribeiro, 2011; Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011) ou quando estes emergem com a mesma frequência, apresentam um padrão nitidamente descendente ao longo das sessões (Ribeiro et al., 2014). Estes resultados sugerem que a persistência da ambivalência ao longo das sessões, pode interferir com o progresso e o sucesso da terapia (Gonçalves & Ribeiro, 2011).

A Resolução da Ambivalência

A ambivalência é uma questão fulcral na mudança psicoterapêutica que tem de ser resolvida de modo a que os ganhos significativos possam ser atingidos (Miller & Rollnick, 2002). Gonçalves e Ribeiro (2011) realizaram uma análise qualitativa intensiva sobre como a ambivalência pode ser resolvida a partir da perspectiva dos MIs.

Foram identificadas duas estratégias que o cliente usa no sentido de resolver a ambivalência na terapia – dominância e negociação. No primeiro processo, a nova posição auto esforça-se para dominar a posição anteriormente dominante, num processo que parece implicar uma inversão do poder: a posição anteriormente dominada agora parece ser dominante. Neste processo, apenas a nova posição auto é usada como fonte de construção de significado (Braga, Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2015). Um exemplo da estratégia de dominância na sessão terapêutica em que a cliente se valoriza a si própria e desvaloriza as opiniões e necessidades dos outros:

Joana: *Nas últimas duas semanas já penso como “Não, sou eu e o que eu preciso, e o que tem a ver comigo. Estou a descobrir um mundo completamente novo”.*

Terapeuta: *Hm-hm, é uma nova dimensão que nunca tinha pensado.*

Joana: *Sim sim, porque eu sempre pensava “oh, é isto que eu realmente preciso?” Antes eu ligava primeiro ao que os outros diziam e não interessavam as circunstâncias.*

Terapeuta: *Hm-hm.*

Joana: *E é um alívio conseguir fugir disto, se realmente é de acordo comigo e é o que quero.*

O segundo processo de resolver a ambivalência é a negociação, aqui as vozes opostas parecem estar respeitosa e se comunicando com o outro, permitindo um movimento dinâmico entre os opostos, em vez de uma fixação em uma delas. Neste processo, ambas as posições são usadas como fonte de construção de significado (Braga et al., 2015). Um exemplo da estratégia de negociação na sessão terapêutica em que a cliente se valoriza a si própria e às suas necessidades enquanto reconhece as necessidades dos outros:

Joana: *No passado eu considerava muito o que as outras pessoas queriam e diziam, e agora penso sempre “Eu realmente quero isto?” “Eu sinto isto?” “Isto vai ao encontro ao que eu penso?”*

Terapeuta: *Então há uma nova fase em que ouve o que a pessoa diz, mas primeiro pára e vê se realmente é o que quer?”*

Joana: *Sim, se realmente é de acordo comigo e é o que quero.*

Terapeuta: *Sim, agora já não é um pensamento automático. Agora pensa logo em si primeiro....*

Joana: *Sim, com certeza! Antes eu ligava primeiro ao que os outros diziam e não interessavam as circunstâncias.*

Braga e colaboradores têm procurado operacionalizar o processo de resolução da ambivalência. Este processo é definido como um momento no qual o cliente adota uma atitude determinada e resolve, ainda que de forma momentânea, a ambivalência. Neste sentido, o cliente tenta resolver a ambivalência através da demonstração clara de desejos, intenções ou mesmo através de ultimatoss (Braga, et al., 2015).

Estudos prévios com uma amostra de Terapia Focada nas Emoções (Braga, 2015), sugerem que a dominância é o processo mais frequente de resolução da ambivalência numa fase inicial e que tende a diminuir ao longo das sessões a partir do meio da sessão até ao final. Já a negociação tende a aumentar a partir do início até ao final do tratamento psicoterapêutico. Por outro lado, e apesar do processo de dominância ser o mais utilizado por ambos os grupos (sucesso e insucesso), a negociação é mais utilizada pelo grupo de sucesso. Neste sentido, o processo de negociação parece ser determinante para que a pessoa atinja o sucesso na terapia, uma vez que envolve duas posições, problemática e inovadora, para que estas entrem em diálogo e comuniquem em ação conjunta.

Em casos de sucesso, o processo de dominância vai sendo gradualmente substituído pelo processo de negociação, constituindo este último a estratégia que é preferida para resolver a ambivalência (Braga et al., 2015). No entanto, Gonçalves e Ribeiro (2011) sugerem que a dominância é uma estratégia bastante frequente ao longo do processo terapêutico, também nos casos de sucesso.

Objetivos

Este estudo pretende compreender se os resultados alcançados anteriormente se replicam com a Terapia Cognitivo-Comportamental. Os principais objetivos são:

- 1) Explorar a hipótese de que a resolução da ambivalência pode ser conseguida através da utilização das duas estratégias diferenciadas: dominância e negociação (Gonçalves & Ribeiro, 2011).

- 2) Compreender também, se existem diferenças entre os casos de sucesso e os casos de insucesso, na utilização destas estratégias.

Metodologia

Amostra/Participantes

A amostra é constituída por seis casos psicoterapêuticos de clientes adultos com diagnóstico de Depressão *Major* de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002) com idades compreendidas entre os 19 e os 50 anos, acompanhados em Terapia Cognitivo-Comportamental (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979), com uma periodicidade semanal até à sessão 16 e quinzenal da sessão 17 à 20, com um máximo de 21 sessões. Os clientes assinaram um consentimento informado, concordando com a gravação das sessões e o preenchimento dos questionários de investigação. Foram excluídos clientes que apresentavam, diagnóstico do eixo II; sintomas psicóticos; doença bipolar grave, ideação suicida e outra perturbação do eixo I que fosse foco de atenção clínica. Queixas ou perturbações de ansiedade, quando secundários, não constituíram critério de exclusão. Dos seis clientes, um caso é do sexo masculino e os outros cinco casos são sexo feminino.

Os seis casos foram classificados como sucesso ou insucesso terapêutico de acordo com os princípios propostos por Jacobson e Truax (1991): a mudança de um resultado típico da população clínica para um resultado típico da população normal, medidos através do BDI (Beck, Steer, & Brown, 1996) e do OQ-45.2 (Lambert & Finch, 1999) e o cálculo de um ponto de corte para a identificação de mudança significativa (Reliable Change Index). Assim, foram identificados três casos de sucesso e três casos de insucesso. Não existiram diferenças significativas, nos dois grupos (sucesso e insucesso), no que se refere aos níveis de severidade dos sintomas nem ao nível do número de sessões de tratamento recebidas.

Terapia e Terapeuta

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) desenvolvida por Beck e seus colaboradores (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) consta numa técnica, ativa, diretiva, estruturada e limitada no tempo (Beck, 1967,1976). A forma como o indivíduo vê o mundo, os seus comportamentos e sentimentos como também as suas ações, advém das suas experiências anteriores.

Para este, a Terapia Cognitiva é contínua, ou seja, faz um processo seguido que contém a comunicação e cooperação do cliente. A TCC dá foco ao presente, sendo o passado apenas uma situação para perceber as dificuldades existidas no presente do cliente.

O cliente é ajudado a reconhecer pensamentos automáticos e crenças disfuncionais, a modificar condutas impróprias sustentadas por padrões desadequados de pensamento e a efetuar testes de realidade às crenças (Beck et al., 1979).

Beck (1963, 1964, 1967) produziu e desenvolveu com a Terapia Cognitivo-Comportamental o modelo cognitivo da depressão. Fundamenta que os sintomas depressivos ocorrem como consequência da ativação de modelos cognitivos negativos, nesse sentido o indivíduo não parte para ação o que dificulta no processo comportamental. Apesar da forma como os problemas podem ocorrer, os clientes obtêm a resolução de problemas através da exploração destas questões quer dentro quer fora do contexto terapêutico, e neste seguimento a experiência emocional é um elemento importante para o crescimento e desenvolvimento pessoal e é um procedimento fulcral que conduz a mudanças terapêuticas (Hill, 2001). A entrega do cliente na sessão terapêutica está relacionada como resultados de sucesso terapêutico (Hill, 2001).

Os clientes deste estudo foram seguidos pelo mesmo terapeuta, que na altura do estudo, era doutorando em psicologia clínica, com experiência prévia em psicoterapia. O terapeuta teve ainda três anos de experiência em Terapia Narrativa e recebeu treino intensivo no manual de intervenção narrativa, baseado no modelo de White e Epston (1990). O manual terapêutico envolve três etapas principais e é flexível o suficiente para que o terapeuta consiga atender às características individuais de cada processo terapêutico. A primeira etapa consiste na desconstrução da autonarrativa problemática com recurso à externalização, a segunda etapa na reconstrução da autonarrativa alternativa com base na identificação dos resultados únicos, e a última etapa na consolidação da autonarrativa alternativa e finalização. O primeiro autor deste manual trabalhou como supervisor ao longo de todo o processo terapêutico, reunindo regularmente com o terapeuta para garantir a sua adesão ao modelo de intervenção. Esta adesão foi avaliada, no final do processo, com a Escala de Adesão e Competência para Terapia Narrativa e Terapia Cognitivo-Comportamental (EAC-TN-TCC; Gonçalves, Bento, Lopes, & Salgado, 2009), tendo-se revelado adequada (Lopes et al., 2014).

Medidas/Instrumentos***Beck Depression Inventory II (BDI-II).***

O BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) é um instrumento de autorrelato, que permite medir e avaliar os sintomas de depressão através de 21 itens, pontuados numa escala de *likert* de quatro pontos, resultando num *score* total que varia entre 0 e os 63 pontos. Foi validado para a população portuguesa por Coelho, Martins e Barros (2002), que visa a avaliação dos sintomas de depressão. Este instrumento apresenta valores de consistência interna satisfatórios ($\alpha = .90$, Lopes et al., 2014; $\alpha = .91$, Steer, Brown, Beck, & Sanderson, 2001) e um nível razoável de validade de construto (Beck et al., 1996; Steer et al., 2001).

Uma vez que não dispomos do RCI (Jacobson & Truax, 1991) para a população portuguesa, foram utilizados dados normativos, recolhidos através de meta-análises de várias amostras (Seggar, Lambert, & Hansen, 2002), para calcular a proporção de mudança clínica (RCI = 8.46; ponto de corte = 14.29).

Outcome Questionnaire 45.2 (OQ-45.2).

O OQ-45.2 (Lambert, 1996) O *Outcome Questionnaire* é um instrumento de autorrelato que proporciona controlar o progresso e as condições clínicas dos clientes, a partir de três dimensões primárias: desconforto subjetivo, relacionamentos interpessoais e desempenho do papel social. Pode ser, ainda, administrado no final do tratamento, com o intuito de avaliar o resultado clínico de cada cliente. É constituído por 45 itens respondidos numa escala de *likert* de cinco pontos, que avaliam não só o sofrimento psicológico, mas também as relações interpessoais e o papel social dos clientes.

Foram reportados excelentes valores de consistência interna para amostras portuguesas ($\alpha = .89$, Machado & Fassnacht, 2014) e não portuguesas (De Jong, et al 2007; Lambert et al., 1996). A fidelidade teste-reteste foi considerada boa, com um *r* de *Person* de .84 (Lambert et al., 1996). O RCI calculado para a população portuguesa foi de 15 pontos, com um ponto de corte de 62 pontos (Machado & Fassnacht, 2014).

Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI).

O SCMI (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, et al., 2011), como referido anteriormente, permite a identificação dos diferentes tipos de MIs: ação, reflexão, protesto, reconceptualização e desempenho da mudança.

Este sistema foi utilizado em estudos anteriores, com diferentes problemáticas a nível clínico e diferentes abordagens terapêuticas, tendo sido comprovado ser fidedigno (Alves, Mendes, Gonçalves, & Neimeyer, 2012; Gonçalves et al., 2012; Matos et al., 2009). O acordo entre os dois juízes independentes em proporção global MI foi 90. Com confiabilidade de distinguir os tipos de MIs avaliada por Kappa de Cohen foi .94, mostrando forte concordância entre os juízes (Hill & Lambert, 2004).

Sistema de Codificação de Retorno-ao-Problema (SCRP).

O SCRP (Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011) este instrumento é um sistema qualitativo que analisa o retorno à autonarrativa problemática, imediatamente após a emergência de um MI. Estudos anteriores, usando o *SCRP* (Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al, 2011; Ribeiro, Cruz, Mendes, et al, 2012; Ribeiro et al, 2013) também relataram forte concordância entre juízes, com Kappa Cohen com o valor de .94.

Sistema de Codificação de Resolução da Ambivalência (SCRA).

O SCRA (Braga et al., 2015) é um sistema que possibilita o estudo da resolução da ambivalência, através da identificação de dois processos distintos: dominância e negociação. Este instrumento foi construído e validado através da análise de noventa sessões de seis casos de Terapia Focada nas Emoções pertencentes ao estudo de Greenberg e Watson (1998), realizada por dois codificadores interdependentes, sendo o Kappa de Cohen de .94 para a decisão presença vs. Ausência de resolução e .92 para a decisão dominância *versus* negociação.

Procedimentos

Os processos psicoterapêuticos da amostra utilizados no presente estudo foram anteriormente codificados quanto aos MIs, utilizando o SCMI, e quanto aos MRPs, utilizando o SCR. No presente estudo, todas as sessões foram codificadas com o SCRA. Todos os MIs foram analisados sequencialmente e codificados como resolução ou não resolução e no caso das resoluções, discriminou-se dominância e negociação. A categoria “não resolução” é aplicável quando não está presente uma resolução ou quando o MI é seguido de um MRP. Na codificação dos diferentes tipos de resolução, os juízes consideram a definição da posição dominância e de negociação anteriormente apresentado e que foi sugerida pela primeira vez por Gonçalves e Ribeiro (2011). Após a codificação de forma independente cada sessão, os juízes se reuniram para avaliar a fiabilidade do processo e para detetar diferenças em suas avaliações, as diferenças

foram solucionadas por meio de discussão. Durante as reuniões, os juízes também discutiram os procedimentos e critérios que utilizaram, um processo que se abordou com os marcadores de dominância e de negociação em que facilita a identificação e codificação de ambos os processos de resolução de ambivalência.

A codificação da resolução da ambivalência nos seis casos acima referidos foi realizada por dois codificadores independentes, utilizando o SCRA. Os valores de Kappa Cohen oscilaram entre .94 para a decisão entre resolução ou não resolução e .92 para a decisão entre dominância e negociação. Os desacordos foram resolvidos mediante uma discussão entre os juízes, de forma a chegarem a um consenso. Este consenso é resolvido na presença de auditoria realizada pelos orientadores da dissertação, para posteriores desacordos.

Resultados

Questão 1: A dominância/ negociação são preditores de MRPs na mesma sessão?

Os dados foram analisados utilizando o *hierarchical linear modeling* (HLM), e as análises foram realizadas utilizando o *nonlinear mixed-effects modeling (NLME) package for R* (versão 3.0.1, R Development Core Team, 2013).

O HLM é uma técnica útil para a análise de dados emparelhados ou hierarquicamente estruturados (isto é, observações ao longo do tempo dos mesmos clientes) uma vez que tem em consideração a decomposição da variabilidade dentro dos dados; ou seja, o HLM permite a estimação simultânea dos efeitos dentro e entre os clientes.

No presente estudo, um HLM foi ajustado aos dados, permitindo um modelo de regressão para os efeitos fixos (preditores) e um efeito aleatório específico para cada cliente. Pode atribuir-se uma porção da variabilidade às diferenças entre sujeitos. Assim, ao nível 1 (intra-clientes), estimámos que os resultados fossem uma função do tempo; e ao nível 2 (entre-clientes), a variabilidade do coeficiente no nível 1 foi modelada como uma função das covariáveis “cliente” “tempo”.

Tabela 1

Ocorrência dos resultados na dominância e negociação.

CBT				
Fixed effects predicting RPMs	Coefficient	SE	Z	P
Intercept	0.78	0.13	5.99	<.001
Negotiation	- 0.17	0.06	- 2.84	<.01
Dominance	- 0.02	0.02	- 1.42	0.15

A negociação é um preditor significativo de MRPs, altos níveis de proporção de negociação estão associados com menos MRPs na mesma sessão ($p = .01$) mais especificamente, mais negociação menos ambivalência, o que não acontece para a dominância. Esta não é um preditor significativo dos MRPs ($p = .15$) ($p = n.s.$).

Questão 2: Os casos de sucesso e os casos de insucesso exibem diferentes padrões na utilização das duas estratégias de resolução da ambivalência?

Para responder à questão se os casos de sucesso e os de insucesso exibem diferentes padrões na utilização das duas estratégias (dominância e negociação) para a resolução da ambivalência, é possível observar que a probabilidade de resoluções aumenta ao longo do processo terapêutico nos casos de sucesso, mas não nos casos de insucesso. Para analisar esta questão foi utilizado o GLM (*Generalized linear model*).

A análise GLM permitiu-nos construir um modelo de regressão longitudinal da probabilidade de resolução como uma função linear do resultado da terapia (sucesso vs. insucesso) e do tempo (da sessão 1 à sessão 20) – variáveis explicativas – através da função “*logit link*” (esta função permite uma variação de resultado entre 0 e 1) (McCullagh & Nelder, 1989). Foi envolvido um efeito aleatório específico para cada cliente para ter em consideração a

variabilidade entre eles, dado que era expectável que as medidas do mesmo cliente estivessem correlacionadas.

Dominância

Os resultados estão apresentados na Figura 1 que sugere que os casos de insucesso utilizam consistentemente mais esta estratégia ao longo de todo o processo terapêutico, quando comparados com os casos de sucesso. Na primeira sessão, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de sucesso e insucesso ($p = .824$; $R^2_{adj} = .13$), ou seja, começaram no mesmo ponto. O efeito do tempo ($p = .068$; $R^2_{adj} = .13$), assim como efeito da interação do tempo x resultado ($p = .004$; $R^2_{adj} = .13$) são significativos, o que significa que a dominância teve um desenvolvimento diferente ao longo das sessões nos casos de sucesso e de insucesso, sendo que tendeu a aumentar nos casos de insucesso e tendeu a diminuir nos casos de sucesso.

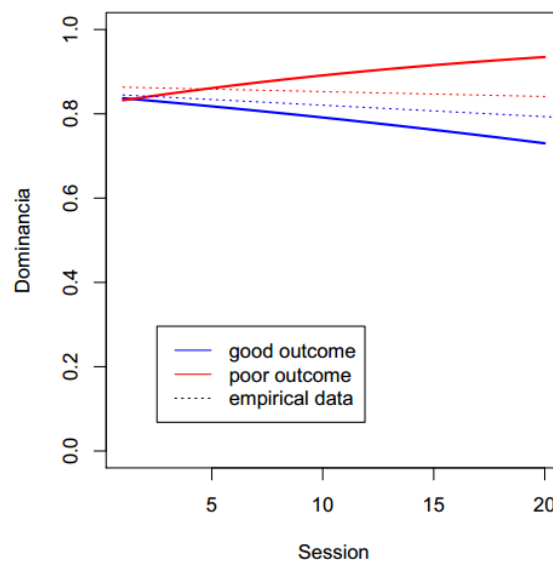


Figura 1. Probabilidade de ocorrência de dominância nos casos de sucesso e insucesso.

Negociação

Os resultados estão apresentados na Figura 2 sugere que os casos de sucesso utilizaram consistentemente mais esta estratégia ao longo de todo o processo terapêutico, quando comparado com os casos de insucesso. Na primeira sessão os grupos de sucesso e insucesso não se revelaram estatisticamente diferentes ($p = .605$; $R^2_{adj} = .13$), ou seja, começaram no mesmo ponto. O efeito do tempo não foi significativo ($p = .204$; $R^2_{adj} = .13$). Já o efeito da interação tempo x resultado foi marginalmente significativo ($p = .078$; $R^2_{adj} = .13$) o que significa que se

verificaram diferenças marginalmente significativas ao nível do desenvolvimento da negociação ao longo das sessões nos casos de sucesso e de insucesso, sendo que tendeu a aumentar no sucesso e se pareceu manter-se relativamente estável no insucesso.

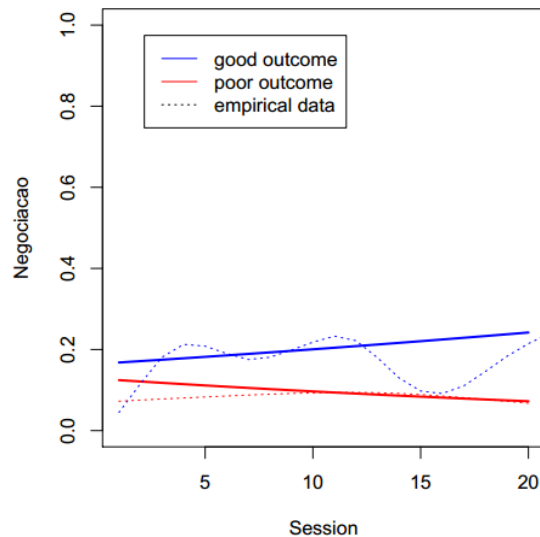


Figura 2. Probabilidade de ocorrência de negociação nos casos de sucesso e insucesso.

Discussão

Este estudo teve como principal objetivo explorar a hipótese de que a resolução da ambivalência pode ser conseguida através da utilização de duas estratégias diferenciadas: dominância e negociação, bem como compreender se existem diferenças entre os casos de sucesso e os casos de insucesso, na utilização destas estratégias ao longo das sessões.

É importante começar por notar que tanto em casos de sucesso como em casos de insucesso estão presentes MRPs, o que nos sugere também que a ambivalência é sempre uma parte integrante do processo de mudança (Engle & Holiman, 2002; Mahoney, 2003). Assim, apesar de a ambivalência ser, normalmente, encarada de um modo negativo, esta pode representar uma oportunidade para que a mudança ocorra (Harrist, 2006). Contudo, como qualquer sistema que perde a sua organização habitual, também os indivíduos, em momentos de ambivalência, devem continuar no sentido da sua resolução. É importante, portanto, que o sistema seja mudado e rearranjado de modo a atingir novamente estabilidade e coerência (Zittoun, 2007).

No que concerne o foco deste estudo, a resolução da ambivalência, à semelhança do que se verificou num estudo com Terapia Focada nas Emoções (Braga et al., 2015), os resultados sugerem que apenas a negociação prediz significativamente a ambivalência na mesma sessão, o

que significa que maior ocorrência de negociação, menor é a ocorrência de ambivalência, o que não acontece no caso da dominância. Por outro lado, a negociação tende a aumentar ao longo do tempo apenas nos casos de sucesso, ao mesmo tempo que a dominância tende a diminuir.

Tomados em conjunto, estes resultados corroboram o papel fulcral da estratégia de negociação na resolução da ambivalência, tal como se verificou em estudos anteriores.

Especificamente, este estudo parece sugerir que, apesar da elevada frequência de dominância ao longo do tratamento em ambos os grupos (sucesso e insucesso), para que a ambivalência seja resolvida com sucesso, uma mudança para uma forma mais dialógica de resolver a ambivalência - a negociação - é essencial e necessária. Efetivamente, os resultados indicam que os casos de sucesso utilizam consistentemente mais esta estratégia ao longo de todo o processo terapêutico, quando comparados com os casos de insucesso. Ao longo do tempo, esta estratégia tende a aumentar nos casos de sucesso, tendendo a diminuir nos casos de insucesso. Este padrão típico dos casos de sucesso, foi já encontrado por Braga e colaboradores que demonstraram que, num caso de sucesso de Terapia Focada nas Emoções, o início do processo era mais caracterizado por estratégias de dominância, sendo este processo gradualmente substituído pelo processo de negociação (Braga et al., 2015).

No entanto, pudemos constatar que a dominância é a estratégia mais utilizada no início da terapia para superar a ambivalência. Em situações muito perturbadoras poderá ser necessário um processo de dominância, antes que a negociação possa ocorrer. Já a estratégia de negociação é mais utilizada pelo grupo de sucesso, sendo que esta característica parece ser bastante diferenciada entre as duas estratégias. Para que o processo de negociação seja determinante e para que a pessoa atinja o sucesso na terapia, uma vez que implica que as duas posições, problemática e inovadora, entrem em diálogo e comuniquem no sentido para uma promoção flexível. Por um lado, o facto de os seis clientes desta amostra terem sido diagnosticados com depressão *major* pode fomentar para esta expressão da dominância.

Tratando-se de casos de depressão está potencialmente implícito um problema de falta de assertividade que, ao ser combatido, pode incentivar a um *empowerment* do cliente no sentido de se fazer ouvir e respeitar, que parece ser conseguido através das estratégias de dominância. Por outro lado, numa segunda hipótese interpretativa, ocorre a possibilidade de a voz inovadora, ainda fraca e em minoria no sistema de significados do cliente, ter necessidade de se determinar

na comunidade rígida e dominante de modo a que possa ser ouvida. Depois de isto ocorrer e depois de trabalhar o *empowerment* e de já ser estimada pela restante comunidade, através das estratégias de dominância, é que a voz se encontra numa posição de agir conjuntamente e negociar, através das estratégias de negociação.

Desta forma é importante que na terapia se promova um modo de lidar com a ambivalência mais flexível e tolerante, dando oportunidade para novas possibilidades de mudança. A aceitação deste processo dialógico que é a ambivalência é já um grande passo no sentido de impedir o seu evitamento ou eliminação, cultivando a abertura às múltiplas experiências do *self* (Harrist, 2006).

Limitações e Sugestões para Estudos Futuros

Relativamente a estudos futuros é possível destacar a importância de se analisar diferentes modelos de psicoterapia que podem também esclarecer se os processos de dominância e negociação têm distribuições semelhantes ou distintas ao longo do tratamento. Estratégias ou exercícios específicos focados em promover a reação dos clientes contra o problema (por exemplo, Reestruturação Cognitiva em Terapia Cognitivo-Comportamental ou Externalização na Terapia Narrativa) pode descomplicar o processo de dominância desde terapeutas, apoiando uma contraposição para o problema, enquanto outras estratégias mais centradas na compreensão que dão voz a diferentes posições (por exemplo, o diálogo em cadeiras) pode permitir um diálogo entre as posições envolvidas (Gonçalves & Ribeiro, 2011).

Estudos futuros devem também abordar o papel do terapeuta no processo de resolução da ambivalência. O SCRA foi desenvolvido para estudar o processo de resolução da ambivalência, independentemente do terapeuta e das intervenções ou técnicas e, assim o papel do terapeuta não foi abordado neste estudo. No entanto, a combinação do SCRA com sistemas que permitam o estudo do papel do terapeuta no processo de mudança pode ser de relevância central, se quisermos compreender como os terapeutas podem facilitar a resolução da ambivalência.

Concluindo, este estudo permitiu não só reforçar resultados anteriores em relação à ambivalência, como também trouxe novas propostas de como este processo parece ocorrer nos casos de sucesso e insucesso, colaborando assim, para mais uma contribuição importante no estudo empírico da resolução da ambivalência. Podemos retirar desta investigação que pode contribuir para um aumento no discernimento dos clientes em psicoterapia, o que pode acontecer no futuro de levar a que seja possível diminuir a ocorrência de insucessos. Como não pode deixar

de existir em qualquer estudo, este estudo aponta para algumas limitações sobre as quais é importante refletir. O tamanho da amostra é uma delas, o que a torna muito sensível a pequenas variações que ocorram ao longo do processo. Para além disso, a restrição da problemática à depressão é também uma importante limitação, dado que implica não só problemáticas muito restritas como também estratégias terapêuticas igualmente restritas. Estas limitações originam a possibilidade de generalização dos dados aqui encontrados.

Assim sendo, estudos futuros serão necessários para colmatar estas limitações, realizando para isso investigações com maior número de clientes e com diferentes problemáticas. Adicionalmente, pode ser também importante a realização de estudos que comparem diferentes abordagens terapêuticas, no sentido de compreender de que modo é que estas podem influenciar os processos em estudo.

Relativamente ao facto de apesar de muitas questões ainda precisarem de ser respondidas por estudos futuros, acreditamos que este estudo constitui um passo importante com a abertura de uma linha de investigação empírica sobre a resolução de ambivalência, que ainda é pouco investigada no fenómeno do contexto psicoterapêutico.

Referências

- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Baptista, J., Sousa, I., Ribeiro, E., & Gonçalves, M. (2014). Innovative moments in grief therapy: The meaning reconstruction approach and the processes of self-narrative transformation. *Psychotherapy Research*, 24 (1), 25-41. doi:10.1080/10503307.2013.814927
- Alves, D., Mendes, I., Gonçalves, M. M., & Neimeyer, R. A. (2012). Innovative moments in grief therapy: Reconstructing meaning following perinatal death. *Death Studies*, 36, 795-818. doi:10.1080/07481187.2011.608291
- American Psychiatric Association (2000). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM IV*. Lisboa: Climepsi.
- Angus, L., & McLeod, J. (2004), *Handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory, and research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Arkovitz, H., & Engle, D. (2007). Understanding and working with resistant ambivalence in psychotherapy. In S. G. Hofmann & J. Weinberg (Eds.), *The art and science of psychotherapy*, 171-190. New York: Routledge.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and Depression: *Idiosyncratic content and cognitive distortions*. *Archives of General Psychiatry*, 9(4). 324-333.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. Hoebner Medical Division. New York.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*.

San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Braga, C., Oliveira, J., Ribeiro, A., & Gonçalves, M. M. (2015). Ambivalence resolution in emotion focused therapy: The successful case of Sarah. *Psychology Research*. doi:

10.1018/10503307.2016.1169331

Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry*, 17, 222–226. doi:10.1016/S0924-9338(02)00663-6

De Jong, K., Nugter, M., Polak, M., Wagenborg, J., Spinhoven, P., & Heiser, W. (2007). The outcome questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation.

Clinical Psychology & Psychotherapy, 14, 288-301. doi:10.1002/cpp.529

Engle, D. & Holiman, M. (2002). A gestalt-experimental perspective on resistance. *JCLP/In sessions: Psychotherapy in Practice*, 58, 175-183.

Gonçalves, M., Bento, T., Lopes, R., & Salgado, J. (2009). *Manual da Escala de Adesão e Competência*. Braga, Portugal.

Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of “innovative moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 1-23.

Gonçalves, M. M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A. P., Sousa, I., Angus, L., & Greenberg, L.

S. (2012). Innovative moments and change in client-centered therapy. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 22, 389-401.

doi:10.1080/10503307.2012.662605

Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2010).

Innovative moments and change in emotion-focused therapy: the case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 267-294. doi:10.1080/10720537.2010.489758

Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: the innovative moments coding system. *Psychotherapy Research*, 21, 497-509.

Gonçalves, M. M. & Ribeiro, A. P. (2011). Narrative processes of innovation and stability within the dialogical self. In H. J. M. Hermans & T. Gieser (Eds.), *Handbook of dialogical self theory*, 301-318. Cambridge: Cambridge University Press.

Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Silva, J. R., Mendes, I., & Sousa, I. (2015). Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression. *Psychotherapy Research*, 26 (4), 425-435.
doi:10.1080/10503307.2015.1035355

Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Stiles, W. B., Conde, T., Matos, M., Martins, C., & Santos, A. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic selfnarratives: exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21, 27-40.

Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Mendes, I., Rosa, C., Ribeiro, A. P., Batista, J., Sousa, I., & Silva, C.F. (in press). Narrative changes predict symptoms decrease in cognitive-behavioral therapy for depression: An exploratory study. Manuscript submitted for publication.

Greenberg, L. S., & Watson (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210-224. doi:10.1093/ptr/8.2.210

Harrist, S. (2006). A phenomenological investigation of the experience of ambivalence. *Journal of Phenomenological Psychology, 37*, 85-114. doi:10.1163/156916206778150411.

Hermans, H. & Kempen, H. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement*. San Diego, CA: Academic Press.

Hill, C. E., & Lambert, M. J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 84–135. New York: Wiley.

Hill, L.C. (2001). *Client Levels of Emotional Experiencing in Individual and Conjoint Therapy Sessions*. (Tese de Mestrado). Disponível em Virtual Library.

Honos-Webb, L. & Stiles, W. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy, 35*, 23-33.

Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19. doi:10.1037/0022-006X.59.1.12.

Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Couse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*, 249-258.

Lopes, R., Gonçalves, M., Machado, P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative therapy vs. cognitive-behavioral therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research, 24*, 662-674.

doi:10.1080/10503307.2013.874052

- Machado, P. P. & Fassnacht, D. (2014). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88, 1-11. doi:10.1111/papt.12048.
- Mahobey, M. J. (2003). *Constructive psychotherapy: Practices, processes, and personal revolutions*. New York: Guilford Press.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 19, 68-80.
- Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., Greenberg, L., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2010). Narrative change in emotion focused therapy: How is change constructed through the lens of the innovative moments coding system? *Psychotherapy Research*, 20(6), 692–701. doi:10.1080/10503307.2010.514960
- Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: William Morrow.
- McCullagh, P. & Nelder, J. (1989). *Generalized linear model*. London: Chapman & Hall.
- McEvoy, P. & Nathan, P. (2007). Perceived costs and benefits of behavioral change: Reconsidering the value of ambivalence for psychotherapy outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1217-1229.
- Neimeyer, R. A., Herrero, O., & Botella, L. (2006). Chaos to coherence: psychotherapeutic integration of traumatic loss. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 127-145.

Team, R. (2013). R Development Core Team. *RA Lang Environ Stat Comput*, 55, 275-286.

Ribeiro, A. & Gonçalves, M. (2010). Innovation and stability within the dialogical self: The centrality of ambivalence. *Culture & Psychology*, 16, 116-126.

doi:10.1177/1354067X09353211

Ribeiro, A. & Gonçalves, M. (2011). Maintenance and transformation of problematic self narrative: A semiotic-dialogical approach. *Integrative Psychological and Behavioral Science*, 45, 281-303. doi:10.1007/s12124-010-9149-0

Ribeiro, A., Mendes, I., Stiles, W., Angus, L., Sousa, I., & Gonçalves, M. (2014). Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: The maintenance of problematically dominant self-narratives. *Psychotherapy Research*, 24, 702-710.

Ribeiro, A., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M., Stiles, W., Horvath, A., & Sousa, I. (2013). Therapeutic collaboration and resistance: Describing the nature and quality of the therapeutic relationship within ambivalence events using the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research*, 24, 346-359.

Santos, A. Gonçalves, M. M. & Matos, M. (2011). *Innovative Moments and poor Outcome in narra-tive therapy*. *Counselling and Psychotherapy Research*. 11(2). 129139.

Seggar, L., Lambert, M., & Hansen, N. (2002). Assessing clinical significance: application to the Beck Depression Inventory. *Behavior Therapy*, 33, 253-269. doi:10.1016/S0005-7894(02)80028-4.

Steer, R., Brown, G., Beck, A., & Sanderson, W. (2001). Mean Beck Depression Inventory-II scores by severity of major depressive episode. *Psychological Reports*, 88, 1075-1076.

Stiles, W., Elliot, R., Llewelyn, S., Firth-Cozens, J., Margison, F., Shapiro, D., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy.

Psychotherapy, 27, 411-420.

Stiles, W., Osatuke, K., Glick, M., & Mackay, H. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. In H. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). New York: Brunner-Routledge.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.

Zittoun, T. (2007). Dynamics of interiority: Ruptures and transitions in self-development. In L. M. Simão and J. Valsiner (Eds.), *Otherness in question: Labyrinths of the self*, 187-214. Charlotte, NC: Information Age Publishing.