

DECLARAÇÃO

Nome: Sara Maria do Nascimento Dinis Pereira

Endereço eletrónico: saramnp@gmail.com

Número do Cartão de Cidadão: 09837868

Título da Dissertação de Mestrado: Ambivalência e Resolução da Ambivalência: Uma
Análise da Interação Terapêutica

Orientadores: Professor Doutor Miguel Gonçalves

Doutor António Ribeiro

Ano de conclusão: 2017

Designação do Mestrado: Mestrado em Psicologia Aplicada

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, 09/06/2017

Assinatura: _____

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract	v
Introdução.....	1
Interação Terapêutica	2
O presente estudo	3
Método	4
Cliente	4
Terapeuta e terapia	5
Investigadores.....	5
Medidas	5
Procedimento.....	10
Resultados	11
Evolução dos momentos de ambivalência e dos momentos de resolução de ambivalência	11
Quais as intervenções do terapeuta que antecedem os momentos de ambivalência e de resolução da ambivalência?.....	12
Quais as intervenções do terapeuta que se seguem aos momentos de ambivalência e de resolução da ambivalência?.....	13
Como é que a cliente responde à intervenção do terapeuta face aos momentos de ambivalência e de resolução da ambivalência?.....	13
Discussão.....	19
Limitações e sugestões para estudos futuros.....	20
Referências	21

Agradecimentos

Chegar ao dia de hoje, com 44 anos de idade, permite-me a sensação de ter alcançado uma grande vitória. Tenho, uma vez mais, a certeza de que efetivamente, os sonhos são para serem sonhados.

Estou feliz!

Tenho muito a agradecer, porque muitos foram os que me acompanharam nesta narrativa:

Aos meus filhos, Francisco e Pedro, por me trazerem felicidade todos os dias e interações que nos permitem crescer em afeto e cumplicidades;

Pelos suportes e desafios diários, pelo apoio incondicional, a ti, Álvaro;

Por ser a amiga querida de todos os momentos e todas as situações, à Andreia;

À Maria por não me deixar desistir, pela presença e ajuda assídua de quem se importa, pelo ombro sempre amigo;

Pela partilha especial de momentos de inovação e ajuda em momentos de ambivalência, à Marta V. B.;

Por todos os sábios conselhos, amigos e com sentido, à Cátia V.;

À Nídia, Graça e Neide pela amizade sincera e por nunca duvidarem de mim;

Pelo amor, apoio e confiança, aos meus pais e irmãos;

Por me acarinhar, e aos meus, todos os dias, à Lusha;

À Lurdes e ao Norberto por tornarem esta última etapa menos solitária;

Ao Dr. Arantes Gonçalves por me ter proporcionado o contacto com a Psicologia;

Por tudo o que me ensinou (que foi muito!), pela estimulação, apoio constante e pelo acolhimento na sua equipa de excelência, ao Professor Doutor Miguel Gonçalves;

Pela serenidade, orientação coerente, pensamento positivo e valorização do meu trabalho, ao Doutor António Ribeiro;

À Doutora Cátia Braga pelo treino no TCCS e ajuda positiva;

Aos colegas e investigadores da equipa dos Momentos de Inovação, pela entreajuda, partilha e disponibilidade;

A todos os meus amigos e familiares que através de gestos e palavras me incentivaram a continuar;

Agradeço ainda, e muito especialmente, a todos os meus professores da UM e do ISMAI, e à Dra. Marta Parreira, por me permitirem levar para o meu trabalho futuro um pouco de cada um.

Bem hajam!

Ambivalência e Resolução da Ambivalência: Uma Análise da Interação Terapêutica

Resumo

Quando não resolvida, a ambivalência pode condicionar o sucesso terapêutico. Assim, pretendemos saber de que modo a díade terapêutica interage nos momentos de ambivalência e nos momentos de resolução da ambivalência, num caso de sucesso seguido em terapia construtivista de luto complicado. Para tal analisamos as intervenções do terapeuta antes e depois dos momentos de ambivalência e da sua resolução e as respostas da cliente, utilizando o Sistema de Codificação de Colaboração Terapêutica. Os resultados mostram que os momentos de ambivalência e os momentos de resolução de ambivalência tendem a emergir na sequência de intervenções de desafio. Mostram ainda que face aos primeiros o terapeuta tende a oferecer suporte, ao passo que face aos segundos, o terapeuta tende a persistir no desafio. Por sua vez a cliente tende a validar as intervenções do terapeuta, sugerindo que a díade trabalha a maior parte do tempo dentro da Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica. Estes resultados vão de encontro aos estudos anteriores, sendo a principal diferença a elevada percentagem de invalidação face ao desafio, pouco comum nas amostras estudadas anteriormente. Especula-se que este fenómeno possa refletir a dificuldade e a culpa associadas à reconstrução da vida face à perda.

Palavras-chave: Interação Terapêutica; Ambivalência; Resolução da Ambivalência; Luto complicado.

Ambivalence and Ambivalence Resolution: An Analysis of Therapeutic Interaction

Abstract

When unresolved, ambivalence may condition therapeutic success. Therefore will study how the therapeutic dyad interacts in these moments of ambivalence and in moments when ambivalence is solved, in a successful case followed in a constructivist therapy of complicated mourning. For that purpose, we analyzed the therapist's interventions before and after the moments of ambivalence, its resolution and the client's responses, using the Therapy Collaboration Coding System. The results suggest that moments of ambivalence and moments of solving ambivalence tend to emerge as a result of challenging interventions. When ambivalence emerges, the therapist tends to offer support, and when ambivalence is solved, the therapist tends to persist in the challenge. In turn, the client tends to validate the therapist's interventions, implying that the dyad works most of the time within the Therapeutic Proximal Development Zone. These results are generally in line with previous studies. An important difference is the high percentage of invalidation of the client towards challenging therapist interventions, uncommon in the samples studied previously. We speculated that this phenomenon may reflect the difficulty and guilt associated with rebuilding life in the face of loss.

Keywords: Therapeutic Interaction; Ambivalence; Ambivalence Resolution; Complicated Grief.

Introdução

De acordo com a perspectiva narrativa, a forma como cada pessoa experiencia o mundo é guiada pela sua auto-narrativa que condensa o modo como se vê a si próprio e os outros, como olha para o passado e perspectiva o futuro (White & Epston, 1990). As pessoas que recorrem à psicoterapia apresentam frequentemente uma auto-narrativa problemática, por exemplo excessivamente rígida, que gera sofrimento. Durante a psicoterapia surgem geralmente exceções a esta auto-narrativa problemática (sob a forma de pensamentos, sentimentos e ações), que Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos, & Santos (2011) denominam momentos de inovação (MIs). Os MIs têm potencial para desafiar a dominância da auto-narrativa problemática e gerar mudança. A emergência de MIs pode, contudo, ser seguida de um retorno imediato à auto-narrativa problemática, podendo este movimento ser visto como uma tentativa de repor a homeostasia, isto é, de conservar a sua estabilidade e sentido de self. De um ponto de vista dialógico, estamos, então, na presença de duas posições - a problemática e a inovadora - que se alimentam mutuamente e alternam entre si, refletindo a ambivalência do cliente (Gonçalves & Ribeiro, 2011; Gonçalves, Ribeiro, Stiles et al., 2011).

A investigação sugere que a ocorrência de marcadores de ambivalência – MIs seguidos de um retorno imediato à auto-narrativa problemática - é maior nos casos de insucesso do que nos de sucesso e/ou decresce, ao longo do processo terapêutico, nos casos de sucesso (Alves et al., 2016; Gonçalves, Ribeiro, Stiles et al., 2011; Ribeiro, Gonçalves, Silva, Brás, & Sousa, 2016). Apesar da ambivalência fazer parte do desenvolvimento natural e ser expectável também durante o processo terapêutico (Engle & Arkowitz, 2006; Velicer, DiClemente, Prochaska, & Brandenburg, 1985) quando não resolvida poderá condicionar o sucesso terapêutico (Miller & Rollnick, 2002).

Gonçalves & Ribeiro (2011) propuseram duas formas diferentes de superar a ambivalência: 1) a *dominância*, processo em que a posição inovadora se sobrepõe e inibe a posição problemática e; 2) a *negociação*, processo em que a posição inovadora e a posição problemática dialogam de forma colaborativa. Braga, Oliveira, Ribeiro, e Gonçalves (2016), desenvolveram o Sistema de Codificação da Resolução de Ambivalência (SCRA) que permite identificar estes dois processos. A sua aplicação em casos de depressão (Braga, Oliveira et al., 2016; Braga, Ribeiro, Gonçalves, Oliveira, & Botelho, 2016), sugere que a dominância é o processo de resolução da ambivalência mais utilizado na fase inicial da terapia, com tendência a diminuir ao longo do tratamento, enquanto a negociação apresenta uma tendência crescente,

apenas nos casos de sucesso. Os resultados sugerem ainda que ambos os processos predizem a redução da ambivalência, sendo a negociação um melhor preditor.

Interação Terapêutica

Pressupõe-se que a ambivalência e a sua resolução possam estar relacionadas com a interação terapêutica (Braga, Ribeiro et al., 2016; Ribeiro et al., 2014). Ribeiro e colaboradores (2013), sugerem que a colaboração terapêutica implica: 1) oferecer suporte ao cliente, procurando compreender a auto-narrativa problemática e; 2) desafiar a auto-narrativa problemática, procurando promover emergência de MIs. Para Leiman e Stiles (2001), no processo terapêutico os conceitos de colaboração e de mudança são entendidos com base na sua natureza desenvolvimental, dinâmica e articulada. Com este pressuposto em mente, os autores estendem à psicoterapia o conceito de Vigotsky (1978) de Zona de Desenvolvimento Proximal o que resulta na Zona de Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDP-T) definida como o intervalo entre o nível de desenvolvimento atual do cliente (a auto-narrativa problemática) e o seu nível de desenvolvimento potencial (a auto-narrativa alternativa) que poderá ser alcançado em colaboração com o terapeuta (Ribeiro et al., 2013). A ZDP-T não é estática e evolui ao longo da terapia sendo que o trabalho terapêutico deverá ocorrer dentro destes limites, em que o cliente se sente seguro e capaz de experienciar MIs e em que suporte e desafio deverão ser equilibrados.

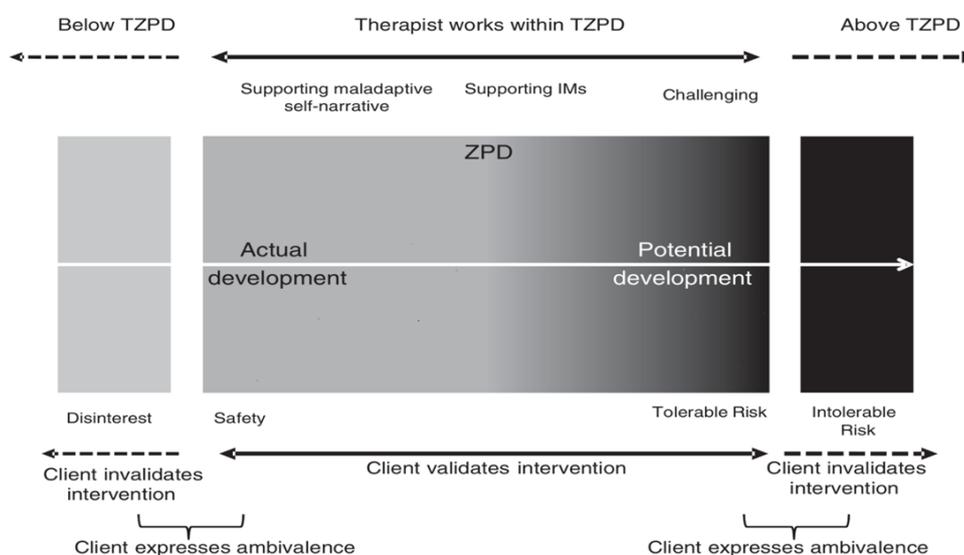


Figura 1. Segmento do desenvolvimento terapêutico contínuo mostrando a zona de desenvolvimento proximal terapêutica (ZDP-T) (Ribeiro et al., 2013, p. 4).

Neste contexto, o suporte implica trabalhar próximo do limite inferior da ZDP-T (nível de desenvolvimento atual), ao passo que o desafio implica trabalhar próximo do limite superior

da ZDP-T (nível de desenvolvimento potencial). Em ambos os casos o cliente poderá validar ou invalidar as intervenções do terapeuta. Supõe-se, por exemplo, que o cliente valida as intervenções de suporte, quando experiencia segurança, e valida as intervenções de desafio, quando experiencia risco tolerável, estando a díade a trabalhar dentro da ZDP-T em ambos os casos. O cliente invalida as intervenções do terapeuta quando experiencia risco intolerável – fora e acima da ZDP-T – ou desinteresse – fora e abaixo da ZDP-T. As respostas podem ser de ambivalência quando a díade trabalha nos limites da ZDP-T (Ribeiro et al., 2013).

Para observar este processo momento-a-momento, Ribeiro e colaboradores (2013) desenvolveram o Sistema de Codificação de Colaboração Terapêutica (SCCT) que analisa a interação através de transcrições de sessões terapêuticas, em que a unidade de análise corresponde a cada fala do terapeuta ou do cliente. A investigação realizada neste contexto sugere que a ambivalência emerge maioritariamente na sequência de intervenções de desafio ou suporte centrado na novidade (Ribeiro et al., 2014; Ribeiro et al., 2016). Num estudo de caso, em que se comparou um caso de sucesso e um caso de insucesso de depressão major acompanhado em terapia cognitivo-comportamental, Silva (2016), observou que os episódios de ambivalência e de resolução emergem na sequência quer de intervenções de suporte, quer de desafio; a resposta do terapeuta a ambos os episódios distribui-se de forma equilibrada entre suporte e desafio em ambos os casos, com exceção da resposta do terapeuta à ambivalência, no caso de insucesso que é predominantemente de desafio. O terapeuta parece intervir de forma semelhante em ambos os casos, mas os clientes respondem de forma diferente, no caso de sucesso responde no mesmo nível de desenvolvimento ou acima, enquanto o de insucesso responde no mesmo nível ou aquém.

O presente estudo

Estudar a interação terapêutica em momentos de ambivalência e de resolução da ambivalência em diferentes amostras, revela-se fundamental dado que compreender o que o está a contribuir para a emergência e/ou manutenção a ambivalência e o que facilita a sua resolução poderá permitir aos terapeutas adotar formas mais eficazes de lidar com este impasse. Stiles (2007) sugere que os estudos de caso são particularmente relevantes para o estudo do processo psicoterapêutico, permitindo, ao facultar um número significativo de observações, construir e refinar uma dada teoria. Esta estratégia permite, para além de uma compreensão aprofundada do fenómeno em causa, lidar com as contingências associadas à codificação de natureza qualitativa.

O presente estudo tem como objetivo descrever a interação terapêutica em momentos de ambivalência e de resolução da ambivalência num caso de sucesso em terapia construtivista do luto complicado.

No sentido de prosseguir este objetivo orientamo-nos pelas seguintes questões de investigação:

- Quais as intervenções do terapeuta que antecedem os momentos de ambivalência e de resolução da ambivalência?
- Quais as intervenções do terapeuta que se seguem aos momentos de ambivalência e de resolução da ambivalência?
- Como é que a cliente responde à intervenção do terapeuta face aos momentos de ambivalência e de resolução da ambivalência?

Método

Cliente

Para o presente estudo foi selecionado, aleatoriamente, um caso de sucesso – a Sandra (nome fictício), retirado do estudo da ambivalência em terapia de luto conduzido por Alves e colaboradores (2014). Os seis clientes que constituem esta amostra foram recrutados no âmbito da investigação centrada na mudança narrativa em psicoterapia. Cada cliente foi seguido semanalmente em terapia construtivista do luto durante quinze semanas e foram encaminhados para tratamento adicional quando necessário. Todas as quinze sessões foram gravadas em vídeo e, depois transcritas. Na sessão de avaliação, o cliente teve acesso ao protocolo da intervenção e ao consentimento informado. Todos os clientes envolvidos no estudo são mulheres caucasianas e de acordo com o Inventário de Luto Complicado (ILC; Prigerson et al., 1995) sofrem de luto complicado.

A avó da Sandra havia falecido há três anos, aquando do início da terapia, após acidente vascular cerebral. Os problemas identificados consistiam na dificuldade em lidar com a morte da avó, medo da morte acompanhado por preocupação persistente com esta e pensamentos intrusivos/ruminações, sentimento de culpa por não ter sido capaz de se despedir da avó, dificuldades em lidar com a ausência do marido (emigrante), dificuldade em dormir, cansaço, choro fácil, grande preocupação com os outros (filha, mãe, avô) e necessidade de se sentir útil.

Terapeuta e terapia

A psicoterapeuta foi uma aluna de doutoramento de 28 anos de idade, com 4 anos de experiência clínica como psicoterapeuta e 2 anos de formação em terapia construtivista do luto complicado. Foi supervisionada, ao longo do processo terapêutico, por um psicoterapeuta com 18 anos de experiência.

A intervenção construtivista foi fundamentada na abordagem de reconstrução de significados proposto por Neimeyer (2001, 2006, 2012a) e inclui várias técnicas terapêuticas orientadas para uma integração mais adaptativa da experiência de perda. Inicia-se com a exploração da história de perda, convidando o cliente à partilha de lembranças, episódios e detalhes importantes relacionadas com a pessoa falecida e com a experiência de luto (Neimeyer, 2012a). Nesta fase inicial a “*Entrevista de Reconstrução de Significado*” é uma das técnicas principais (Neimeyer, 2006, pp. 166-169). Ao longo da terapia são utilizadas outras técnicas como “*Recontar a narrativa*” (Neimeyer, 2012a; Neimeyer, Burke, Mackay, & Stringer, 2010, p.76), “*Conversas imaginárias com o falecido*” (Shear, Boelen, & Neimeyer, 2011, p.149), e “*Correspondência com o falecido*” (Neimeyer, 2012b).

Investigadores

Dois juízes independentes codificaram esta amostra: juiz 1, estudante de doutoramento em psicologia clínica com experiência prévia no SCCT; juiz 2, estudante de mestrado em psicologia clínica treinada no SCCT.

Medidas

Medidas de Resultado de estudos anteriores

Inventário de Luto Complicado (ILC; Prigerson et al., 1995)

Questionário que através dos seus 19 itens avalia a gravidade dos sintomas de luto. Os itens (e.g., “Eu penso tanto nesta pessoa (que morreu) que é difícil fazer as coisas que normalmente faço.”) são classificados com uma escala de Likert de cinco pontos, de 0 (“nunca”) a 4 (“sempre”), com totais que variam entre 0 e 76. Uma pontuação acima de 25, após pelo menos 6 meses de perda, sugere luto complicado. Apresenta boa consistência interna (0,94). Foi utilizada a adaptação portuguesa que também mostrou uma boa consistência interna (0,91; Frade, Rocha, Sousa, & Pacheco, 2009). O ponto de corte para a população portuguesa é de 30 (Sousa & Rocha, 2011).

Inventário de Depressão de Beck – II (IDB -II; Beck, Steer, & Brown, 1996)

Medida de auto relato que avalia, através de 21 itens, a severidade de sintomas depressivos, nas duas últimas semanas. Os itens (e.g., irritabilidade, pessimismo, incapacidade de decisão) são classificados através de uma escala de Likert de 4 pontos (0-3), dando origem a uma pontuação total que varia entre os 0 e os 63 pontos.

O instrumento mostra alta consistência interna (0,91; Steer, Brown, Beck, & Sanderson, 2001) tendo sido utilizada a adaptação portuguesa (Coelho, Martins, & Barros, 2002) com ponto de corte de 14,29 e o Reliable Change Index (RCI, Jacobson & Truax, 1991) de 8,46, como proposto por Seggar, Lambert e Hansen (2002).

Medidas de Processo de estudos anteriores

Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves, Ribeiro, Mendes et al., 2011)

Método qualitativo de análise que identifica cinco categorias de MIs: ação, reflexão, protesto, reconceptualização e desempenho de mudança. Estudos prévios que utilizaram o SCMI reportaram valores de kappa de Cohen variáveis entre .80 na terapia construtivista e .97 na terapia centrada no cliente.

Sistema de Codificação de Marcadores de Ambivalência (SCMA; Gonçalves, Ribeiro, Stiles et al., 2011)

Método qualitativo que analisa o retorno à narrativa problemática imediatamente após a emergência de um MI. Estudos prévios que utilizaram o SCMA (Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011; Ribeiro, Mendes, et al., 2014) reportaram valores do kappa de Cohen variáveis entre .88 e .93.

Sistema de Codificação de Resolução da Ambivalência (SCRA; Braga, Oliveira et al., 2016)

Método qualitativo que permite a identificação de dois processos de resolução da ambivalência - dominância e negociação. Em estudos prévios apresentou valores de kappa de Cohen de .89 para a identificação da presença ou ausência de resolução e .82 para a diferenciação entre dominância versus negociação.

Medidas de processo do presente estudo

Sistema de Codificação de Colaboração Terapêutica (SCCT; Ribeiro et al., 2013)

O SCCT é um método qualitativo de análise da colaboração terapêutica através de transcrições de sessões terapêuticas em que a unidade de análise corresponde a cada fala do terapeuta ou do cliente possibilitando a localização da interação relativamente à Zona de

Desenvolvimento Proximal Terapêutica (ZDP-T, figura I). A ZDP-T corresponde ao intervalo entre a perspectiva habitual acerca da realidade do cliente – desenvolvimento atual do cliente, e a possibilidade de transformar essa perspectiva em colaboração com o terapeuta – nível de desenvolvimento potencial. À medida que as mudanças ocorrem e a ZDP-T evolui, o que antes se situava no nível potencial pode agora situar-se no atual, como por exemplo a acomodação de novidades que antes eram desafiadoras. O investigador avalia a presença de um marcador: de suporte (centrado no problema ou centrado na inovação) como por exemplo reflexão ou confirmação; ou de desafio (e.g., interpretação, confrontação) em cada fala do terapeuta (cf. Tabela I). No suporte o terapeuta procura perceber e explorar a perspectiva do cliente e no desafio tenta reconstruir com o cliente formas alternativas e mais adaptativas de funcionamento. Para a resposta do cliente, o investigador tem de avaliar, em cada fala, marcadores de validação, invalidação ou ambivalência de forma a aferir a localização da díade terapêutica face à ZDP-T. Validação corresponde à aceitação pelo cliente da intervenção do terapeuta; invalidação corresponde à rejeição pelo cliente da intervenção do terapeuta; ambivalência corresponde à aceitação pelo cliente da intervenção do terapeuta, seguida de rejeição ou rejeição em primeiro lugar seguida de aceitação (Ribeiro et al., 2013). A validação pode ser discriminada em dois tipos, em função dos especificadores: clarificação, confirmação e fornecimento de informação correspondem a uma resposta mais minimal, ao passo que quando expande e reformula, isso corresponde a uma resposta mais elaborada. Quando as intervenções de suporte são seguidas do primeiro tipo, significa que ambos trabalham no mesmo nível, próximos do limite inferior; quando são seguidos do segundo tipo, significa que o cliente trabalha acima do nível de desenvolvimento proposto pelo terapeuta, mais próximo do limite superior da ZDP-T. Quando as intervenções de desafio são seguidas do primeiro tipo, significa que o cliente trabalha abaixo do nível de desenvolvimento proposto pelo terapeuta, próximo do limite inferior; quando são seguidos do segundo tipo, que terapeuta e cliente trabalham no mesmo nível, mais próximo do limite posterior da ZDP-T. Os valores do kappa de Cohen, em estudos anteriores, para as intervenções do terapeuta são de .92 e para as respostas do cliente .93 (Ribeiro et al., 2013; Ribeiro et al., 2014).

Tabela I. Especificadores de Suporte e Desafio

Especificadores de Suporte

Reflexão – terapeuta reflete o conteúdo, significado ou sentimento presente nas palavras do cliente e pede feedback explicitamente ou implicitamente.

Confirmação – terapeuta, para ter a certeza de que entendeu corretamente o conteúdo do discurso do cliente, questiona de forma direta e explícita.

Sumarização – terapeuta sintetiza o discurso do cliente e solicita feedback (implícita ou explicitamente).

Demonstração de interesse/atenção – terapeuta mostra/afirma interesse no discurso do cliente.

Questão aberta – terapeuta explora a experiência do cliente usando perguntas abertas. A questão abre uma variedade de respostas não antecipadas e/ou conteúdos que o cliente não relatou ou apenas relatou brevemente.

Encorajamento mínimo – terapeuta encoraja o discurso do cliente, repetindo palavras do cliente de modo afirmativo ou interrogativo (expressões ambíguas não são codificadas).

Especificação de informação – terapeuta pede concretização ou clarificação de informação dada pelo cliente, usando questões fechadas, questões com foco específico, pedindo exemplos.

Especificadores de desafio

Interpretação – terapeuta propõe ao cliente uma nova perspectiva sobre a sua perspectiva, usando as suas próprias palavras, havendo sentido de continuidade em relação ao que o cliente falou primeiro.

Confrontação – terapeuta propõe ao cliente uma nova perspectiva ou questiona o cliente acerca de nova perspectiva, havendo descontinuidade face ao que o cliente falou anteriormente.

Convite a adotar uma nova perspectiva – terapeuta convida (implicitamente ou explicitamente) o cliente a compreender uma dada experiência de forma alternativa.

Convite a colocar em prática uma ação nova – terapeuta convida cliente a agir de maneira diferente, na sessão ou fora da sessão.

Convite a explorar cenários hipotéticos – terapeuta convida cliente a imaginar possibilidades cognitivas, emocionais e/ou comportamentais que são diferentes da forma habitual do cliente compreender e experienciar.

Mudança de nível de análise – terapeuta muda do nível de análise da experiência do cliente (nível concreto e descritivo), para um nível mais abstrato ou vice-versa.

Ênfase na novidade – terapeuta convida o cliente a elaborar sobre o surgimento da novidade.

Debate das crenças do cliente – terapeuta debate a evidência ou lógica das crenças e pensamentos do cliente.

Procura de evidência de mudança – terapeuta procura marcadores de mudança e tenta destacá-los.

Nota: Adaptado de Ribeiro et al., 2013

Tabela II. Especificadores de Validação e de Invalidação

Especificadores de Validação

Confirmação – cliente concorda com intervenção do terapeuta mas não a estende.

Expansão – cliente não só concorda com a intervenção do cliente como a expande.

Fornecer informação – cliente fornece informação de acordo com pedido específico do terapeuta.

Reformula a sua própria perspectiva – cliente responde à pergunta do terapeuta ou reflete sobre a afirmação antes do terapeuta e, ao fazê-lo, reformula a sua perspectiva sobre a experiência que está a ser explorada.

Esclarecimento – tentativa do cliente de esclarecer o sentido da sua resposta à intervenção prévia do terapeuta ou esclarecer o sentido da própria intervenção do terapeuta.

Especificadores de Invalidação

Expressão de confusão – cliente sente-se confuso e/ou afirma-se incapaz de responder à pergunta do terapeuta.

Foco/persistência na auto-narrativa desadaptativa dominante – cliente persiste em olhar para uma experiência específica ou tópico do seu ponto de vista.

Defesa da sua própria perspectiva e/ou em desacordo com a intervenção do terapeuta – cliente defende os seus pensamentos, sentimentos ou comportamentos usando estratégias de auto reforço ou declarações de auto justificação.

Negação de progresso – cliente declara ausência de novidade ou progresso.

Autocrítica e/ou desesperança – cliente autocrítica-se ou autoacusa-se e é absorvido num processo de desesperança.

Falta de envolvimento na resposta – cliente dá respostas mínimas aos esforços do terapeuta para explorar e entender a experiência do cliente.

Mudança de tópico – cliente muda de assunto ou responde tangencialmente ao terapeuta.

Desconexão do foco/tema – cliente persiste na elaboração de determinado tópico apesar dos esforços do terapeuta para se envolver na discussão de um novo.

Referência a narrativas não significativas e/ou foco nas reações dos outros – cliente fala usando palavras em demasia ou de uma forma excessivamente elaborada de histórias não significativas para explicar uma experiência e/ou gasta grande quantidade de tempo a falar de outras pessoas.

Resposta sarcástica – cliente responde sarcasticamente às perguntas do terapeuta ou é irônico em relação à intervenção do terapeuta.

Nota: Adaptado de Ribeiro et al., 2013

Procedimento

De estudos anteriores

Previamente o ILC e o IDB-II permitiram a avaliação de sintomas antes e após a terapia, tendo sido administrados a cada quatro sessões, na sessão final e na de follow-up. A consistência interna na presente amostra foi de 0,84 e de 0,71, respetivamente (Alves et al., 2014). Considerando o ponto de corte estabelecido para o ILC de 30 (Sousa & Rocha, 2011), verificou-se que os sintomas da Sandra diminuíram do início para o final da terapia, obtendo pontuação inferior a 30 no final do tratamento. Considerando o ponto de corte do IDB-II de 14,29 (Coelho et al., 2002) e o *Reliable Change Index* (RCI; Jacobson & Truax, 1991) de 8,46, o caso da Sandra, foi considerado “recuperado” no final da terapia (Alves et al., 2016).

Todas as sessões do caso da Sandra foram previamente codificadas: 1) com SCMI, para a identificação dos MIs, sendo o kappa de Cohen de .91 nesta amostra (Alves et al., 2014); 2) com o SCMA, para a identificação de ambivalência, sendo kappa de Cohen de .80 nesta amostra; e 3) com SCRA para a identificação de estratégias de resolução da ambivalência (Alves et al., 2016), sendo o kappa de Cohen de .94 nesta amostra (Braga et al., 2017).

Do presente estudo

Para compreender a interação terapêutica nos episódios referidos do caso em análise, começamos por definir consensualmente a lista de problemas que caracterizam a auto-narrativa. Recorrendo ao SCCT foi codificado, em cada Momento de Ambivalência e em cada Momento de Resolução da Ambivalência (pelo processo de Dominância ou pelo processo de Negociação), a intervenção do terapeuta imediatamente antes e imediatamente depois. Esta codificação permitiu categorizar as intervenções do terapeuta e as do cliente nos momentos de ambivalência e na sua resolução. A resposta do cliente ao terapeuta após cada um destes momentos foi também codificada permitindo situar a díade na ZDP-T.

A codificação independente de cada sessão foi seguida de uma reunião para avaliar a fidelidade do procedimento e as diferenças na codificação que foram resolvidas por consenso e sujeitas a um processo de auditoria. O kappa de Cohen relativo à codificação deste caso calculou-se recorrendo ao Software SPSS (Statistical Program for Social Sciences), versão 23. Nos momentos de ambivalência, na intervenção (antes e depois) foi de .97 e na resposta do cliente de .92. Nos momentos de resolução da ambivalência, na intervenção (antes e depois) foi de .93 e na resposta do cliente de .87. Os codificadores não tinham qualquer conhecimento sobre o resultado do caso (sucesso ou insucesso).

Resultados

Visando o enquadramento do caso, inicia-se a apresentação dos resultados contextualizando-os nas dimensões de interesse: evolução dos momentos de ambivalência e evolução dos momentos de resolução de ambivalência, já identificados em estudos anteriores. De seguida, apresentam-se os resultados referentes às questões formuladas no presente estudo.

Evolução dos momentos de ambivalência e dos momentos de resolução de ambivalência

A percentagem de episódios de ambivalência ao longo da terapia variou entre 47,37% e 6,67% (cf. Figura II). Tendem a diminuir ao longo da terapia apresentando a sua maior percentagem na sessão 5 e a menor na sessão 13, sugerindo resolução quase total da mesma.

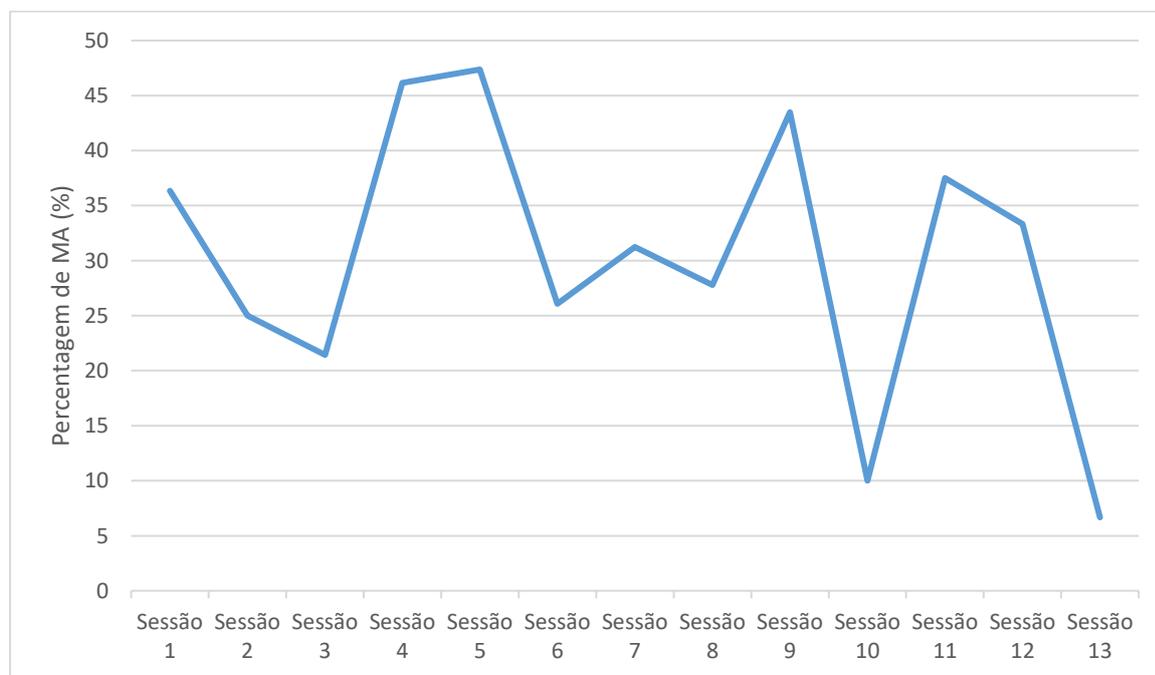


Figura II. Evolução de momentos de ambivalência ao longo da terapia.

A percentagem de episódios de resolução da ambivalência ao longo da terapia variou entre 5,26% e 46,67% (cf. Figura III). A sua menor percentagem surgiu na sessão 5 e a maior na sessão 12, sugerindo que os momentos de resolução da ambivalência se tornam mais frequentes à medida que a terapia evolui.

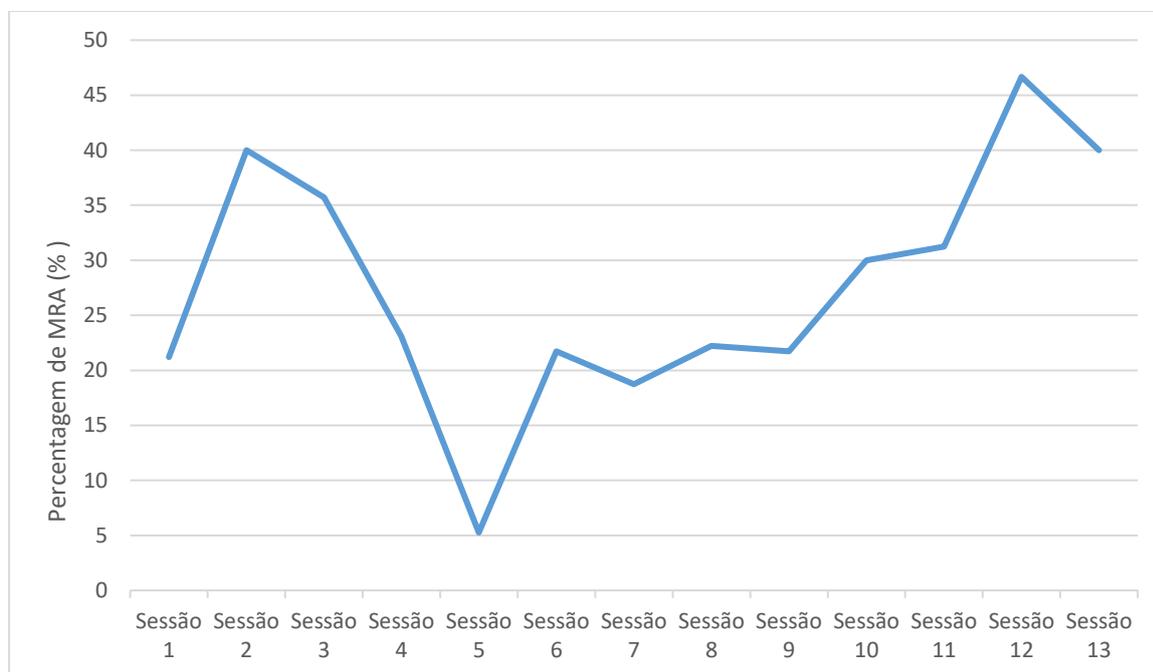


Figura III. Evolução de momentos de resolução da ambivalência ao longo da terapia

Quais as intervenções do terapeuta que antecedem os momentos de ambivalência e de resolução da ambivalência?

As intervenções do terapeuta que precederam os momentos de ambivalência e os momentos de resolução de ambivalência, são coincidentes, e foram maioritariamente de desafio, 52,70% e 70,97% respetivamente (cf. Tabela III). Seguiram-se as intervenções de suporte centrado no problema com 31,08% e 20,97%. O suporte centrado na inovação foi a intervenção menos utilizada revelando valores de 16,22% e 8,06%.

Tabela III. Intervenções do terapeuta que antecedem os momentos de ambivalência e de resolução de ambivalência

ANTES	Suporte Centrado no Problema	Suporte Centrado na Inovação	Desafio
Ambivalência	31,08%	16,22%	52,70%
Resolução da Ambivalência	20,97%	8,06%	70,97%

Quais as intervenções do terapeuta que se seguem aos momentos de ambivalência e de resolução da ambivalência?

As intervenções do terapeuta posteriores aos momentos de ambivalência foram maioritariamente de suporte centrado no problema, 51,35% (cf. Tabela IV). As intervenções de desafio surgem de seguida com 44,59% e o suporte centrado na inovação assume pouca relevância com apenas 4,05%.

No que diz respeito às intervenções do terapeuta posteriores aos momentos de resolução de ambivalência a maior incidência recai no desafio com 41,94%, de seguida suporte centrado no problema, 30,65%, e por fim, suporte centrado na inovação com 27,42%.

Tabela IV. Intervenções do terapeuta posteriores a momentos de ambivalência e de resolução de ambivalência

DEPOIS	Suporte Centrado no Problema	Suporte Centrado na Inovação	Desafio
Ambivalência	51,35%	4,05%	44,60%
Resolução da Ambivalência	30,64%	27,42%	41,94%

Como é que a cliente responde à intervenção do terapeuta face aos momentos de ambivalência e de resolução da ambivalência?

Nos momentos de ambivalência, a intervenção do terapeuta de suporte centrado no problema, originou maioritariamente respostas por parte da cliente de segurança, 65,80%, (cf. Tabela VI). Este valor sugere que o trabalho da díade se localizou maioritariamente dentro da ZDP-T, no mesmo nível proposto pelo terapeuta (exemplo 1, abaixo). A intervenção de suporte centrado na inovação obteve como maior resposta a ambivalência (66,67%), localizando o trabalho da díade nos limites da ZDP-T. As respostas face às intervenções de desafio distribuíram-se ao longo das diferentes categorias de resposta (exemplos 2 e 3, abaixo), sendo a de risco intolerável (36,36%) a que apresenta maior percentagem, indicando que a díade trabalhou fora da ZDP-T.

Tabela VI. Resposta da cliente às intervenções do terapeuta nos momentos de ambivalência

	Segurança	Risco Tolerável	Risco Intolerável	Ambivalência
Suporte Centrado no Problema	65,80%	23,68%	7,89%	2,63%
Suporte Centrado na Inovação	33,33%	0%	0%	66,67%
Desafio	30,30%	24,24%	36,36%	9,10%

Com o intuito de tornar perceptível a interação terapêutica e a localização da díade na ZDP-T nos momentos de ambivalência apresentam-se de seguida extratos retiradas do caso da Sandra:

- Exemplo 1 (sessão 5) – a terapeuta faz uma reflexão depois de um MA, oferecendo suporte centrado no problema, e a Sandra responde confirmando essa reflexão, com segurança. A resposta da Sandra esta no mesmo nível proposto pelo terapeuta e localiza a díade dentro da ZDP-T.

C: *“senti-me assim... uma saudade, uma... ela na fotografia está muito bonita, está-se a rir muito, está... era muito mais nova do que quando ela faleceu, e... senti uma, assim uma força interior (MI), assim um aperto, assim, talvez saudade... depois, saudade também tristeza por, por tê-la lá... está lá deitada... a minha mãe pôs lá as flores... e ela lá na fotografia, debaixo da terra” - MA*

T: *“e a S. disse agora hum duas componentes hum importantes precisamente desta... desta relação nova que é a tristeza e a saudade, fazem precisamente parte desta experiência” – Suporte Centrado no Problema. Reflexão*

C: *“exatamente” – Segurança. Confirma*

- Exemplo 2 (sessão 4) – a terapeuta convida a Sandra a colocar em prática uma ação nova depois de um MA, intervindo com desafio, e a Sandra responde persistindo na auto-narrativa problemática revelando risco intolerável. A díade trabalhou fora da ZDP-T.

C: “*não sei... se calhar... pedir-lhe desculpa, eu era presente mas não era assim muito presente tinha o meu trabalho não é? Tinha, tinha a minha vida, mas gostava muito dela... ela significava... algo para mim que não sei descrever*”

T: “*hum hum, se lhe pudesse dizer isso hum na primeira pessoa... avó... significavas...*”

C: “*muito para mim... como o meu avô significa*” (MI)

T: “*hum hum, portanto diria avó significavas muito para mim como o avô significa... como é que se sente ao dizer estas palavras hum à sua avó?*” – **Suporte Centrado na Inovação.**

Questão aberta

C: “*sinto-me triste por não lhe dizer que ela está... por lhe dizer assim porque... ela não está... ela já se foi*” - MA

T: “*hum hum, sabe que as despedidas... as despedidas podem ser feitas hum em momentos diferentes e de formas diferentes hum o facto de considerar o que nosso despedir da sua avó hum num momento do funeral no caixão hum mesmo que não possamos voltar no tempo, viajar no tempo, fazer com que possa fazer aquela despedida que é importante para si no caixão, podemos fazê-la agora S.*” – **Desafio. Convite a colocar em prática uma ação nova**

C: “*devia ter-lhe dado um beijo*” – **Risco Intolerável. Persistência/foco na auto-narrativa desadaptativa dominante**

- Exemplo 3 (sessão 9) – a terapeuta convida a Sandra a adotar uma nova perspetiva depois de um MA, intervindo com desafio, e a Sandra responde dando informação, com segurança. A díade trabalha dentro da ZDP-T.

S: “*E agora não sei, se vou conse... se vou mas também agora inscrevi-me para tirar o 12º à noite, uma vez por semana, vai começar em Setembro. E assim, acha que eu vou fazer as duas coisas ao mesmo tempo? E assim... ai, tens que fazer, não sei o que, não sei o que mais...*”

T: “*São grandes planos, S, pra sua vida.*”

S: “*Eu não tenho o 12º segundo, também começa uma vez por semana e tal... inscrevi-me, não é? Vamos lá ver...*”

T: “*Hum hum. Há quanto tempo é que se inscreveu?*”

S: “*Inscrevi-me ontem.*”

T: “*Ontem? hum... como é, como é que é pra si? Como é que está a ser dar este passo?*” –

Desafio. Enfatiza a novidade

S: “*Tá... Pra mim, ta a ser um bocadinho importante (MI) mas tenho medo de não conseguir fazê-lo.*” - MA

T: “Hum hum. Mas tá a tentar, não é? Ahhh, muitas vezes, antes de nós sabermos, lá no fundo, na meta, se conseguimos ou não, cá atrás está o tentar ou não. Há pessoas que não tentam, outras que preferem não tentar e há outras, como agora a S está a partilhar comigo, ok, vou tentar, mesmo sem conseguir ter uma bola de cristal que me faça ver o futuro e perceber: ok, vou conseguir ou não vou conseguir. Muitas vezes é essa incerteza que nós temos na vida, não é, não sabemos o que é que vai acontecer, mas tentamos. Mesmo sem sabermos o destino certo.” - **Desafio. Convite a adotar uma nova perspetiva**

S: “Foi o que me aconteceu com a carta, eu normalmente preciso da carta, e...e... mas... tentar, tentei, mas...” - **Segurança. Dá Informação**

Nos momentos de resolução da ambivalência, a cliente respondeu maioritariamente a todas as intervenções do terapeuta com segurança (52,63%, 76,47%, 34,62%) (Cf. Tabela VII), demonstrando o trabalho da díade dentro da ZDP-T (exemplo 2, abaixo). No entanto em resposta a intervenções de desafio, mais uma vez, a cliente respondeu de forma diversificada, sendo de salientar uma elevada percentagem de segurança e de risco intolerável (ambas 34,62%), indicando não só trabalho dentro da ZDP-T, mas também fora (exemplo 1 e 3, abaixo). De notar ainda, que face ao suporte centrado no problema, o cliente respondeu 42,11% com uma experiência de risco tolerável, o que significa que trabalhou acima do nível proposto pelo terapeuta, avançando na ZDP-T.

Tabela VII. Resposta da cliente às intervenções do terapeuta nos momentos de resolução da ambivalência

	Segurança	Risco Tolerável	Risco Intolerável	Ambivalência
Suporte	52,63%	42,11%	5,26%	0%
Centrado no Problema				
Suporte	76,47%	5,88%	17,65%	0%
Centrado na Inovação				
Desafio	34,62%	30,76%	34,62%	0%

Exemplificando a interação terapêutica nos momentos de Resolução de Ambivalência, através de extratos retiradas do caso da Sandra:

- Exemplo 1 (sessão 13) – Depois de um processo de resolução da ambivalência por dominância, a terapeuta convida a Sandra a colocar em prática uma ação nova, intervindo com desafio. A Sandra responde com desesperança, revelando risco intolerável. A díade trabalhou fora da ZDP-T.

C: “tentar reconquistar a minha auto-estima”

T: “hum hum... qual é que acha que é o 1º passo para continuar a conquistar ou para conquistar a sua auto-estima daqui para a frente? O que é que está disposta a fazer por isso?”

C: “estou disposta a ir atrás dela”

T: “hum hum... ok”

C: “ver se a consigo apanhar”

T: “e o que é que acha que lhe vai dar o balanço para ir atrás dela na sua vida? que momentos, que momentos é que imagina que lhe vão dar lanço para ir atrás dela?”

C: “sei lá... talvez a minha força de vontade”

T: “hum hum”

C: “ainda tenho alguma”

T: “hum hum”

C: “se a consigo apanhar” (MI) - DOMINÂNCIA

T: *“hum hum... agora eu gostava de ver aqui uma coisa consigo, S., nós as vezes estipulamos um conjunto de objetivos, coisas que nós gostávamos de fazer e esses objetivos colocamos ahh...muito grandes, está a perceber? Chegar, por exemplo, já amanhã, à S. de há 3 anos, e o que acontece é que nós o que verificamos é que, como isso é um objetivo impossível, ainda ficamos mais tristes “ok, não consegui, fracassei”. Portanto às vezes o mais importante é nos tentarmos estabelecer para nós próprios objetivos mais pequeninos, que sejam mais atingíveis, que sejam mais realistas. Portanto aquilo que eu estava a tentar perceber consigo S. é que objetivos mais pequeninos mas mais realistas é que a S. tem para si, para a sua vida neste momento e que passos é que acha que pode dar para atingir esses objetivos mais pequeninos, pequenos passos, não assim um salto de uma vez” – **Desafio. Convide a colocar em prática uma ação nova.***

C: *“não consigo, é impossível” – **Risco Intolerável. Desesperança.***

- Exemplo 2 (sessão 3) – Depois de um processo de resolução da ambivalência por negociação, a terapeuta coloca uma questão aberta à Sandra, oferecendo suporte centrado no problema. A Sandra dá informação, revelando segurança e implicando o trabalho da díade dentro da ZDP-T.

C: “porque as pessoas têm de morrer... como disse não podemos viver cá todos senão era um enchente de gente”

T: “hum hum, ok”

C: “embora seja... os nossos familiares é muito doloroso mas... realmente tem, tudo o que nasce morre...”

T: “hum hum”

C: “até as flores”

T: “hum hum, as flores que a S. conhece melhor que ninguém não é, as flores do seu jardim. Como é que...”

C: “agora andei a cuidar delas, daqui a pouco tempo abrem e morrem” (MI) - **NEGOCIAÇÃO**

T: “e como é que a S. lida com a morte das suas flores?” – **Suporte Centrado no Problema. Questão aberta.**

C. “deixa-me pena porque elas são tão bonitas” – **Segurança. Dá informação.**

- Exemplo 3 (sessão 7) - Depois de um processo de resolução da ambivalência por negociação, a terapeuta convida a Sandra a explorar cenários hipotéticos, intervindo com desafio. A Sandra dá informação, revelando segurança e localizando a díade dentro da ZDP-T.

C: “o que ela respondia não sei... nem sempre se tem coragem para fazer o que nós queremos”

T: “ok, portanto a sua mãe diria nem sempre... se tem coragem...”

C: “para fazer o que queremos” (MI) - **NEGOCIAÇÃO**

T: “para... fazer... o que queremos... ok. Parece-me algo muito interessante... esta frase da sua mãe, nem sempre se tem coragem para fazer o que queremos... esta flexibilidade, contraste com a severidade da culpa, esta flexibilidade da sua mãe... acha que ela acrescentaria alguma coisa? Nem sempre se tem coragem para fazer o que queremos” - **Desafio. Convite a explorar cenários hipotéticos**

C: “acho que não” – **Segurança. Dá informação.**

Discussão

Propusemo-nos perceber com este estudo de que modo a díade terapêutica interage nos momentos de ambivalência e nos momentos de resolução da ambivalência, num caso de sucesso de luto complicado acompanhado em terapia construtivista. Observou-se que os momentos de ambivalência e de resolução emergem maioritariamente na sequência de intervenções de desafio por parte do terapeuta, para ambos os momentos. Os momentos de ambivalência foram diminuindo ao longo das sessões sugerindo resolução quase total da mesma, e os momentos de resolução da ambivalência foram aumentando sugerindo que a resolução é mais frequente à medida que a terapia evolui, indo, estes resultados, ao encontro dos resultados obtidos em outras amostras (Silva, 2016).

Este resultado é consonante com o modelo do SCCT, de duas formas: 1) O desafio por parte do terapeuta convida o cliente a reformular a sua perspetiva habitual, pelo que a resposta de ambivalência pode refletir o seu desejo de romper com a auto-narrativa problemática, bem como a dificuldade em abandonar aquela que é a melhor forma que encontrou para lidar com a realidade; 2) O terapeuta parece procurar guiar o cliente na resolução da ambivalência, funcionando como um andaime (Vygotsky, 1978).

Depois dos momentos de ambivalência, a intervenção mais utilizada é suporte centrado no problema, o que é clinicamente compreensível. Em vez de persistir no desafio (que antecedeu a ambivalência), o terapeuta oferece suporte. Estas intervenções originam maioritariamente respostas de segurança, fazendo com que a díade volte a trabalhar dentro da ZDP-T. Face às intervenções de desafio, a cliente experiencia uma elevada percentagem de segurança e de risco intolerável por parte da Sandra, com quase igual percentagem. Em ambos os casos, a cliente trabalha abaixo do nível proposto pelo terapeuta. Este resultado diverge dos estudos anteriores, em que a resposta preponderante face ao desafio é risco tolerável. Este resultado pode refletir um movimento de auto-proteção contra a ansiedade ou culpa de resolver o luto (Alves, Fernández-Navarro, Ribeiro, Ribeiro, & Gonçalves, 2013). O processo de construção de um novo “espaço” para a pessoa perdida e a reconstrução de uma nova vida pode ser especialmente desafiador (Neimeyer, 2000).

Depois dos momentos de resolução da ambivalência a intervenção mais utilizada é desafio, ou seja, o terapeuta procura expandir a intervenção que esteve na origem da emergência da estratégia de resolução. Face ao desafio, a Sandra apresenta uma resposta diversificada, dentro da ZDP-T, trabalhando no nível proposto (risco tolerável), atrás (segurança) e fora da ZDP-T (risco intolerável). A segunda intervenção mais utilizada pelo terapeuta é o suporte centrado no problema que origina respostas de segurança por parte da Sandra, ou seja,

trabalhando no nível proposto pelo terapeuta, mas também acima do nível proposto (risco tolerável).

Clinicamente faz sentido que nos momentos de ambivalência a resposta do terapeuta seja de oferecer suporte e nos momentos de resolução da ambivalência, que correspondem a momentos de inovação, dado que temos a posição inovadora a sobrepor-se e a inibir a posição problemática (dominância) ou a posição inovadora e a posição problemática a dialogarem de forma colaborativa (negociação), se sinta confiante para continuar a desafiar. Estas ações vão ao encontro de Ribeiro e colaboradores (2013), quando explicam que a colaboração terapêutica implica procurar compreender a auto-narrativa problemática, ser responsivo e oferecer segurança mas também tentar provocar uma visão diferente da habitual, desafiando essa mesma narrativa problemática de forma a emergir novidade. Este desafio parece ser utilizado pela terapeuta, como um indicador/medidor da forma de lidar com a inovação da Sandra. Esta responde com segurança às intervenções do terapeuta de suporte centrado no problema, validando-as, mas nas intervenções de desafio valida e invalida essas intervenções de igual forma, ao responder com segurança e com risco intolerável o mesmo número de vezes, deixando o terapeuta nestes momentos sem conseguir antecipar a sua resposta mas ao mesmo tempo a receber pistas de quais os assuntos que precisam de ser mais trabalhados.

A variabilidade de respostas da Sandra às ações do terapeuta, especialmente face ao desafio, reflete que a interação terapêutica não é uma dimensão estática e que, o terapeuta deve estar atento e ser responsivo às necessidades do cliente e ao seu nível de prontidão para a mudança, coordenando a sua ação com a do cliente em cada momento da terapia (Ribeiro, 2009).

Limitações e sugestões para estudos futuros

O facto de não existirem outros estudos focados na interação terapêutica numa amostra de luto complicado e o facto de este ser um estudo de caso, impede-nos de fazer comparações, e deixa-nos curiosos sobre se os resultados encontrados neste estudo irão ser verificados em outros casos de sucesso de terapia construtivista do luto complicado ou se refletem a processo idiossincrático de transformação da Sandra. No futuro, seria igualmente relevante compreender a evolução das intervenções terapêuticas e respostas do cliente ao longo tempo, recorrendo a modelos longitudinais.

Referências

- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Baptista, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2014). Innovative moments in grief therapy: The meaning reconstruction approach and the processes of selfnarrative transformation. *Psychotherapy Research, 24*, 25-41. doi:10.1080/10503307.2013.814927
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., & Gonçalves, M. M. (2013). Ambivalence and innovative moments in grief psychotherapy: The cases of Emily and Rose. *Psychotherapy, 51*, 308–321. doi:10.1037/a0031151
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2016). Ambivalence in grief therapy: The interplay between change and self-stability. *Death Studies, 40*, 129-138. doi:10.1080/07481187.2015.1102177
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Braga, C., Oliveira, J., Ribeiro, A., & Gonçalves, M. M. (2016). Ambivalence resolution in emotion-focused therapy: The successful case of Sarah. *Psychotherapy Research, 19*, 1-10. doi:10.1080/10503307.2016.1169331
- Braga, C., Ribeiro, A., Gonçalves, M. M., Oliveira, J. T., & Botelho, A. (2016). *Ambivalence Resolution in Brief Psychotherapy for Depression*. Manuscrito submetido para publicação.
- Braga, C., e colaboradores, (2017). *Ambivalence resolution in grief therapy*. Manuscrito em preparação.
- 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
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in Psychotherapy: Facilitating readiness to change*. New York: Guilford Press. doi:10.1007/s10615-010-0274-5
- Frade, B., Rocha, J., Sousa, H., & Pacheco, D. (2009). *Validation of Portuguese version for Inventory of Complicated Grief*. European Congress of Traumatic Stress, Oslo.
- 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* (pp. 301-318). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy research process: The innovative moment coding system. *Psychotherapy Research, 21*, 497-509. doi:10.1080/10503307.2011.560207

- 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 self-narratives: Exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research, 21*, 27-40, doi:10.1080/10503307.2010.507789
- 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
- Leiman, M., & Stiles, W. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: the case of Jan revisited. *Psychotherapy Research, 11*, 311-330. doi:10.1080/713663986
- Miller, W., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Neimeyer, R. A. (2001). *Meaning reconstruction and the experience of loss*. Washington DC: American Psychological Association.
- Neimeyer, R. A. (2006). *Lessons of loss: A guide to coping*. Memphis, TN: Center for the Study of Loss and Transition.
- Neimeyer, R. A. (Ed.). (2012a). *Techniques of grief therapy: Creative practices for counseling the bereaved*. New York: Routledge.
- Neimeyer, R. A. (Ed.). (2012b). Correspondence with the deceased. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Techniques of grief therapy: Creative practices for counseling the bereaved* (pp. 259-261). New York: Routledge.
- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 40*, 73–83. doi:10.1007/s10879-009-9135-3
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies, 24*, 541-558.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds III, C. F., Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., Frank, E., Doman, J., & Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research, 59*, 65–79. doi:10.1016/0165-1781(95)02757-2
- Ribeiro, A. P., Braga, C., Stiles, W. B., Teixeira, P., Gonçalves, M. M., & Ribeiro, E. (2016). Therapist interventions and client ambivalence in two cases of narrative therapy for depression. *Psychotherapy Research, 26*, 681-693. doi:10.1080/10503307.2016.1197439

- Ribeiro, E. (2009). *Aliança terapêutica: Da teoria à prática clínica*. Braga: Psiquilíbrios Edições.
- Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Brás, A., & Sousa, I. (2016). Ambivalence in narrative therapy: A comparison between recovered and unchanged cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23. doi:10.1002/cpp.1945
- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 294-314. doi:10.1111/j.2044-8341.2012.02066.x
- Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M. M., Stiles, W. B., Horvath, A. O., & Sousa, I. (2014). 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. doi:10.1080/10503307.2013.856042
- Seggar, L. B., Lambert, M. J., & Hansen, N. B. (2002). Assessing clinical significance: application to the Beck Depression Inventory. *Behavior Therapy*, 33, 253-269. doi:10.1016/S0005-7894(02)80028-4
- Shear, K., Boelen, P., & Neimeyer, R. A. (2011). Treating complicated grief: Converging approaches. In R. A. Neimeyer, D. Harris, H. Winokuer, & G. Thornton (Eds), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (pp. 139-162). New York, NY, USA: Routledge.
- Silva, D. L. (2016). *Colaboração Terapêutica em Episódios de Ambivalência* (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Sousa, V., & Rocha, J. C. (2011). *Validação de metodologias de diferenciação clínica entre luto saudável e luto complicado* (Dissertação de Mestrado não publicada). Instituto Superior de Ciências da Saúde do Norte, Gandra, Portugal.
- Steer, R. A., Brown, G. K., Beck, A. T., & Sanderson, W. C. (2001). Mean Beck Depression Inventory-II scores by severity of major depressive episode. *Psychological Reports*, 88(3), 1075-1076.
- Stiles, W. B. (2007). Theory-building case studies of counselling and psychotherapy. *Counselling and Psychotherapy Research*, 7, 122-127. doi:10.1080/14733140701356742
- Velicer, W. F., DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., & Brandenburg, N. (1985). Decisional

balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1279-1289. doi:10.1037/0022-3514.48.5.1279

Vigotsky, L. (1978). *Mind in society: The development of higher psychological processes*. Cambridge MA: Harvard University Press.

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