



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Ana Rita da Rocha Oliveira de Sousa

Ambivalência em Terapia Online de Luto Complicado



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Ana Rita da Rocha Oliveira de Sousa

Ambivalência em Terapia Online de Luto Complicado

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Doutor Miguel Gonçalves
Doutora Daniela Alves

DECLARAÇÃO

Nome: Ana Rita da Rocha Oliveira de Sousa

Endereço eletrónico: pg29501@alunos.uminho.pt

Número do Cartão de Cidadão: 14662396

Título da dissertação: Ambivalência em Terapia *Online* de Luto Complicado

Orientadora: Doutora Daniela Alves

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, 9/6/2017

Assinatura: _____

Índice

Agradecimentos.....	iii
Resumo.....	iv
Abstract	v
Introdução.....	6
Objetivos Gerais e Específicos	11
Metodologia	11
Cliente.....	11
Terapia e terapeuta.....	11
Investigadores.....	12
Medidas	12
Medidas de resultados terapêuticos (Medidas de arquivo).....	12
Medidas de Processo	13
Medidas de processo de arquivo.....	13
Medidas de processo de presente estudo	13
Procedimentos	13
Resultados	14
Discussão.....	18
Limitações e implicações do presente estudo.....	22
Referências.....	23

Índice de Figuras

Figura 1..	15
Figura 2..	16
Figura 3..	17

Índice de Tabelas

Tabela 1.....	10
---------------	----

Agradecimentos

À Doutora Daniela Alves, minha orientadora, que mesmo longe acompanhou todo o trabalho desenvolvido durante este percurso, mostrando sempre interesse em atualizar-se face a cada passo que dava, com a certeza que isto seria sobretudo uma mais-valia para mim. Toda a sua serenidade foi essencial, mas sobretudo a sabedoria que sem dúvida cimentou este estudo. Obrigada por tudo. Ao Prof^o Doutor Miguel Gonçalves, pelos ensinamentos, gargalhadas, inspirações e por todas as oportunidades que me mesmo sem dar por isso, contribuíram para a minha sabedoria. Esta admiração por si traduz-se num desejo de modelo a seguir com a certeza que isso será sempre a escolha certa. Obrigada. Ao Doutor João Batista, por ter sido extremamente fundamental para a conclusão deste estudo. Sem você tudo seria mais difícil. Pela calma, pela coragem, pela aprendizagem, por acreditar em mim até ao fim e por me amparar nos momentos mais críticos e na hora certa. Muito obrigada mesmo.

À equipa dos MIs por serem um poço de sabedoria, boa disposição e entreadajuda. Todas as críticas construtivas contribuíram, para a realização deste trabalho. Sinto-me uma júnior privilegiada por ter crescido num grupo tão rico a todos os níveis.

À Catarina e à Sara, por me acompanharem ao longo deste 5 anos, repletos de momentos inesquecíveis e de boa disposição, por serem pessoas que quero com certeza levar para a vida, a vida além da Psicologia. Às minhas seis meninas, por representarem para mim a forma mais bonita da amizade e companheirismo. De forma direta e indireta contribuíram para a realização deste trabalho, quer seja com gargalhadas quer seja com momentos providos de força e coragem. Vocês são únicas, as melhores amigas do mundo.

A ti Pedro, por seres das pessoas mais genuínas que conheço. Por despertares em mim a forma mais perfeita de amar alguém. A tua serenidade, vontade de ajudar (mesmo sendo impossível), a tua forma de simplificar os problemas, acreditares sempre em mim e que sou capaz do que quer que seja, foram cruciais. Agradecer por isto e por todos os sorrisos que arrancaste em mim nas horas difíceis, é insuficiente. Obrigada por seres tudo o que preciso.

À minha irmã, pela cumplicidade, pelo amor genuíno, por me ajudares em tudo o que preciso. Por seres indiscutivelmente a melhor irmã do mundo. Se pudesse escolher, escolheria sempre a ti, mesmo com tudo o que te caracteriza. Obrigada por tudo.

Aos meus pais. Sem vocês nada disto seria possível. A ti mãe, e sem parecer clichê, és a melhor mãe do mundo, a pessoa mais significativa que tenho na minha vida. A pessoa que me acompanha em todas as decisões e que acredita sempre que serei capaz. Irei sempre dar-te motivos para te orgulhares de mim e farei sempre tudo para fazer de ti a pessoa mais feliz de mundo. Se estiveres bem, eu também estou pois a ti, devo tudo aquilo que sou.

Ambivalência em Terapia *Online* de Luto Complicado

Resumo

De uma perspectiva narrativa, o processo de mudança em psicoterapia envolve o desenvolvimento de significados alternativos à auto-narrativa problemática, através da emergência e expansão de Momentos de Inovação (MIs). No entanto, este processo pode ser atenuado através da reafirmação da auto-narrativa problemática conduzindo o cliente à ambivalência, levando-o a produzir Marcadores de Ambivalência (MAs). Assim, no presente estudo realizou-se um estudo de caso de terapia *online* de luto complicado cujos objetivos foram: a) descrever o perfil de ambivalência; b) relacionar a emergência de ambivalência e a evolução clínica da cliente; c) avaliar os MIs mais frequentemente atenuados ao longo do processo terapêutico. No presente estudo utilizou-se o Sistema de Codificação da Ambivalência (SCA) para identificar MAs e uma análise *Time Series* para estudar a associação entre a evolução dos MAs e a evolução da mudança sintomática. Os resultados sugerem que a emergência de MAs está significativamente associada à evolução clínica da cliente. Este estudo permitiu ainda analisar de que modo os processos de mudança e de ambivalência na terapia *online* são comparáveis à terapia face-a-face, sugerindo uma semelhança entre ambas as formas de terapia.

Palavras-chave: Luto complicado/prolongado, Momentos de Inovação, Ambivalência, Terapia *online*.

Ambivalence in Online Therapy for Complicated Grief

Abstract

The change process in psychotherapy involves development of alternative meanings to the problematic self-narrative through the emergence and expansion of innovative moments (IMs). However, this process can be nullified through the resurgence of the problematic self-narrative, giving place to ambivalence. This resurgence is empirically tracked by the identification of ambivalence markers (AMs) by the client. Thus, the goals of this study were: a) describe the ambivalence evolution on a case of complicated grief using *online* therapy; b) test de association between ambivalence occurrence and the clinical evolution of the client; c) identify the IMs that are more frequently attenuated in the course of the therapeutic process in this case. Using the Ambivalence Coding System to track AMs and a time series model to analyze the cross-correlation between AMs and symptomatic evolution, we found a significant association between AMS occurrence and the client's clinical evolution. This study allowed us to start exploring the processes of change and ambivalence in online therapy, and to compare it to the results of face to face therapy. In general we found similar processes in these two therapeutic contexts regarding the emergence and evolution of IMs and AMs in complicated grief.

Keywords: Complicated Grief, Innovative Moments, Ambivalence, Online therapy.

Introdução

A experiência de perda de uma pessoa significativa implica frequentemente uma complexa transição de vida, por vezes marcada por um leque de sintomatologia biopsicossocial (e.g., humor deprimido, interrupção das relações sociais, dificuldade de concentração no trabalho) (Neimeyer & Thompson, 2014). A dor experienciada após a perda, varia de acordo com o enlutado (Bonanno & Kaltman, 2001). Se por um lado, alguns indivíduos são resilientes face ao acontecimento, experienciando pouco sofrimento psicológico (Bonanno & Kaltman, 2001), outros experienciam uma dor aguda por um período de 1-2 anos (Bonanno & Mancini, 2006). No entanto, algumas pessoas (cerca de 10 a 20%) experienciam um sofrimento grave e debilitante que ameaça a sua estabilidade por um longo período de tempo, persistindo durante meses ou até mesmo anos, levando ao desenvolvimento de uma sintomatologia de luto complicado (Prigerson et al., 2009). Esta sintomatologia integra uma angústia de separação persistente, memórias difíceis e recorrentes acerca da pessoa que partiu, incapacidade de aceitar a perda e dificuldade crescente de continuar a viver a sua vida na ausência do ente querido (Holland, Neimeyer, Boelen, & Prigerson, 2009). De uma perspetiva construtivista, o luto complicado impede uma integração saudável dos significados, memórias e imagens associadas à morte ou ao ente querido (Neimeyer, Herrero, & Botella, 2006), predispondo o indivíduo a uma maior suscetibilidade de problemas de saúde, quer físicos (e.g., doenças cardiovasculares), quer psicológicos (e.g., depressão e ansiedade) (Burke & Neimeyer, 2013).

A investigação recente (Neimeyer & Thompson, 2014) e a articulação entre os resultados empíricos mais recentes e a prática clínica (Alves et al., 2016) têm potenciado o desenvolvimento de teorias contemporâneas do luto complicado (Neimeyer, 2009). Estas propõem novas perspetivas sobre o papel da perda na narrativa de vida de cada ser humano (Neimeyer, 2009). O modelo de reconstrução de significados (Neimeyer, 2012) integra-se no panorama contemporâneo associado às perspetivas construtivistas sobre a natureza da vida humana e da perda (Neimeyer, 2009; Neimeyer & Bridges, 2003). Neimeyer (2000) propõe, por isso, que cada pessoa se envolve de forma única e particular neste desafio de encontrar e dar sentido à vida no rescaldo da morte de um ente querido. Vários estudos mostram que a incapacidade de encontrar um sentido após a experiência de perda é um marcador central no desenvolvimento de luto complicado/prolongado (Currier, Holland, & Neimeyer, 2006). Assim, pesquisas recentes sobre luto complicado têm apoiado a pertinência do modelo de reconstrução dos significados na construção de uma história de vida e de perda mais adaptativas (Currier et al., 2006). Portanto, os indivíduos que experienciam luto complicado,

devem beneficiar de intervenções psicoterapêuticas que promovam uma reconstrução de significados através da promoção de uma nova auto-narrativa mais flexível e adaptativa (Neimeyer, 2012).

De acordo com a terapia construtivista de luto complicado (Neimeyer, 2012), os principais objetivos terapêuticos consistem na facilitação da construção de um significado mais adaptativo e flexível associado à perda do ente querido, possibilitando uma integração saudável dessa experiência na história de vida do enlutado (Alves, Mendes, Gonçalves, & Neimeyer, 2012; Neimeyer, 2012). Desta forma, a adaptação ao luto relaciona-se com a capacidade em dar sentido à nova realidade de vida após a perda (Alves et al., 2012; Neimeyer, 2009).

O significado atribuído aos acontecimentos que surgem ao longo da nossa vida vão-se organizando em autonarrativas (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009). Desta forma, o sofrimento psicológico poder-se-á associar à produção de autonarrativas problemáticas (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009) definidas, no luto complicado, como uma incapacidade do sujeito em integrar a perda de uma forma adaptativa (Alves et al., 2016). No entanto, quando existe uma mudança destas autonarrativas problemáticas em psicoterapia, começam a surgir exceções às regras, denominadas por momentos de inovação (MIs) (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009). Os MIs surgem todas as vezes que o cliente experimenta e/ou produz algo que, implícita ou explicitamente, desafia ou rejeita a auto-narrativa problemática que tem vindo a moldar a sua vida, permitindo a elaboração de uma auto-narrativa alternativa (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009). Este conceito foi inspirado em White e Epston (1990), na noção de resultados únicos, definidos como exceções a uma narrativa saturada pelo problema. Assim, MIs são todos os eventos que ocorrem em terapia (ou fora dela, desde que narrados na sessão), nos quais o cliente produz um pensamento, uma ação, ou um sentimento que surge fora do domínio dessa auto-narrativa problemática (Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009). Com o objetivo de estudar os MIs foi desenvolvido por Gonçalves e colaboradores (2011) o Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI), que permite codificá-los em 3 níveis os quais interagem entre si de forma a promover mudança na narrativa do indivíduo: nível 1 que inclui os MIs de ação 1, reflexão 1 e protesto 1, no qual o cliente cria uma distância em relação ao problema; nível 2 que inclui os MIs de ação 2, reflexão 2 e protesto 2; e nível 3 que inclui os MIs de reconceptualização. Nos níveis 2 e 3 o cliente centra-se na mudança, no entanto o nível 3 é visto como mais complexo pois integra simultaneamente o eu no passado, o eu no presente e o processo de mudança (Fernández-Navarro, Ribeiro & Gonçalves, 2017) (ver tabela 1).

Até ao momento, foram realizados vários estudos com recurso ao SCMI, para uma identificação dos MIs em diversas problemáticas e modelos terapêuticos, tais como a perturbação depressiva *major* (Mendes et al., 2010; Gonçalves et al., 2012); o luto complicado (Alves et al., 2016); e a violência doméstica (Matos et al., 2009). Relativamente aos modelos terapêuticos, foram desenvolvidos estudos com terapia centrada no cliente (Gonçalves et al., 2012); terapia narrativa (Gonçalves, Ribeiro, Silva, Mendes, & Sousa 2015); terapia construtivista no luto complicado (Alves et al., 2014); terapia focada nas emoções (Mendes et al., 2010); e terapia cognitivo-comportamental (Gonçalves et al., 2015).

A ocorrência de um MI pode ser considerada como uma posição de bifurcação (Valsiner & Sato, 2006), uma vez que implica uma circunstância de tensão entre duas posições contrapostas: uma posição refere-se ao MI e à expansão do seu significado, e a segunda posição refere-se ao padrão problemático que tem vindo a moldar a vida da pessoa (Braga, Oliveira, Ribeiro, & Gonçalves, 2016). Desta forma, os MIs podem ser entendidos como experiências que desafiam a estabilidade da auto-narrativa dominante/problemática (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009), podendo gerar no indivíduo um sentimento de incerteza ou de ansiedade face a esta mudança (Ribeiro & Gonçalves, 2010). Ou seja, os clientes, perante a expectativa de mudança, podem manifestar sentimentos opostos: se por um lado sentem a necessidade de mudança, por outro têm tendência a voltar aos padrões estáveis, ainda que disfuncionais dando lugar a movimentos oscilatórios como uma forma de autoproteção (Oliveira, Gonçalves, Braga, & Ribeiro, 2016). Esta necessidade de voltar aos padrões estáveis ocorrem na medida em que o cliente percebe-os como sendo algo que, embora cause sofrimento, são vistos como padrões familiares, estáveis e ausentes de imprevisibilidade quando comparados com as sensações que a mudança implica (Ribeiro, Gonçalves, Silva, Brás & Sousa, 2015). Assim, estes movimentos oscilatórios são percebidos como uma ambivalência face à mudança (Engle & Arkowitz, 2006). Envolve por isso uma oposição intrapsíquica entre "eu quero mudar" e "não quero mudar" (Button, Westra, Hara, & Aviram, 2014), surgindo no indivíduo duas tendências antagónicas de se comportar, pensar ou sentir (Gonçalves et al., 2016). Para lidar com a incerteza da mudança, e com estas duas tendências antagónicas, a pessoa pode investir num movimento de retorno à auto-narrativa problemática, identificados empiricamente através da emergência de Marcadores de Ambivalência (MAs), anteriormente denominados Marcadores de Retorno ao Problema (RPMs) (Ribeiro & Gonçalves, 2010). Para estudar empiricamente este fenómeno de ambivalência, foi desenvolvido o Sistema de Codificação da Ambivalência (SCA) (Gonçalves et al., 2011), que avalia o ressurgimento de uma auto-narrativa problemática através de MAs,

imediatamente após o surgimento de um MI (Gonçalves et al., 2011). Desta forma, o processo de ambivalência é caracterizado por momentos em que o cliente produz um MI, mas imediatamente após a produção deste MI, produz um MA, atenuando o potencial de mudança do MI (Gonçalves & Silva, 2014). A ocorrência sistemática de MAs ao longo de um processo terapêutico pode resultar em insucesso terapêutico, uma vez que estes MAs inibem o desenvolvimento e a transformação da auto-narrativa (e.g., Gonçalves et al., 2011; Ribeiro & Gonçalves, 2010). Ou seja, o surgimento de MAs é um indicador importante de que o progresso do cliente pode estar a ser comprometido (Gonçalves et al., 2016).

Até ao momento foram realizados vários estudos com recurso ao SCA para uma identificação dos MAs e do processo de ambivalência em diversas problemáticas e em vários modelos terapêuticos (Gonçalves et al., 2011; Ribeiro, Gonçalves, Brás, & Sousa, 2015; Ribeiro et al., 2014). Estes estudos identificando MAs propuseram que tanto em casos de sucesso, como em casos de insucesso e em qualquer modalidade terapêutica, a ambivalência é um processo relativamente frequente (Gonçalves et al., 2011; Ribeiro, Gonçalves, Silva, Brás, & Sousa, 2015; Ribeiro et al., 2014). Para além disto, foi observada uma diminuição da ambivalência em casos de sucesso e uma estabilização ou mesmo aumento da ambivalência em casos de insucesso (Gonçalves et al., 2011; Ribeiro, Gonçalves, Silva, Brás, & Sousa, 2015; Ribeiro et al., 2014).

Assim, e tendo em conta o tema central deste estudo, será relevante salientar que recentemente o SCA foi também aplicado a uma amostra de luto complicado com terapia (face a face) construtivista de reconstrução de significados para estudar o papel da ambivalência em casos de luto (Alves et al., 2016). De acordo com uma das hipóteses verificadas em estudos anteriores, a emergência de ambivalência na terapia de luto complicado poderá estar relacionada com a perceção dos clientes sobre a sua mudança/melhoria, vista como um desvincular do seu compromisso com o ente querido, levando assim a um movimento de autoproteção contra a ansiedade sentida pela culpa, originando a produção de MAs (Alves et al., 2016). Desta forma, a estabilidade do processo de ambivalência em casos de luto complicado pode representar uma forma de autoproteção contra a ansiedade ou culpa de investir numa experiência de luto menos dolorosa percebida como uma desconexão em relação ao ente querido (Alves et al., 2016).

Uma vez que estudos anteriormente realizados se têm focado na ambivalência na terapia face-a-face (Alves, 2013; Alves et al., 2016), o presente estudo pretende estudar este fenómeno na terapia construtivista do luto complicado em formato *online*, na qual terapeuta e cliente comunicam exclusivamente via *skype* e *email*. Este estudo é assim um estudo

exploratório. Para tal, será realizado um estudo de caso, seguido com o protocolo *meaning in loss online protocol*, o qual será descrito mais à frente. A terapia *online* consiste na prestação de serviços de saúde mental através da *internet*, e tem vindo a demonstrar uma crescente utilização, sobretudo no tratamento da depressão, em diferentes países (Beattie, Shaw, Kaur & Kessler, 2009). Um estudo realizado em terapia *online*, usando a plataforma *silvercloud* assente na terapia cognitivo-comportamental para a depressão revelou, nas avaliações pré e pós-tratamento, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) (Doherty, Coyle, & Sharry, 2012), uma melhoria estatisticamente significativa nos sintomas depressivos (Doherty, Coyle, & Sharry, 2012). No entanto existem ainda poucos estudos nesta temática que possam ampliar e servir de base a novos estudos. Assim, o presente estudo pretende contribuir para o suporte empírico da análise de um caso de sucesso de luto complicado, acompanhado em terapia *online*, quando estudada à luz dos processos dos MIs e de MAs, e em que medida os MAs estão associados à evolução clínica da cliente ao longo do processo.

Tabela 1

Exemplos de Momentos de Inovação

Níveis	Tipos de MIs	Definição
1	Ação I	Exceções de significado centradas em desafiar e distanciar-se da experiência problemática.
	Reflexão I	Incluem momentos de crítica, pensamentos, intenções, interrogações, dúvidas, desejos, estratégias e/ou comportamentos com foco em lidar com os problemas trazidos para terapia
	Protesto I	
2	(Ação II, Protesto II, Reflexão II)	Fenómeno de auto-observação centrado em dar sentido às mudanças emergentes.
	Contraste do <i>Self</i> (CS)	Incluiu novos objetivos, experiências, atividades, projetos, mudanças emocionais, elaborações sobre a mudança e as suas consequências, ressurgimento ou surgimento de novas autoaversões, novas aprendizagens, etc.
	Ou Processo de transformação do <i>Self</i> (PTS)	

3	Reconceptualização (CS + PTS)	Descrição do processo meta-reflexivo. Requer uma mudança entre as duas auto-posições e acesso ao processo subjacente a essa transformação.
----------	----------------------------------	--

Nota: Adaptado com permissão de Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2017). *Reconceptualizing the self in psychotherapy: an exploratory study on meaning differentiation and integration in depression treatment*. Manuscrito submetido para publicação.

Objetivos Gerais e Específicos

Este estudo tem como objetivo geral analisar o processo de ambivalência em terapia construtivista de luto em formato *online*. Por outro lado, os seguintes objetivos específicos organizam esta dissertação:

1. Descrever a evolução da ambivalência num caso de luto complicado acompanhado em terapia *online*;
2. Relacionar a emergência de ambivalência e a evolução clínica da cliente ao longo do processo;
3. Identificar os MIs mais frequentemente abortados ao longo do processo terapêutico.

Metodologia

Este estudo de caso inclui-se num projeto de pós doutoramento financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), intitulado: *Clínical and Narrative Change in Online Constructivist-Narrative Intervention for Complicated Grief: Exploration of the use of the Internet and the New Technologies in Psychotherapy*.

Cliente

O presente estudo centrou-se na análise de um caso de uma jovem de 25 anos que perdeu o irmão há 7 anos, num afogamento. Apresentava sintomatologia de luto complicado e depressão quando iniciou o processo. Sentia-se desligada do mundo, isolada e pensar sobre a morte era-lhe muito difícil. Para além disto, demonstrava uma dificuldade em recordar o irmão sem que essa recordação fosse acompanhada por um sofrimento incapacitante. Para além das questões relacionadas com o luto complicado, a cliente apresentava problemas relacionados com as interações sociais, nomeadamente uma dificuldade em fazer e manter amizades. Por fim desenvolveu insegurança face à forma como se avalia e como avalia as suas capacidades.

Terapia e terapeuta

Foi desenvolvido recentemente na Universidade do Minho em parceria com a Universidade de Memphis, um protocolo de intervenção no luto em formato online, designado

por *meaning in loss online protocol*” que assenta numa terapia caracterizada pelo contacto visual via *skype* entre terapeuta e cliente. É destinado a adultos que tenham perdido um ente querido, e que se sintam incapazes de seguir com a sua vida, após a perda, revelando um luto persistente/ou prolongado. Este protocolo é fundamentado no modelo de reconstrução de significados (Neimeyer, 2012), desenvolvendo-se ao longo de 12-16 sessões gratuitas, com uma duração de 55 minutos cada sessão, realizada uma vez por semana. Estas consultas são disponibilizadas em videochamada (*skype*) e *email*. Esta última permite ao cliente a realização de atividades entre sessões que vão de encontro ao objetivo da terapia. As sessões estão integradas num protocolo clínico e organizadas nas 8 fases seguintes: avaliação, introdução/reabertura da história e da relação; processamento da história da perda; exploração de significados; avaliação da história passada que envolve a relação do cliente com a pessoa que partiu; exploração das fontes de significado; consolidação e por último a fase da finalização. A terapeuta que acompanhou o presente caso, doutorada em psicologia clínica, tem cerca de dez anos de experiência clínica.

Investigadores

O investigador responsável pela codificação dos MIs deste caso foi uma doutorada especializada na codificação de MIs em casos de luto, que integra o grupo de investigação *Processos de Mudança em Psicoterapia*. Relativamente à codificação dos MAs, a presente codificação foi feita por uma estudante de mestrado, e que integra no momento o grupo de investigação. Por fim, a co-codificação dos MAs foi realizada de forma independente por um outro estudante de mestrado pertencente ao mesmo grupo de investigação.

Medidas

Medidas de resultados terapêuticos (Medidas de arquivo).

Com o objetivo de caracterizar a evolução dos sintomas, o caso foi avaliado semanalmente durante todo o processo, com uma bateria de instrumentos clínicos validados para a população Portuguesa, como o Inventário de Luto Complicado (ILC) (Prigerson et al., 1995), a Prolonged Grief Disorder Scale (PG-13) (Prigerson, & Maciejewski, 2008) e o Beck Depression Inventory-II (BDI-II) (Beck, Steer, & Brown, 1996).

Prolonged Grief Disorder Scale (PG-13) (Prigerson, & Maciejewski, 2008; versão portuguesa adaptada por Delalibera, Coelho, & Barbosa, 2011) A PG-13 foi utilizada para avaliar os sintomas de luto complicado. É composto por 13 itens, cada um expressa uma escala de tipo Likert de frequência de sintomas, variando de 1 a 5. Exceto para as respostas aos itens 2 e 13, que são dicotómicas, ou seja caracterizadas como sim/não. O PG-13 é utilizado para

avaliar a sintomatologia de luto complicado. O instrumento mostra uma forte consistência interna (α de Cronbach = 0.93).

Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996; versão portuguesa por Coelho, Martins, & Barros, 2002). O BDI-II consiste num questionário de autorrelato, composto por 21 itens, que pretende avaliar a presença de sintomas depressivos nas últimas 2 semanas. Os itens são apresentados numa escala de Likert (0-3) de 4 pontos em que o total de valores varia entre 0 e 63. Este questionário apresenta uma consistência interna de 0.9.

Inventário de Luto Complicado (ILC) (Prigerson et al., 1995; versão portuguesa adaptada por Frade, Sousa, Rocha, & Pacheco, 2009). O ILC é um questionário que avalia a gravidade dos sintomas de luto, composto por 19 itens classificados numa escala de Likert de 5 pontos, com pontuação total variando de 0 a 76. Uma pontuação acima de 25, depois de pelo menos 6 meses após a perda, sugere luto complicado. O instrumento tem boa consistência interna (0.94).

Medidas de Processo.

Para além dos instrumentos acima referidos foram usados instrumentos para análise da conversação terapêutica, como é o caso do Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI) e o Sistema de Codificação da Ambivalência (SCA).

Medidas de processo de arquivo.

Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI) (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos, & Santos, 2011). O SCMI aplica-se à conversação terapêutica entre clientes e terapeutas para identificar o surgimento de 3 níveis diferentes de MIs. Estudos anteriores, usando o SCMI relataram uma concordância de confiança entre os juizes na codificação, calculada através do kappa de Cohen entre .86 e .97 (Matos et al., 2009; Gonçalves et al., 2011).

Medidas de processo de presente estudo.

Sistema de Codificação da Ambivalência (SCA) (Gonçalves, Ribeiro, Santos, J. Gonçalves, & Conde, 2009). O SCA é um sistema que avalia o ressurgimento da auto-narrativa problemática através de MAs, imediatamente após o surgimento de um MI. Este sistema tem revelado um acordo fiável entre os juizes na codificação de MAs, com um kappa de Cohen entre .88 e .94 (Gonçalves et al., 2011; Ribeiro et al., 2012; Ribeiro et al., 2013).

Procedimentos

Com fim à recolha de dados para o presente estudo, foi utilizado um caso previamente codificado com o SCMI. Nesta codificação o juiz principal codificou 100% do caso (15

sessões) e um auditor externo, com experiência na codificação de MIs, supervisionou a codificação final. Seguiu-se a codificação com o SCA. Para tal, participaram dois juízes (juízes 1 e 2) no processo de codificação de MAs. O Juiz 1 e o Juiz 2 passaram por um processo de formação antes de iniciar o procedimento de codificação do caso. Um auditor externo qualificado supervisionou o processo de formação. Até o final do processo de formação, os 2 juízes foram considerados codificadores fiáveis. Assim sendo, a codificação de MAs obedeceu a dois passos sequenciais: a) codificação independente, e b) resolução de desacordos através de consenso. A codificação processou-se a partir da visualização em vídeo das 15 sessões, analisadas sequencialmente. Assim, os juízes codificaram de forma independente as sessões do caso, analisando previamente os MIs codificados para averiguar seguidamente a presença ou ausência de MAs. O juiz 2 codificou apenas 50% das sessões (1, 3, 5, 7, 9, 11, 13). No final da primeira fase do processo de codificação, procedeu-se à aferição do nível de acordo entre os codificadores (através do kappa de Cohen no que respeita à percentagem e diferentes tipos de MIs atenuados) que correspondeu a um acordo de .94. Esta codificação foi supervisionada por um auditor externo, sendo esta doutorada e especializada na área do luto complicado. Depois desta fase, os dois codificadores procuraram chegar a consenso relativamente aos desacordos.

Cálculo de MIs e MAs.

Para responder aos objetivos da presente investigação, foi necessário proceder a determinados procedimentos de análise estatística. Assim sendo, para descrever a evolução da ambivalência do processo terapêutico, foi necessário calcular a proporção de MAs. Esta foi obtida tendo em conta o número de MIs ao longo da sessão, e o número de MIs que são imediatamente atenuados, (MAs da sessão x 100 / Totais de MIs da sessão). Já no que diz respeito aos MIs mais frequentemente atenuados ao longo das sessões, primeiro calculou-se a percentagem dos 3 níveis de MIs, calculada através da soma total dos MIs de cada nível x 100, a dividir pelo número total de MIs (/152). Por fim, para averiguar os MIs mais frequentemente atenuados, calculou-se a frequência de MAs de cada nível, obtida através da soma total de MAs correspondentes a cada nível x 100 a dividir pelo número total de MAs (/40).

Resultados

Evolução da ambivalência

Na Figura 1 é apresentada a percentagem de MAs ao longo do processo de psicoterapia, na qual se obteve uma proporção média de 25.9%. Estudos anteriores com outras

amostras relataram percentagens globais de MAs entre 20% a 40% (Ribeiro et al., 2014). Verifica-se uma tendência decrescente ao longo das sessões da proporção de MAs. É possível também verificar que há duas sessões em que a proporção de MAs é de 0% (sessão 7 e 10), contudo é de salientar que na sessão 10 o número de MIs é maior do que na sessão 7 (1 e 6, respetivamente). De seguida apresentam-se duas ilustrações clínicas de MAs ao longo do processo terapêutico.

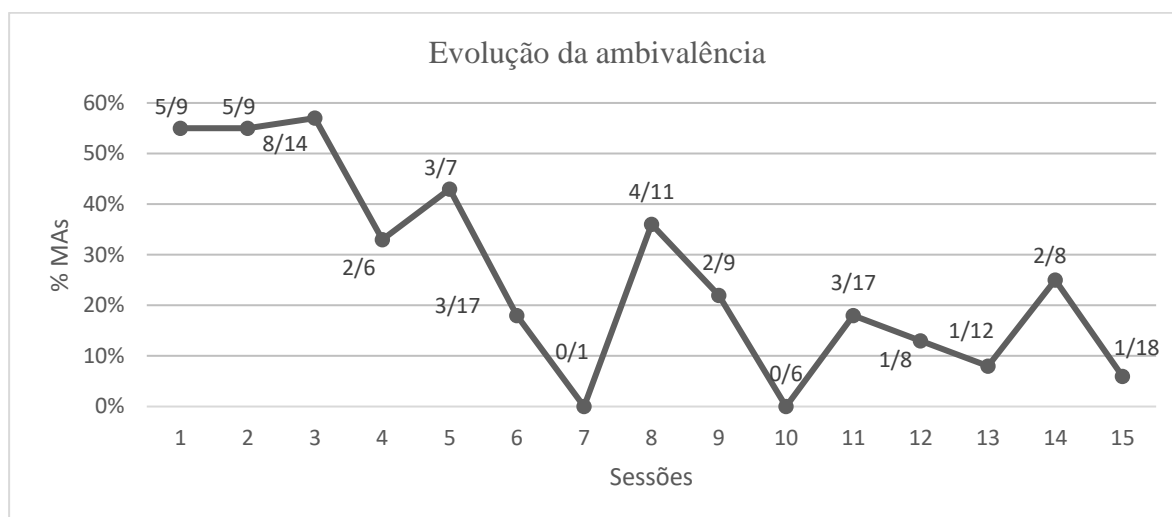


Figura 1. Evolução da ambivalência ao longo da terapia. Os números apresentados ao longo do gradiente cinzento escura, representam respetivamente o total de MAs, face ao número total de MIs da sessão.

Ilustração clínica (sessão 2)

MI: Cliente: *O que ajudava era também... mas isto até está interligado com isso, era conseguir falar dele sem começar a, a chorar (T: hum hum), enfim conseguir falar dele...*

MA: Cliente: *Coisa que cada vez mais é difícil.*

Ilustração clínica (sessão 13)

MI: Cliente: *acho que se lidar melhor com isso, acho que ajuda (a cliente refere-se à interação com os outros).*

MA: Cliente: *tento não... tento não stressar muito. Eu tinha-lhe falado há semanas que estava assim um bocado cansada dos meus amigos e de... enfim, no outro dia sai com eles e foi...foi o tédio do costume. Foi quase insuportável acho eu.*

Associação entre ambivalência e medidas de sintomas

Para responder ao segundo objetivo deste trabalho, estudar a associação entre a emergência da ambivalência e a evolução clínica da cliente ao longo da psicoterapia, efetuou-se uma análise da correlação dos dados obtidos com o BDI-II e o ILC, por um lado, e a

elaboração dos MAs ao longo das 15 sessões do processo terapêutico, por outro. Para avaliar esta relação, utilizou-se uma análise *Time Series* uma vez que se trava apenas de um único caso. Esta análise foi realizada com recurso ao *software Simulation Modeling Analysis* (SMA 8.3.3., Borckardt et al., 2008). A análise estatística consistiu numa correlação cruzada, que permite avaliar a significância estatística presente numa série de dados sequenciais. Para além disto, o SMA acautela a taxa de erro Tipo I e simultaneamente todos os coeficientes de correlação calculados têm em conta a correção de *Bonferroni* (Borckardt & Nash, 2014). No entanto, primeiramente é de salientar que foi testado a existência de correlações cruzadas até à Lag 5, no entanto só foi verificado a existência de correlações cruzadas estatisticamente significativas nas Lags a seguir apresentadas.

Assim sendo quando calculada a correlação entre o BDI-II e a elaboração de MAs, a análise demonstrou uma correlação cruzada positiva estatisticamente significativa em Lag 0 ($r = +.74$ $p < .001$). Isto sugere que quando uma variável (resultados do BDI-II) diminui a outra variável também diminui (proporção de MAs); e quando os resultados do BDI-II aumentam a proporção de MAs também aumenta., na mesma sessão. Em Lag +1 também podemos observar uma correlação cruzada positiva estatisticamente significativa ($r = +.65$ $p < .01$), que sugere que um aumento dos resultados do BDI-II numa sessão estão associados ao aumento da proporção de MAs na sessão seguinte; e que a diminuição dos resultados do BDI-II numa sessão, estão associados à diminuição da proporção de MAs na sessão seguinte (ver Figura 2).

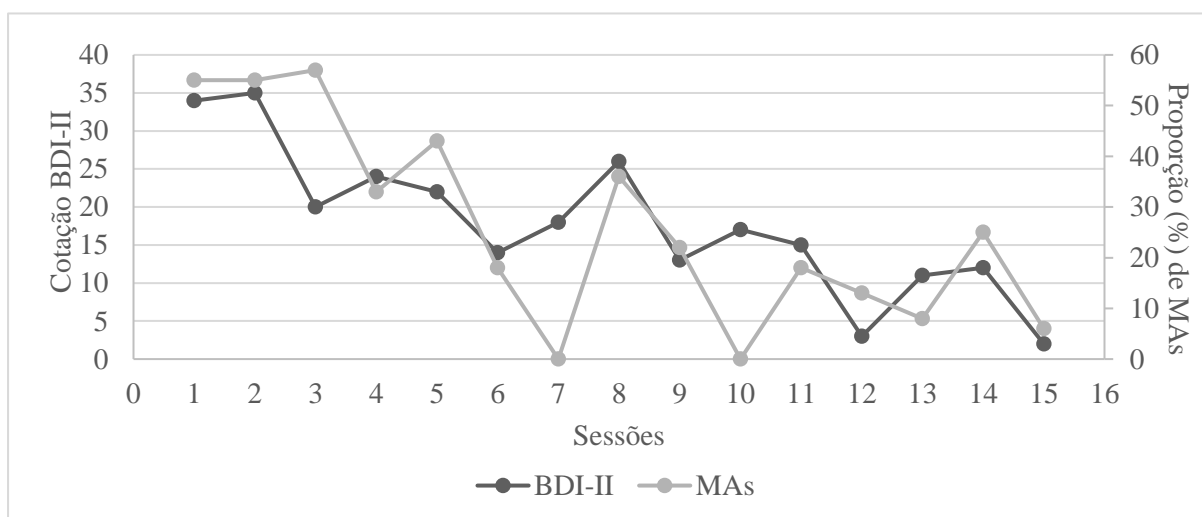


Figura 2. Evolução dos resultados terapêuticos obtidos pelo BDI-II e a proporção de MAs ao longo do processo.

Quando calculada a correlação cruzada entre o ILC e a elaboração de MAs, a presente análise demonstrou uma correlação cruzada positiva estatisticamente significativa em Lag 0 ($r = +.81$ $p < .001$). Isto sugere que à medida que a pontuação obtida pela cliente no ILC diminui, a elaboração de MAs também diminui; e quando os resultados do ILC aumentam a proporção de MAs também aumenta na mesma sessão. Também podemos observar uma correlação cruzada positiva estatisticamente significativa em Lag +1 ($r = +.64$ $p < .05$), o que sugere que um aumento dos resultados do ILC numa sessão estão associados ao aumento da proporção de MAs na sessão seguinte; e que a diminuição dos resultados do ILC numa sessão, estão associados à diminuição da proporção de MAs na sessão seguinte. Por fim também foi possível verificar uma correlação cruzada positiva estatisticamente significativa em Lag -1 ($r = +.55$ $p < .05$), o que nos sugere que, o aumento dos resultados do ILC numa sessão estão associados ao aumento da proporção de MAs na sessão anterior; e também que a diminuição dos resultados do ILC numa sessão, estão associados à diminuição da proporção de MAs na sessão anterior, ao longo de todo o processo terapêutico (ver figura 3).

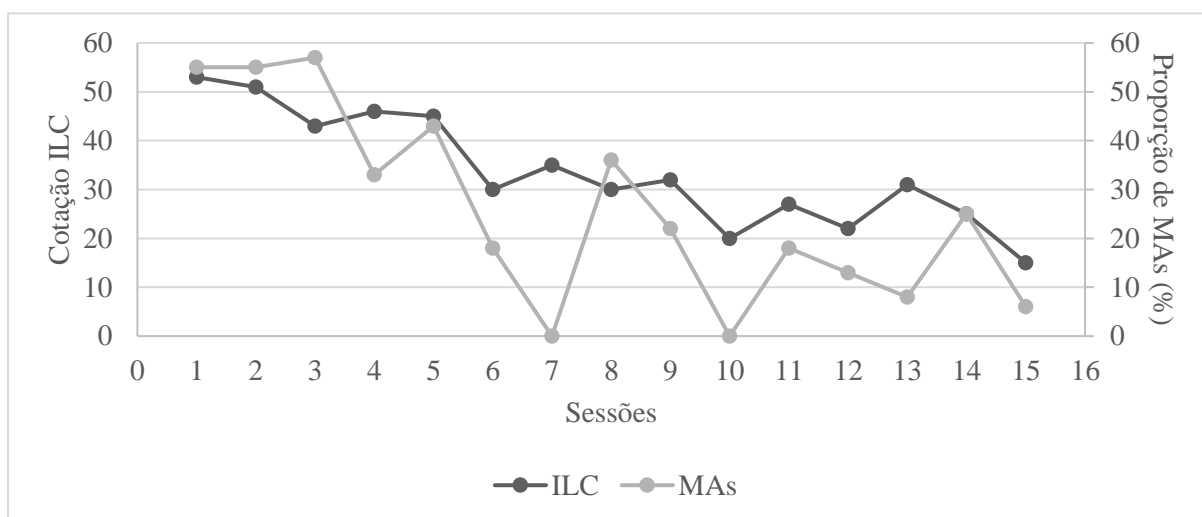


Figura 3. Evolução dos resultados terapêuticos obtidos pelo ILC e a proporção de MAs ao longo do processo.

MI's atenuados ao longo da psicoterapia

Verificou-se uma maior frequência de MI's de nível 1 (57%), seguido de MI's de nível 2 (28%) e finalmente de MI's de nível 3 (15%). Relativamente à frequência de MAs de cada nível, foi possível observar que o nível 1 corresponde à maior frequência de MAs (78%), seguido do nível 2 (15%) e por fim, o nível 3 (7%) (ver ilustrações clínicas).

Ilustração Clínica - Nível 1 (sessão 1)

MI: Cliente: *Sim, apesar das inseguranças, vamos lá ver, mesmo na licenciatura não costumava deixar as cadeiras para trás nem nada disso...*

MA: Cliente: *mas tinha sempre aquele receio enorme.*

Ilustração clínica - Nível 2 (sessão 8)

MI: Cliente: *Lá está, eu acho que a sensação de alívio é ainda maior...*

MA: Cliente: *Mas é mais... não sei, às vezes eu canso-me um bocado de ser eu própria porque é como diz ai na carta, que às vezes é cansativo estar na minha cabeça (T: Hum Hum) por isso é que é... lá está e depois quando ele era vivo também era um bocadinho isso, porque ele era muito... tinha uma forma de ver a vida muito diferente da minha*

Ilustração clínica- Nível 3 (sessão 6)

MI: Terapeuta: *o que é que para si foi mais significativo?* Cliente: *é a ideia de me sentir mais esclarecida. Eu tenho sempre alguma dificuldade em chegar a conclusões (...) e neste caso penso que consegui fazer isso, a conclusão.*

MA: Terapeuta: *está a conseguir arrumar as prateleiras?* Cliente: *Sim ... Mas nem sempre é fácil para mim.*

Discussão

O presente estudo teve o propósito de responder a determinadas questões de investigação alicerçadas à terapia *online*. Assim, é interessante notar uma semelhança entre este contexto terapêutico, e o contexto face-a-face, sendo possível verificar neste estudo, uma transversalidade no que diz respeito aos processos de MIs e MAs. Esta proximidade das duas terapias traduz-se na primeira conclusão deste estudo.

No que concerne à descrição do perfil de ambivalência com recurso ao SCA, foi possível verificar um decréscimo dos MAs ao longo das sessões. Para além disto, pretendeu-se relacionar a emergência de ambivalência e a evolução clínica da cliente ao longo do processo, através de uma correlação cruzada, corroborando uma associação entre a elaboração de MAs e a evolução sintomática da cliente ao longo das sessões. Por último, pretendia-se avaliar quais os MIs mais frequentemente atenuados ao longo do processo terapêutico, sendo claro que os MIs de nível 1 correspondem à maior proporção de MAs e o MIs de nível 3 à menor.

Primeiramente, e de acordo com o que foi observado anteriormente, podemos afirmar que os primeiros resultados deste estudo vão de encontro ao que foi verificado em pesquisas anteriores utilizando o SCMA na terapia face-a-face (Alves et al., 2016; Gonçalves et al., 2011; Ribeiro et al., 2015; Ribeiro et al., 2014). A ambivalência é um processo comum quer

em casos de sucesso, quer em casos de insucesso independentemente da modalidade terapêutica. (Alves et al., 2016; Gonçalves et al., 2011; Ribeiro et al., 2015; Ribeiro et al., 2014) Desta forma, é possível observar uma diminuição da ambivalência durante o processo terapêutico em casos de sucesso, ao contrário do que foi observado em casos de insucesso onde a frequência de MAs permanece estável ou aumenta ao longo do tratamento (Alves et al., 2016; Gonçalves et al., 2011; Ribeiro et al., 2015; Ribeiro et al., 2014). No entanto, a ambivalência poderá estar relacionada com uma autoproteção dos clientes face a ansiedade sentida pelo processo de mudança e por experienciarem novas formas de pensar e agir (Ribeiro et al., 2014). Por sua vez, na terapia do luto este processo de transformação revela-se ainda mais difícil pois é visto como ameaçador para o indivíduo, exigindo que o cliente construa um novo espaço para a pessoa que partiu e mais do que isso, que o cliente invista na reconstrução de uma nova vida, sem a presença física dessa pessoa (Alves et al., 2016). Assim, ao longo de um processo terapêutico, o ressurgimento dessa auto-narrativa problemática tende a ser ultrapassado, à medida que o surgimento de acontecimentos e de narrativas alternativas não vão sendo dominados pela problemática da cliente (Ribeiro, Gonçalves, & Ribeiro, 2009). Tal verificou-se no presente caso, onde a proporção de MAs foi diminuindo progressivamente, persistindo os MIs. Portanto, como podemos verificar nos resultados obtidos, vários MIs foram atenuados por retornos ao problema. No entanto este processo foi mais saliente no início do processo terapêutico, e a sua emergência (MAs) foi diminuindo. A atenuação dos MIs foi sendo progressivamente não-dominada pelo problema a partir da sessão 5 até ao final do processo de psicoterapia, o que contribuiu para a consolidação da narrativa emergente, originando o sucesso terapêutico da cliente. Tal foi verificado num estudo anterior em luto complicado, em terapia face-a-face onde se pretendeu estudar o perfil da ambivalência em dois casos (um de sucesso e outro de insucesso) (Alves et al., 2016). Nesse estudo, a evolução de MAs apresentou resultados distintos desde o início até ao final da terapia (Alves et al., 2016). No caso de sucesso, verificou-se uma diminuição progressiva de MAs desde a sessão 11 até ao *follow-up*, já no caso de insucesso verificou-se um aumento (Alves et al., 2016).

Outro objetivo do presente estudo seria relacionar a emergência de ambivalência e a evolução clínica da cliente ao longo do processo terapêutico. Os resultados obtidos sugerem uma associação entre a proporção de MAs e a evolução clínica da cliente (medida através do BDI-II e do ILC). Tal é congruente com a hipótese de que a proporção de MAs poderá estar associada ao progresso da cliente uma vez que a diminuição da emergência de MAs ao longo das sessões associa-se a uma melhoria da sintomatologia, quer depressiva (pontuação do BDI-

II) quer de luto complicado da cliente (pontuação do ILC). Este resultado vai de encontro ao que já foi verificado num estudo de luto complicado, em terapia face-a-face, em que foi utilizado um modelo de probabilidades, o modelo linear generalizado (GLM, McCullagh & Nelder, 1989) (Alves et al., 2016). Nesse estudo, o GLM permitiu explorar a probabilidade de ocorrência de MAs em seis casos, que apresentaram diferentes melhorias sintomáticas ao longo das sessões (Alves et al., 2016). Assim, foi possível verificar que à medida que a terapia progredia a produção de MAs também se alterava (Alves et al., 2016). Ou seja, ou casos que apresentaram uma melhoria clínica significativa, apresentaram maiores reduções na produção de MAs, ao contrário do que aconteceu com os casos que apresentaram reduzidas melhorias clínicas onde se verificou um aumento da produção de MAs (Alves et al., 2016). Por outro lado, os casos que apresentaram melhoria sintomática no BDI-II obtiveram também uma redução na produção de MAs e o mesmo se verificou no ILC onde também se verificaram melhorias clínicas nesta escala e reduzida produção de MAs (Alves et al., 2016). Assim, no presente estudo, a análise de *Time series* revelou também que a produção de MAs está associada aos resultados obtidos pela cliente nos BDI-II e no ILC. Estes resultados são pertinentes na medida em que se verifica uma associação entre a redução da sintomatologia quer depressiva quer de luto complicado, e a emergência de MAs. Assim sendo, a emergência de MAs diminui e simultaneamente a sintomatologia da cliente melhora. Corroborando com a ideia de que os MAs estão associados à mudança da sintomatologia em psicoterapia (Ribeiro, Gonçalves, & Ribeiro, 2009; Alves et al., 2016).

Por fim, o presente estudo também teve como objetivo avaliar quais os níveis dos MIs mais frequentemente atenuados ao longo do processo terapêutico. Assim, como referido, existe maior frequência de MAs (78%) no nível 1, seguidamente do nível 2 (15%) e por fim o nível 3 (7%). No entanto tal resultado é concordante com a maior frequência de MIs uma vez que o nível 1 apresenta uma frequência de 57%, correspondendo a maior percentagem de MIs de todo processo e simultaneamente a maior frequência de MAs (78%). O mesmo acontece com o nível 3 onde podemos verificar a menor frequência de MAs (7%) e de MIs (15%) neste nível. Estes resultados são coerentes com um estudo de luto complicado em terapia face-a-face, usando uma análise SMA, mostrando que existe uma correlação cruzada em Lag 0 entre MIs e MAs nos dois casos da amostra (Alves et al., 2013). Ou seja, a maior produção de MIs num determinado MI específico, está associado à maior produção de MAs também nesse subtipo de MI (Alves et al., 2013). Também num caso de luto complicado em terapia face-a-face (Alves, 2013), verificou-se que o nível 1 correspondeu a maior frequência de MAs (72%), seguido do nível 2 (27%) e o nível 3 correspondeu à menor frequência de MAs (1%),

(Alves, 2013). O mesmo se verificou no presente estudo, uma vez que no nível 1 e 2 corresponde a maior frequência de MAs de todo o processo. Assim, os resultados presentes vão de encontro ao expectável, uma vez que menos MAs associados aos níveis 2 e 3, são congruentes com o facto de esses MIs estarem associados a mudanças que estão a acontecer na vida da cliente, sendo por si só mais difíceis de serem atenuadas ou ser provável o ressurgimento da problemática nessa fase de mudança, destacando sobretudo o papel importante da reconceptualização (nível 3) no processo da mudança em psicoterapia (Neimeyer & Sands, 2011). Assim, a reconceptualização parece estar associada à diminuição da ambivalência ao longo do processo (Alves et al., 2016). Em casos de sucesso esta é expandida na fase intermédia da terapia até ao final do processo (Mendes et al., 2010; Gonçalves et al., 2012; Alves et al., 2016; Gonçalves & Silva, 2014). Ou seja, no início da terapia a sua proporção aparece quase inexistente. No entanto, a meio do processo terapêutico ela começa a surgir e vai progressivamente ganhando poder, refletindo-se na sua proporção. O surgimento e o domínio desta, permite assim um seguimento dos processos de mudança, oferecendo estrutura à auto-narrativa alternativa, tornando-a mais organizada e sobretudo complexa (Mendes et al., 2010; Gonçalves et al., 2012; Alves et al., 2014; Gonçalves & Silva, 2014). Complexa na medida em que implica que o cliente entenda o contraste entre o *self* passado e o *self* presente, e exige a compreensão de todo este processo transformativo (Gonçalves & Ribeiro, 2012). Estudos anteriores em luto complicado realçam o papel da reconceptualização (Alves et al., 2012; Alves, 2013; Alves et al., 2014; Alves et al., 2016; Holland, Currier, & Niemeyer, 2006; Holland & Niemeyer, 2010; Neimeyer, Burke, Mackay, van Dyke-Stringer, 2010). Esta permite uma integração saudável da perda, através de memórias positivas, de uma representação simbólica mais adaptativa da pessoa significativa, assim como da tentativa do indivíduo em fazer senso das novas realidades de vida (Alves et al., 2012; Alves, 2013; Alves et al., 2014; Alves et al., 2016; Holland, Currier, & Niemeyer, 2006; Holland & Niemeyer, 2010; Neimeyer, Burke, Mackay, van Dyke-Stringer, 2010). Esta transformação do relacionamento anterior com a pessoa que partiu, numa ligação simbólica e confortável para o indivíduo, é um forte preditor de adaptação saudável da experiência de luto (Niemeyer, 2006).

Em suma, ao longo da presente discussão, foi possível verificar que os resultados obtidos no presente estudo foram de encontro ao que foi verificado em estudos anteriores em luto complicado na terapia face-a-face. Ou seja, em casos que apresentaram menor mudança sintomatológica, a progressão de MAs está associada a um aumento. Já em casos com

mudanças sintomatológicas progressivas e positivas, está associado com uma tendência para diminuição da progressão de MAs.

Limitações e implicações do presente estudo

Seria importante estudar uma amostra mais extensa ou mais estudos de casos de terapia *online*, para poder perceber se estes resultados são uma idiosincrasia deste caso ou se ocorrem processos generalizáveis. Finalmente, também é de salientar que os resultados verificados no presente estudo, relativamente à evolução clínica da cliente associados aos MAs, devem ser interpretados com cautela. Uma vez que tais resultados não são suficientes para estabelecer uma relação causal entre a emergência de MAs e a evolução clínica dos clientes ao longo dos processos terapêuticos.

Em suma, mesmo à luz destas limitações, podemos verificar que a terapia *online* parece apresentar resultados análogos nos processos relacionados com os MIs e com os MAs quando comparada com estudos anteriores, assim como na evolução clínica da cliente ao longo do processo terapêutico. Isto é pertinente na medida em permitiu contribuir com estudos realizados no âmbito desta nova terapia, quando comparada com a terapia face-a-face. Para além disto, o presente estudo permitiu contribuir para pesquisas relacionadas com a emergência da ambivalência na terapia construtivista do luto e perceber sobre o papel desta no desfecho dos padrões sintomáticos da cliente no fim do processo terapêutico. Ou seja, é possível estabelecer uma associação entre a ambivalência e a evolução clínica, na medida em que a diminuição/aumento do padrão da ambivalência, está associada a uma diminuição/aumento dos padrões sintomáticos das clientes refletindo-se posteriormente no desfecho de casos de sucesso/insucessos terapêuticos.

Referências

- Alves, R. D. (2013). Narrative change in constructivist grief therapy: *The innovative moments model*. (Tese de doutoramento). Manuscrito não publicado, Universidade do Minho. Escola de Psicologia, Braga.
- 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., 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*(2), 129-138. doi: 10.1080/07481187.2015.1102177
- Alves, D., Mendes, I., Gonçalves, M. M., & Neimeyer, R. A. (2012). Innovative moments in grief therapy: Reconstructing meaning following perinatal death. *Death Studies, 36*(9), 795-818. doi: 10.1080/07481187.2011.608291
- Beattie, A., Shaw, A., Kaur, S., & Kessler, D. (2009). Primary-care patients' expectations and experiences of online cognitive behavioural therapy for depression: A qualitative study. *Health Expectations, 12*(1), 45-59. doi: 10.1111/j.1369-7625.2008.00531.x
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for Beck Depression Inventory II*. San Antoni, Texas: Psychological corporation.
- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review, 21*(5), 705-734. doi: 10.1016/S0272-7358(00)00062-3
- Bonanno, G. A., & Mancini, A. D. (2006). Bereavement-related depression and PTSD: Evaluating interventions. In L. Barbanel & R. J. Sternberg (Eds.), *Psychological interventions in times of crisis* (pp. 37-55). New York: Springer.
- Borckardt, J. J., & Nash, M. R. (2014). Simulation modelling analysis for small sets of single-subject data collected over time. *Neuropsychological Rehabilitation, 24*(3-4), 492-506. doi: 10.1080/09602011.2014.895390
- Borckardt, J. J., Nash, R. M., Murphy, M., D., Moore, M., Shaw, D., & O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American Psychologist, 63*(2), 77-95. doi: 10.1037/0003-066X.63.2.77
- Braga, C., Oliveira, J. T., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2016). Ambivalence resolution in emotion-focused therapy: The successful case of Sarah. *Psychotherapy Research, 1*-10. doi: 10.1080/10503307.2016.1169331

- Burke, L. A., & Neimeyer, R. A. (2013). Prospective risk factors for complicated grief: A Review of the Empirical Literature. *Complicated grief: Scientific foundations for health care professionals*, 145.
- Button, M. L., Westra, H. A., Hara, K. M., & Aviram, A. (2014). Disentangling the impact of resistance and ambivalence on therapy outcomes in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(1), 44-53.
doi:10.1080/16506073.2014.959038
- 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
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2006). Sense-making, grief, and the experience of violent loss: Toward a mediational model. *Death Studies*, 30(5), 403–428. doi:10.1080/07481180600614351
- Delalibera, M., Coelho, A., & Barbosa, A. (2011). Validation of prolonged grief disorder instrument for Portuguese population. *Acta Medica Portuguesa*, 24(6), 935-942.
- Doherty, G., Coyle, D., & Sharry, J. (2012, May). Engagement with online mental health interventions: an exploratory clinical study of a treatment for depression. In *Proceedings of the SIGCHI Conference on Human Factors in Computing Systems* (pp. 1421-1430), Texas, USA. doi.10.1145/2207676.2208602
- Engle, D. E., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change*, Nova York: Guilford Press.
- Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2017). *Reconceptualizing the self in psychotherapy: an exploratory study on meaning differentiation and integration in depression treatment*. Manuscrito submetido para publicação.
- Frade, B., Rocha, J., Sousa, H., & Pacheco, D. (2009). *Validation of Portuguese version for inventory of complicated grief*. Oslo: European Congress of Traumatic Stress. doi: 10.13140/RG.2.1.2981.7208
- 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), 1-23. doi: 10.1080/10720530802500748
- 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. *Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 22, 389-401.
doi:10.1080/10503307.2012.662605

- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Alves, D., Silva, J., Rosa, C., Braga, C., Batista, J., Fernandez-Navarro, P., & Oliveira, J. T. (2016). Three narrative-based coding systems: Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution. *Psychotherapy Research*, 27(3), 1-13. doi:10.1080/10503307.2016.1247216.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: the innovative moments coding system. *Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21(5), 497–509. doi:10.1080/10503307.2011.560207
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Santos, A., Gonçalves, J. & Conde, T. (2009). *Manual for the return to the problem coding system – version 2*. Unpublished manuscript, University of Minho, Braga, Portugal.
- 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 self- narratives: Exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 21(1), 27–40. doi:10.1080/ 10503307.2010.507789
- Gonçalves, M. M., & Silva, J. R. (2014). Momentos de inovação em psicoterapia: Das narrativas aos processos dialógicos. *Análise Psicológica*, 32(1), 27-43. doi: 10.14417/ap.837
- Holland, J., Currier, J., & Neimeyer, R. A. (2006). Meaning reconstruction in the first two years of bereavement: The role of sense-making and benefit-finding. *Omega*, 53(3), 173–191.
- Holland, J., & Neimeyer, R. A. (2010). An examination of stage theory of grief among individuals bereaved by natural and violent causes: A meaning oriented contribution. *Omega*, 61(2), 105–122.
- Holland, J. M., Neimeyer, R. A., Boelen, P. A., & Prigerson, H. G. (2009). The underlying structure of grief. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(3), 190-201. doi:10.1007/s10862-008-9113-1

- 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(1), 68–80. doi: 10.1080/10503300802430657
- 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(12), 1217-1229.
- 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
- Neimeyer, R. A. (2000). Searching for meaning of meaning: Grief therapy and the process of reconstruction. *Death Studies*, 24, 541–558. doi: 10.1080/07481180050121480
- Neimeyer, R. A. (2006). *Lessons of Loss: A Guide to Coping*. Memphis, TN: Center for the Study of Loss and Transition.
- Neimeyer, R. A. (2009). *Constructivist psychotherapy*. London & New York: Routledge.
- Neimeyer, R.A. (2012). Presence, process, and procedure, a relational frame for technical proficiency in grief therapy. In R.A. Neimeyer (Ed.), *Techniques of grief therapy, creative practices for counseling the bereaved* (pp. 3-11). New York: Routledge.
- Neimeyer, R. A., & Bridges, S. K. (2003). Postmodern approaches to psychotherapy. In Gurman, A.S. & Messer, S.B. (Eds.), *Essential psychotherapies*, (2nd ed., pp. 272-316). New York: Guilford Press.
- Neimeyer, R. A., Burke, L. A., Mackay, M. M., & van Dyke-Stringer, J. G. (2010). Grief therapy and the reconstruction of meaning: From principles to practice. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 40(2), 73-83. doi 10.1007/s10879-009-9135-3
- Neimeyer, R. A., Herrero, O., & Botella, L. (2006). Chaos to coherence: Psychotherapeutic integration of traumatic loss. *Journal of constructivist psychology*, 19(2), 127-145. doi: 10.1080/10720530500508738
- Neimeyer, R. A., & Sands, D.C. (2011). Meaning reconstruction in bereavement: From principles to practice. In R. A. Neimeyer, D.L. Harris, H.R. Winokuer, & Gordon F. Thornton (Eds.), *Grief and bereavement in contemporary society: Bridging research and practice* (pp. 9-22). New York: Routledge

- Neimeyer, R. A., & Thompson, B. E. (2014). Meaning making and the art of grief therapy. In B. E. Thompson & R. A. Neimeyer (Eds.), *Grief and the healing arts* (pp. 3–13). New York, NY: Routledge.
- Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Braga, C., & Ribeiro, A. P. (2016). How to Deal with Ambivalence in Psychotherapy: A Conceptual Model for Case Formulation. *Revista de Psicoterapia*, 27(104), 119-137.
- Prigerson, H. G., Horowitz, M. J., Jacobs, S. C., Parkes, C. M., Aslan, M., Goodkin, K., ... Maciejewski, P. K. (2009). Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Medicine*, 6(8), 1–12. doi: . 10.1371/journal.pmed.1000121
- Prigerson, H. & Maciejewski, P. (2008). Prolonged Grief Disorder (PG-13) scale. Boston: Dana-Farber Cancer Institute.
- Prigerson, H. G., Maciejewski, P. K., Reynolds, C. F., III, Bierhals, A. J., Newsom, J. T., Fasiczka, A., ... Miller, M. (1995). Inventory of complicated grief: A scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Research*, 59, 65–79. doi:10.1016/01651781(95)02757-2
- Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2010). Innovation and stability within the dialogical self: The centrality of ambivalence. *Culture & Psychology*, 16(1), 116-126.
- Ribeiro, A., Gonçalves, M. M., & Ribeiro, E. (2009). Processos narrativos de mudança em psicoterapia: Estudo de um caso de sucesso de terapia construtivista. *Psychologica*, 50, 181-203. doi.org/10.14417/ap.837
- Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Brás, A., & Sousa, I. (2015). Ambivalence in narrative therapy: A comparison between recovered and unchanged cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(2), 166-175. doi:10.1002/cpp.1945
- Ribeiro, A. P., Mendes, I., Stiles, W. B., Angus, L., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2014). Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: The maintenance of problematically dominant self-narratives. *Psychotherapy Research*, 24(6), 702-710. doi: 10.1080/10503307.2013.879620
- 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(3), 346-359. doi: 10.1080/10503307.2013.856042

Valsiner, J., & Sato, T. (2006). Historically structured sampling (HSS): How can psychology's methodology become tuned in to the reality of the historical nature of cultural psychology? In J. Straub, D. Weidemann, C. Kölbl, & B. Zielke (Eds.), *Pursuit of meaning* (pp. 215-251). Bielefeld, Germany: transcript.

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