



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Ana Daniela Vaz da Costa

**Evolução da Ambivalência num caso de  
insucesso no Tratamento Transdiagnóstico  
de Perturbações Emocionais**

outubro de 2017



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Ana Daniela Vaz da Costa

**Evolução da Ambivalência num caso de  
insucesso no Tratamento Transdiagnóstico  
de Perturbações Emocionais**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado em Psicologia Aplicada

Trabalho efetuado sob a orientação da  
**Professor Doutor Miguel Gonçalves**  
e da  
**Doutora Joana Silva**

outubro de 2017

## DECLARAÇÃO

Nome: Ana Daniela Vaz da Costa

Endereço eletrónico: a70087@alunos.uminho.pt

Número do Cartão de Cidadão: 14675937

Título da dissertação: Evolução da Ambivalência num caso de insucesso no Tratamento  
Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais.

Orientadores: Professor Doutor Miguel Gonçalves e Doutora Joana Silva

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, 16/10/2017

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Índice

Agradecimentos .....	iii
Resumo .....	iv
Abstract .....	v
Introdução .....	6
Metodologia .....	8
Cliente .....	8
Terapia.....	9
Terapeuta.....	10
Instrumentos .....	10
Procedimentos .....	13
Resultados .....	16
Discussão .....	21
Referências.....	26

## Índice de Tabelas

<i>Tabela 1</i> Resultados obtidos nos instrumentos de auto-relato.....	17
<i>Tabela 2</i> Análise de conteúdo dos MAs ao longo das sessões codificadas.....	19

## Índice de Figuras

<i>Figura 1</i> Evolução da proporção total de MIs e proporção correspondente ao seu agrupamento em níveis (N1, N2 e N3), para cada sessão. ....	17
<i>Figura 2</i> Evolução da ambivalência ao longo das sessões .....	18

## Agradecimentos

A todo o grupo de Investigação dos MIs, foi uma honra e um caminho árduo, mas sem dúvida enriquecedor, trabalhar com vocês e ver o quão se dedicam a dar pequenos passos para um grande contributo na investigação nos processos psicoterapêuticos. Serão para sempre uma referência! Aos meus orientadores, a Doutora Joana Silva, pela paciência, pelas vezes em que o caminho me parecia atribulado e me ajudou a tornar todo o processo um desafio e processo de conhecimento pessoal! Sem dúvida aprendi muito sobre a minha tese, mas muito mais sobre os meus limites e como superar-me a cada passo. Ao meu modelo de referência, porque todos temos aquele professor que nos faz apaixonar pela nossa área e ter a certeza que é o que queremos fazer para toda a vida se nos for possível, o nosso “quando crescer, quero ser...”, o meu foi o professor Doutor Miguel Gonçalves.

Aos meus amigos e colegas “Juniiores Sêniores da Equipa do Professor Miguel Gonçalves”, pelas horas de aperto, alienação, conquistas, derrotas, sono e conversas no facebook. Nada disto seria possível sem vocês! Um especial agradecimento, ao amigo de todas as horas, ao Rafa, pelas vezes que partilhaste a celebração e a alegria comigo, mas sobretudo pela preocupação e disponibilidade demonstrada a cada etapa do processo, quando tudo o que me apetecia fazer era apertar o *delete*!

À Sara, à Cecília e à Ji, as melhores amigas que alguém pode desejar, pelas vezes em que me ouviram o desespero, mas também as alegrias, no fundo por já não saber o que é uma vida sem vocês. À Ana, Luísa, Tânia, Renata e Mafalda pelas noites, manhãs e tardes bem passadas, por serem as companheiras de 5 anos, mas sobretudo por estarem presentes! Desejo-vos todo o sucesso deste mundo! À minha segunda família, Sofia, Rui, Teresa, Patrícia, Catarina, Andreia, Sara e Majó por tornarem a UM uma segunda casa, por me deixarem mais rica enquanto ser humano e por me fazerem acreditar que andava a fazer boas escolhas nesta vida! Ao Rafa, por estar sempre disponível para me fazer rir à gargalhada, nos momentos em que tudo parecia perdido e só me apetecia desistir, desculpa lá o mau humor!

A toda a minha família, em especial ao meu protetor, ouvinte, “saco de boxe” para todas as frustrações, o meu pai, acho que viveste tanto esta tese como eu e por isso desculpa e muito obrigado! Por último, todo o meu esforço, todas as horas, foram a pensar na marca que a minha mãe acreditava que eu era capaz de deixar no mundo, na forma como os olhos dela pareciam orgulhosos no dia em que saíram as colocações e eu entrei em Psicologia, na forma como ela me inspira a querer entender melhor o mundo todos os dias, pela forma como me dá força para continuar. Obrigado!

## **Evolução da Ambivalência num caso de insucesso no Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais.**

### **Resumo**

O processo de mudança em psicoterapia implica frequentemente sucessivos avanços e recuos. Embora os clientes habitualmente estejam conscientes da necessidade de mudar, quando começam a conceber novas formas de encarar o problema, poderão sentir ameaçada a estabilidade problemática anterior, dando origem à experiência de ambivalência. Este fenómeno, descrito na literatura há muito tempo, tem sido recentemente empiricamente estudado através da identificação de Marcadores de Ambivalência. Este estudo teve como objetivo a exploração e análise da evolução, num caso de insucesso, da ambivalência na psicoterapia com o Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais. Recorrendo ao Sistema de Codificação de Ambivalência, codificou-se uma amostragem de sessões previamente selecionadas. Procedeu-se a uma análise quantitativa e qualitativa das sessões de forma a articular os resultados das medidas de autorrelato e a evolução da ambivalência, considerando o foco terapêutico sugerido pelo Manual Transdiagnóstico. Os resultados apresentam um aumento do padrão de Momentos de Ambivalência, nomeadamente nas sessões onde o foco sugerido pelo Manual Transdiagnóstico incide na exposição interoceptiva e emocional, sugerindo que a manutenção das dificuldades apresentadas pela cliente, estavam relacionadas com a incapacidade de sustentar ou elaborar formas alternativas de lidar com a ansiedade.

Palavras-chave: Ambivalência; Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais; Regulação Emocional; Insucesso Terapêutico.

## **Ambivalence Evolution in an unsuccessful case in the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders.**

### **Abstract**

The change process in psychotherapy frequently entails successive advances and setbacks. Although, clients are often aware of the necessity of a change, when they start conceiving new ways of facing the problem, they may feel that the previous problematic stability, is threatened, leading to the experiencing of ambivalence. This phenomenon, has been recently empirically studied through the identification of Ambivalence Markers. The aim of this study was the exploration and identification of ambivalence, throughout an unsuccessful case, of psychotherapy, using the Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. Using the Ambivalence Coding System, a sample of previously selected sessions was coded. A quantitative and qualitative analysis of the sessions was performed, to articulate self-report measures with the evolution of ambivalence markers, taking into account the therapeutic focus suggested by the transdiagnostic manual. The results show an increase in ambivalence markers, especially in sessions where the treatment focus was the interoceptive and emotional exposure, suggesting that the maintenance of the difficulties presented by the client were related to the inability to sustain or elaborate alternative ways of dealing with the anxiety.

*Keywords:* Ambivalence; Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders; Emotional Regulation; Therapeutic Failure

## Introdução

A psicoterapia visa a modificação da perspectiva habitual com que o cliente vê o mundo e organiza as suas experiências, promovendo a possibilidade de conceber alternativas que o afastam do problema (Botella, 2001; Gonçalves, Matos & Santos, 2009; White & Epston, 1990). Como um dos principais fatores para obter sucesso, durante o processo de mudança, a literatura enfatiza a importância do comprometimento com a terapia (Orlinsky, Grawe, & Parks, 1994). No entanto, este processo é por vezes oscilatório, compreendendo tempo e esforço, avanços e recuos (Mahoney, 1991), podendo envolver pensamentos e emoções contraditórios e comportamentos que vão contra as indicações sugeridas pelo terapeuta. Embora habitualmente conscientes da necessidade de mudança, os clientes mostram-se, frequentemente, resistentes à mesma (Hagedorn, 2011).

Esta alternância entre a percepção da necessidade de mudar e a manutenção da estabilidade, associada às implicações da alteração de comportamentos, pensamentos e sentimentos, dado o confronto com o desconhecido e imprevisível, pode levar à experiência de ambivalência (Arkowitz & Miller, 2008). Ribeiro e Gonçalves (2010) conceptualizam este fenómeno como o movimento cíclico entre a formulação de uma novidade, ou momento de inovação (MI), e um retorno à forma usual, ainda que problemática, que inicialmente levou o cliente a pedir apoio.

De forma a entender a forma como surgem estas novidades, que afastam o cliente do padrão problemático, a abordagem narrativa explícita que as pessoas constroem narrativas ao longo da vida, guiadas por um conjunto de regras, mais ou menos implícitas, que permitem atribuir sentido às experiências, promovendo uma organização coerente e significativa da pessoa em relação ao que a rodeia (Ribeiro et al., 2013). Segundo esta abordagem, a psicopatologia estaria associada a uma restrição de outras possibilidades de encarar a realidade, provocada pela dominância de uma auto-narrativa problemática na atribuição de significados às experiências, comprometendo o funcionamento diário da pessoa (White & Epston, 1990).

A consideração de que as narrativas de vida são constituídas por um agregado de múltiplas vozes em diálogo, como sugerido pela perspectiva dialógica, assume igualmente a existência de uma relação autocrática e assimétrica entre as diferentes vozes, em que, as promotoras de alguma novidade são excluídas pelas vozes dominantes ou problemáticas levando à atribuição rígida de significados às experiências (Cunha, Gonçalves & Valsiner, 2011; Hermans & Kempen, 1993).



Desta forma, a elaboração de um MI, pode conduzir, ao aparecimento de um movimento oposto de tentativa de retorno à estabilidade, minimizando, trivializando ou contrariando a exceção (Ribeiro et. al, 2014). Considerando os MIs como pontos de bifurcação (Valsiner & Sato, 2006), ou seja, momentos em que o cliente se vê obrigado a resolver a tensão entre duas posições opostas, uma delas expressa pelo MI e a outra pelo padrão problemático, existem duas opções: 1) amplificar a novidade expressa pelo MI, elaborando novas formas de pensar, agir e sentir começando a afirmar uma narrativa alternativa, ou 2) minimizar ou trivializar o MI, voltando o seu discurso de novo para o problema (Gonçalves et al., 2011; Ribeiro, Gonçalves, Silva, Brás & Sousa, 2015). Torna-se, por conseguinte, normal a expressão de ansiedade relativamente à mudança e conseqüentemente a emergência de ambivalência como um processo natural e comum em psicoterapia (Gonçalves, Ribeiro, Silva, Brás & Sousa, 2015).

Como meio para identificar empiricamente, durante o diálogo terapêutico, os momentos em que o fenómeno de ambivalência emerge, são identificados os Marcadores de Ambivalência (MAs). Um MA, consiste no momento em que após a emergência de um MI o cliente volta a centrar-se na narrativa problemática, desvalorizando a exceção que acabou de elaborar (Braga, Oliveira, Ribeiro & Gonçalves., 2016).

Estudos anteriores apresentam ainda a possibilidade de identificação de MAs, quer em casos de sucesso como de insucesso, sugerindo a presença de diferenças ao nível da sua evolução ao longo do processo terapêutico (Ribeiro et. al, 2014). Nos casos de sucesso, há uma tendência aparente para uma maior frequência de MAs na fase inicial e fase intermédia da terapia, decrescendo na fase final. Enquanto que nos casos de insucesso, a frequência de MAs poderá apresentar-se similar aos casos de sucesso na fase inicial da terapia (Ribeiro et al, 2015) ou mais elevada (Gonçalves et al. ,2011), porém esta frequência tende para a estabilidade ou aumenta ao longo do processo terapêutico (Ribeiro et al., 2014). Ademais, estudos focados na exploração da ambivalência, apresentam a tendência para que, em fases iniciais da terapia, casos de sucesso e insucesso apresentem frequências similares de MAs, contudo ao longo desta, seguem diferentes trajetórias, levantando a hipótese de que o sucesso terapêutico envolva ultrapassar a ambivalência face à mudança (Ribeiro et al.,2015).

A literatura neste campo apresenta variados estudos nomotéticos, assim como, estudos de caso para diferentes quadros psicopatológicos e abordagens terapêuticas, nomeadamente para a depressão, em Terapia Focada nas Emoções (Mendes et. al, 2010; Ribeiro et al., 2014) mas também, Terapia Narrativa (Ribeiro et al., 2015), bem como em casos de luto complicado utilizando Terapia Construtivista de Reconstrução de Significados (Alves, Fernández-

Navarro, Ribeiro, Ribeiro & Gonçalves,2013; Alves et al., 2016). Todavia, o fenómeno de ambivalência nunca foi analisado, através da identificação e exploração de MAs, num caso de perturbação de ansiedade.

Considerando o racional teórico subjacente ao manual transdiagnóstico (Barlow et. al, 2010) de que a depressão, onde foi aplicada esta metodologia em estudos anteriores e as perturbações de ansiedade apresentam uma elevada cormobilidade e mecanismos subjacentes que se hipotetizam transversais, fundamenta-se como principal objetivo deste estudo explorar, num caso de perturbação ansiedade, tratada com Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais (Barlow et al.,2010), a presença e evolução da ambivalência ao longo do processo terapêutico, através da codificação de uma amostragem de sessões previamente selecionadas.

## **Metodologia**

### **Cliente**

Maria (nome fictício atribuído) é do sexo feminino, tem 25 anos e é solteira. No momento da terapia encontrava-se a realizar o Doutoramento, com habilitações literárias correspondentes ao Mestrado. Procura apoio psicoterapêutico, indicando problemas relacionadas com episódios de ansiedade e hipocondria, que prejudicam várias áreas do seu funcionamento diário.

As principais dificuldades descritas por Maria estão relacionadas com medo da ocorrência de ataques de pânico (de cariz inesperado e recorrente) ou, conforme relata, um medo intenso relacionado com a possibilidade de sofrer um acidente vascular cerebral (AVC), enquanto está a conduzir ou quando perante uma audiência. Esta situação levou a que, recorresse às urgências hospitalares inúmeras vezes, queixando-se de paralisção do lado esquerdo do corpo durante a condução. Os exames efetuados não permitiram identificar qualquer problema de saúde, contudo, o seu receio persiste. Os sintomas apresentados compreendem também ansiedade de desempenho relacionada com a apresentação de trabalhos académicos em congressos ou em ambiente de sala de aula, medo intenso de estar sozinha em casa ou em qualquer outro lugar, pela preocupação com ocorrência de um ataque de pânico, onde não disponha de ajuda próxima. É também notória a utilização de comportamentos de segurança, sobretudo durante a condução, como forma de evitamento do mal-estar (e.g. manter o telemóvel sempre junto de si enquanto conduz, manter sempre os vidros abertos). Conforme relata, o primeiro ataque de pânico ocorreu em 16 de janeiro de 2016, dois anos depois de a

sua avó sofrer um AVC, tendo sido ela que a encontrou paralisada do lado esquerdo. Acrescenta ainda que o seu irmão padece, igualmente, de um problema cardíaco.

A conjugação destes elementos conduziu ao comprometimento da vida da cliente em várias áreas do seu funcionamento, nomeadamente na realização de atividades quotidianas sozinha e de forma independente. Contudo como é descrito pela terapeuta, na primeira consulta, Maria apresenta-se colaborante, aparenta boa capacidade cognitiva e juízo crítico, manifesta vontade em manter e conquistar melhorias na sua capacidade de autonomia, característica que preza e confessa ter perdido um pouco devido aos sintomas.

### **Terapia**

Maria foi acompanhada num total de 19 sessões de intervenção cognitiva-comportamental, baseada no Protocolo Transdiagnóstico para o tratamento de Perturbações Emocionais (Barlow et al. ,2010). Este modelo foi desenvolvido com vista a ser aplicado no tratamento de perturbações de ansiedade e depressão, assumindo que o mecanismo etiológico central é a dificuldade de regulação emocional.

A sua aplicação tem como objetivo a extinção das dificuldades resultantes do esforço para controlar a experiência de emoções intensas (e.g. na perturbação de pânico, abandonar abruptamente uma situação de forma a reduzir a ansiedade), e que são interpretadas pelos clientes como inaceitáveis ou intoleráveis (Barlow, Sauer- Zavala, Carl, Bullis & Ellard, 2014; Sauer- Zavala & Barlow, 2014). As respostas desencadeadas pelas dificuldades podem ser classificadas como mal adaptativas, pois embora a curto prazo reduzam o mal-estar provocado pela experiência, a longo prazo estas dificuldades tendem a permanecer ou até a intensificar-se.

O protocolo compreende oito módulos, cada um consistente com os princípios centrais comuns e empiricamente consolidados no tratamento cognitivo comportamental de perturbações emocionais (Bentley, 2017). Apesar de, na generalidade os módulos serem aplicados por ordem, o modelo permite alguma flexibilidade na administração tendo em conta as necessidades idiossincráticas de cada caso.

De forma sucinta, o primeiro módulo é centrado na preparação, motivação para a mudança e na importância da colaboração do cliente com o tratamento. O segundo módulo centra-se fundamentalmente na psicoeducação sobre a natureza e funcionalidade das emoções e as componentes das experiências emocionais, abordando o modelo de três componentes da resposta emocional (pensamentos, sensações físicas e emoções, comportamentos). O módulo três visa o aumento da consciência emocional focada no presente sugerindo tarefas de indução

de humor e consciência emocional promovendo, uma experiência emocional objetiva e sem julgamento. O quarto módulo visa o aumento da flexibilidade cognitiva fomentando a identificação da prática de avaliações negativas e auxiliando a elaboração de interpretações alternativas para as situações que desencadeiam emoções intensas, promovendo a prática de reavaliação cognitiva das experiências. O módulo cinco compreende a identificação da presença de evitamento (e.g. comportamentos de segurança realizados para lidar com a intensidade emocional provocada por determinadas situações), de comportamentos guiados pelas emoções (*Emotion Driven Behaviors*, EDBs) e iniciar práticas alternativas que permitam a sua substituição por respostas mais adaptativas. Os módulos seis e sete permitem que o cliente ponha em prática as competências aprendidas nos módulos anteriores, sendo destinados ao aumento da consciência e tolerância às experiências corporais relacionadas com a desregulação emocional através da realização de tarefas de exposição interoceptiva e emocional, compreendendo a exposição gradual às situações que desencadeiam emoções fortes. O módulo final refere-se à revisão do progresso resultante do tratamento bem como, dos conceitos e técnicas aprendidas desenvolvendo estratégias que visam a prevenção da recaída (Barlow et al., 2010; Bentley, 2017).

## **Terapeuta**

O terapeuta responsável pela intervenção neste caso, é do sexo feminino, com 4 anos de experiência clínica e um doutoramento em Psicologia Clínica.

## **Instrumentos**

### ***Medidas de Resultado***

#### ***Outcome Questionnaire -45.2***

O Outcome Questionnaire- 45 (OQ-45, Lambert et al., 1996) consiste num questionário de autorrelato que permite a monitorização da evolução dos sintomas, com 45 itens em formato de escala de Likert de 5 pontos. Compreende três subescalas: Perturbação Sintomática (PS), Relações Interpessoais (RI) e Papel Social (PS).

Neste estudo foi utilizada a versão validada para a população portuguesa, apresentando propriedades psicométricas similares ao instrumento original e revelando valores de consistência interna excelentes para esta população ( $\alpha=0,89$ , Machado & Fassnacht, 2014). O ponto de corte é de 62 para a escala total e o valor para definição do *Reliable Change Index* (RCI, Jacobson & Truax, 1991) para a população portuguesa é de 15 para a escala global

(Machado & Fassnacht, 2015). Uma diferença entre resultados que seja superior a este valor é considerada mudança fidedigna.

#### *Outcome Questionnaire- 10.2*

O Outcome Questionnaire 10.2 (OQ-10.2, Lambert et al., 2005) consiste numa versão reduzida do OQ-45 (Lambert et. al, 1996), com 10 itens, permitindo uma monitorização pormenorizada, em curtos períodos de tempo, da evolução dos sintomas. Dados empíricos sugerem valores adequados de consistência interna ( $\alpha = 0,87$ ; Goates-Jones & Hill, 2008)

#### *Beck Anxiety Inventory*

O Beck Anxiety Inventory (BAI; Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), traduzido e validada para a população portuguesa (Quintão, Delgado & Prieto, 2013), consiste num questionário de autorrelato composto por 21 itens com vista a avaliação da presença de sintomatologia ansiosa. As respostas são dadas em formato de escala de Likert, de 4 pontos. A versão portuguesa desta escala apresenta boas características psicométricas com um  $\alpha$  de Cronbach de 0,92 (Quintão, Delgado & Prieto, 2013). Os pontos de corte definidos para a avaliação de sintomatologia ansiosa são estabelecidos em formato intervalar sendo que, uma pontuação de 0-21 representa baixo nível de ansiedade, 22-35 representa ansiedade moderada e para pontuações maiores que 36, alto nível de ansiedade.

#### *Difficulties in Emotional Regulation Scale*

A Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS; Gratz & Roemer, 2004) traduzida e validada para a população portuguesa (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2009) destina-se a avaliar dificuldades de regulação emocional ao longo de seis domínios. Revela valores de consistência interna elevados e similares ao do estudo original ( $\alpha=0,92$ ; Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2009). É constituída por 36 itens numa escala de Likert de 5 pontos, na qual, indivíduos com psicopatologia, apresentam pontuações médias superiores na escala ( $M=96$ ,  $DP=21$ ) do que indivíduos sem psicopatologia ( $M=73$ ,  $DP=16$ ) (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha & Dias, 2009).

#### *Questionário de Ambivalência em Psicoterapia*

O Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP; Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2017) avalia os níveis de ambivalência experienciada pelos clientes em psicoterapia. É constituída por duas partes, a primeira consiste apenas numa questão, respondida sob o formato de escala de Likert de 11 pontos, com vista a avaliar a posição do cliente em relação à mudança. Uma segunda parte é composta por 9 itens agrupados em duas subescalas, designadas Desmoralização (5 itens) e Alternância (4 itens). Apresenta, para a escala total, valores elevados de consistência interna ( $\alpha=0,87$ , Oliveira, Ribeiro &

Gonçalves,2017). Não possui ponto de corte para a população portuguesa, sendo que a partir dos valores de referência (M=25,54, DP=7,15) podemos considerar que pontuações acima de 32,69 representam ambivalência elevada e valores abaixo de 18,39 significam baixa ambivalência face à mudança.

### ***Medidas de Processo***

#### ***Sistema de Codificação de Momentos de Inovação***

O Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos & Santos, 2011) é um sistema de análise qualitativa, visando a identificação, exploração e categorização de 3 níveis de MIs. Os MIs de nível 1 compreendem momentos em que o cliente se começa a distanciar da narrativa problemática, nomeadamente através da formulação de MIs ação 1, reflexão 1 e protesto 1. Os MIs de nível 2, designadamente, ação 2, reflexão 2 e protesto 2, representam uma evolução no processo, na medida em que o cliente se começa a centrar no processo de mudança. Finalmente, os MIs de nível 3 ou MIs de Reconceptualização, envolvem também centração no processo de mudança, mas de uma forma mais elaborada, sendo que o cliente começa a ser capaz de integrar os diferentes aspetos envolvidos: o eu no passado, o eu no presente e o que aconteceu durante o processo de mudança (Fernández-Navarro, Ribeiro & Gonçalves, 2016).

Cada uma das categorias é identificada de forma mutuamente exclusiva no diálogo terapêutico. O processo de codificação é realizado por dois juizes independentes sendo que, em média e com base na literatura existente, a percentagem de acordo varia entre 84% e 94%, com kappa de Cohen variando entre 0,80 e 0,97 (Gonçalves et al., 2012; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010).

Todas as medidas referidas anteriormente, quer de resultado, quer de processo, tinham sido recolhidas previamente a esta dissertação. Este estudo centrou-se na identificação de marcadores de ambivalência.

### ***Medidas de Processo do presente estudo***

#### ***Sistema de Codificação de Ambivalência***

O Sistema de Codificação de Ambivalência (SCA; Gonçalves, Ribeiro, Santos, Gonçalves & Conde, 2009) é um sistema de análise qualitativa, que permite a identificação de MAs, com o intuito de analisar a evolução da ambivalência face à mudança, ao longo do processo terapêutico. A codificação de MAs é realizada quando, imediatamente após a emergência de um MI, o cliente retorna à narrativa problemática (Ribeiro et. al, 2014), sendo

consequentemente necessário para a codificação com este sistema, uma codificação prévia utilizando o SCMI (Gonçalves et. al, 2011).

Os procedimentos do SCA envolvem uma codificação realizada por dois juizes independentes, sendo que nos estudos anteriores ocorreu um forte acordo interjuiz, com kappa de Cohen entre 0,88 e 0,93 (Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011; Ribeiro et al.,2013).

## **Procedimentos**

### ***Anteriores ao presente estudo***

A participante foi acompanhada numa clínica universitária, onde assinou o consentimento informado permitindo a utilização dos dados referentes ao seu processo terapêutico. A seleção do caso ocorreu tendo em consideração dois critérios: 1) presença de diagnóstico de perturbação emocional, nomeadamente ansiedade, de acordo com os critérios do DSM-4 TR (APA,2004) e com recurso ao instrumento de triagem, ADIS-4 TR (Brown, Barlow & DiNardo, 1994). Esta entrevista estruturada ainda não se encontra validada para a população portuguesa para o DSM- 5 (APA, 2013); 2) Resultado da intervenção caracterizada como insucesso, de acordo com os critérios definidos para o RCI (Jacobson & Truax, 1991) recorrendo às pontuações obtidas nos questionários: OQ-45.2 (Lambert et al., 1996) e BAI (Beck, Epstein, Brown, & Steer, 1988), administrados no início e no final da intervenção.

No OQ-45 a cliente obteve uma pontuação, na primeira sessão de 74 para a escala total, acima do ponto de corte de 62 definido para o instrumento, situando-se ao nível da população clínica. O resultado obtido na ultima sessão foi de 81, ainda acima do ponto de corte e ao nível da população clínica, com um aumento de 7 pontos entre o pré e o pós teste, permitindo a classificação do caso como inalterado (Jacobson et al., 1984).

Foram também administrados, durante a terapia os instrumentos: QAP (Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2017) no inicio e final da intervenção, DERS (Coutinho et. al, 2010) nos momentos pré e pós intervenção e nas sessões 4 e 12 (sessões intermédias) e OQ-10.2 (Lambert et al, 2005), administrado ao longo de todas as sessões codificadas.

Numa fase seguinte, as sessões para codificação foram previamente seleccionadas. A pré-seleção das sessões, considerou as características do protocolo, nomeadamente o foco sugerido pelo manual de Barlow e colaboradores (2010), sendo que, se optou, por aquelas onde o diálogo terapêutico é enfatizado e que permitem a máxima representatividade de todo o processo. Por estas razões seleccionaram-se duas sessões da fase inicial, tendo sido escolhidas as sessões 2 e 4, cujo foco terapêutico incide na preparação e motivação para a mudança e psicoeducação sobre a natureza funcional das emoções e introdução ao modelo

dos componentes da resposta emocional (modelo ARC), respetivamente. Foram codificadas as sessões 6 e 7 da fase intermédia, cujo foco compreende a identificação de comportamentos de evitamento e de comportamentos guiados pelas emoções (EDBs) e a tentativa de começar a substituí-los por formas alternativas de comportamento. Representativas da fase final, foram selecionadas as sessões 12 e 18, a primeira visando a exposição interoceptiva e emocional e a segunda centrada na revisão dos progressos conquistados ao longo do processo terapêutico, revisão das técnicas e competências adquiridas e prevenção da recaída.

Posteriormente, estas mesmas sessões foram codificadas, por dois juizes independentes, treinados e sem conhecimento do resultado terapêutico da cliente, recorrendo ao SCMI (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos & Santos, 2011), de forma a explorar e categorizar os MIs emergentes em 3 níveis. Os dados foram codificados através de vídeos das sessões, utilizando o *software* ANVIL (Kipp, 2014).

Terminado o processo de codificação, em que um dos codificadores codificou a totalidade das sessões selecionadas e o outro 50% das sessões (sendo codificada uma sessão inicial, uma intermédia e outra final), procedeu-se ao cálculo da percentagem de acordo, obtendo-se um valor médio de 84,6 % e um kappa de Cohen de 0,86.

### ***Presente estudo***

Após submissão e aprovação do presente projeto pela Comissão de Ética da Universidade do Minho, com o objetivo de explorar a presença de marcadores de ambivalência ao longo do processo terapêutico, foi utilizado o Sistema de Codificação de Ambivalência (SCA; Gonçalves, Ribeiro, Santos, Gonçalves & Conde, 2009).

Numa fase inicial, os investigadores foram treinados no manual do SCA (Gonçalves, Ribeiro et. al, 2009), realizando uma formação nos conceitos centrais que compõe o sistema e explorando a presença de MAs em transcrições de treino. Terminada esta etapa, foram considerados codificadores fiáveis na utilização do sistema.

Procederam, conseqüentemente, à identificação independente de MAs nas sessões selecionadas, já codificadas com recurso ao SCMI (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos & Santos, 2011). Com a preocupação de que fossem cumpridas todas as normas éticas e de confidencialidade, as sessões referentes ao caso foram armazenadas num computador, a que apenas os membros da equipa de investigação envolvidos no projeto têm acesso, na Unidade de Investigação de Psicoterapia, e foi garantido que a codificação ocorresse apenas neste espaço. Os dois juizes analisaram todas as sessões selecionadas, de forma sequencial. A codificação foi realizada com recurso a vídeos, utilizando o *software* ANVIL (Kipp, 2014).



Terminado o processo de codificação de cada uma das sessões, foi calculado o acordo para cada uma das codificações independentes. Após definido um acordo viável nas codificações independentes, os investigadores responsáveis reuniram de forma a resolverem os desacordos por consenso. Na fase final, após acordo na codificação foi calculado o kappa de Cohen correspondente a 0,84.

Após uma leitura cuidada de cada um dos MAs, sob supervisão de um auditor externo, recorrendo ao método de análise de conteúdo, foi analisado e descrito cada um dos MA procurando responder à seguinte questão: “o que acontece nos momentos em que a cliente formula um MA, para que em vez amplificar ou sustentar a novidade previamente formulada, retome a centrar o seu discurso no problema?”. As categorias foram formuladas de acordo com o referencial teórico do manual trandiagnóstico de Barlow e colaboradores (2010). Cada categoria foi atribuída de forma sucessiva e comparada com as categorias previamente atribuídas, procurando convergências e divergências. Quando era possível identificar fortes convergências, o novo MA era entendido como pertencente a uma categoria previamente formulada. Quando, pelo contrário este era divergente dos anteriores, era criada uma nova categoria que descrevesse da forma mais correta possível o conteúdo do MA. Depois da análise do conteúdo de todos os MAs, resultaram um total de 7 categorias.

#### *Cálculo de MIs e MAs*

De forma a analisar quantitativamente a evolução de MIs e MAs ao longo do processo terapêutico foi necessário calcular a expressão destes ao longo da totalidade do processo terapêutico e para cada uma das sessões codificadas. Na perspetiva de analisar a proporção de MIs, procedeu-se ao cálculo dos mesmos para cada uma das sessões codificadas ( $\text{tempo total da sessão ocupada por MIs} \times 100 / \text{duração total da sessão}$ ). De seguida, foi calculada a percentagem ocupada por cada um dos 3 níveis de MIs, calculada através da soma do tempo da sessão ocupada por cada nível  $\times 100$ , a dividir pela duração total da sessão.

Com o intuito de analisar a evolução da ambivalência ao longo do processo terapêutico, procedeu-se ao cálculo dos MAs para cada uma das sessões codificadas ( $\text{frequência de MAs na sessão} / \text{frequência de MIs na sessão}$ ) e para todo o processo terapêutico ( $\text{frequência total de MAs} / \text{frequência total de MIs}$ ).

## **Resultados**

### ***Resultados obtidos antes do presente estudo***

#### *Ambivalência e sintomatologia*

As pontuações obtidas nos instrumentos de avaliação administrados durante o tratamento encontram-se apresentadas na tabela 1. A administração da DERS (Coutinho et. al.,2010), nos momentos pré e pós intervenção ( T=44 ; T=43, respetivamente) e nas sessões 4 (T=43) e 12 (T=46) (designadas como sessões intermédias), revelam que a cliente apresenta pontuações próximas dos valores de referência para a população com presença de perturbações emocionais (M=96; DP=21), sem apresentar alterações clinicamente significativas em todos os momentos de avaliação.

A avaliação da evolução da sintomatologia ansiosa (BAI; Beck et. al, 1988) e do nível de ambivalência (QAP; Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2017), não revelam alterações significativas no pré e no pós intervenção (tabela 1). No QAP, as pontuações obtidas aproximam-se dos valores de referência definidos para a população não clínica (M=25,54; DP=7,15) nos dois momentos (T=50,90 no pré intervenção; T=43,07 no pós intervenção). No BAI (Beck et. al, 1988), foi possível identificar, em ambos os momentos, a presença de sintomatologia ansiosa de nível moderado (tabela 1), com uma diferença de 1 ponto entre avaliações (RCI < 10), o que, de acordo com os critérios definidos por Jacobson e Truax (1991) classifica como inalterada a severidade de sintomatologia ansiosa apresentada pela cliente.

A monitorização da evolução dos resultados da terapia foi realizada com recurso ao instrumento OQ-10.2 (Lambert et. al, 2005 não revela alterações significativas nas pontuações obtidas em todas as sessões (ver tabela 1).

Tabela 1 Resultados obtidos nos instrumentos de auto-relato.

Instrumento	Pré-teste	S2	S4	S6	S7	S12	Pós-teste
QAP <sup>b</sup>	51 <sup>a</sup>	SA	SA	SA	SA	SA	43 <sup>a</sup>
BAI <sup>b</sup>	27	SA	SA	SA	SA	SA	26
OQ-10.2 <sup>b</sup>	24	25	26	25	26	26	23
DERS <sup>b</sup>	44 <sup>a</sup>	SA	43 <sup>a</sup>	SA	SA	46 <sup>a</sup>	43

**Nota.** SA- Sem avaliação. <sup>a</sup> valores convertidos em notas T. <sup>b</sup> os instrumentos QAP e BAI foram administrados nos momentos pré e pós intervenção. O OQ-10.2 foi administrado ao longo de todas as sessões codificadas e o DERS foi administrado nos momentos pré e pós intervenção e sessões intermédias.

### Exploração da emergência de MIs nas sessões codificadas

A figura 1 mostra a evolução da emergência de MIs ao longo da terapia. A maior proporção de MIs é encontrada na sessão 18, correspondendo a 11,6%, seguida pela sessão 7 com uma proporção de 5,7%. A sessão em que se verifica uma menor emergência de MIs corresponde à sessão 6, com uma proporção de 1,18%. Os MIs de nível 1 são os mais frequentes ao longo de todas as sessões codificadas. Os MIs de nível 2 são o tipo com segunda maior frequência, nomeadamente na sessão 4 (ocupando 0,34%), na sessão 7 (0,37%) e finalmente, com maior destaque na sessão 18 (5,40%). Os MIs de nível 3, surgem na última sessão analisada (S18) com uma proporção de 3,89% (Figura 1).

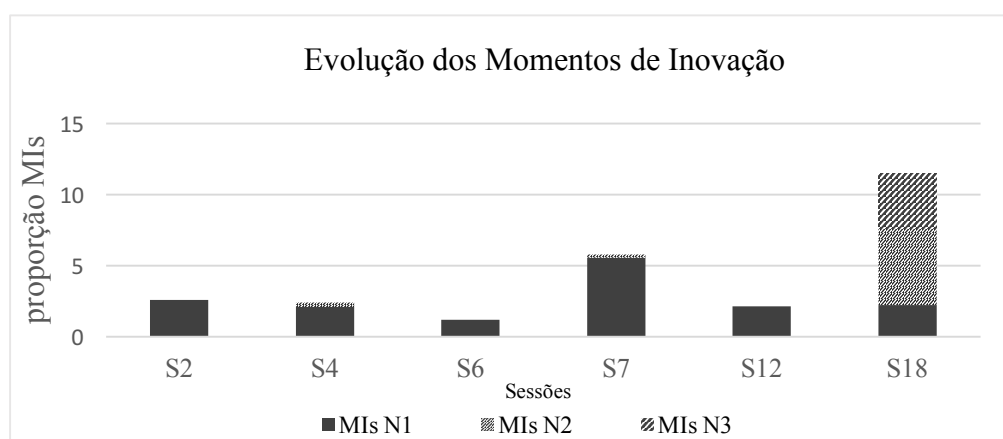


Figura 1 Evolução da proporção total de MIs e proporção correspondente ao seu agrupamento em níveis (N1, N2 e N3), para cada sessão.

## Resultados do presente estudo

### Exploração da emergência de MAs nas sessões codificadas

A proporção total de MAs corresponde a 38,96 %, para o total de sessões codificadas, o que significa que para o total de MAs nas sessões codificadas, aproximadamente 39% foram atenuados.

A análise da figura 2 permite verificar uma tendência crescente da frequência de MAs, estando representados na mesma os MAs, por referência aos MIs, para cada uma das sessões codificadas. Na sessão 2 não ocorrem MAs. Nas sessões subsequentes há uma tendência para o aumento de MAs em sessões com mais produção de MIs (particularmente nas sessões 7 e 18).

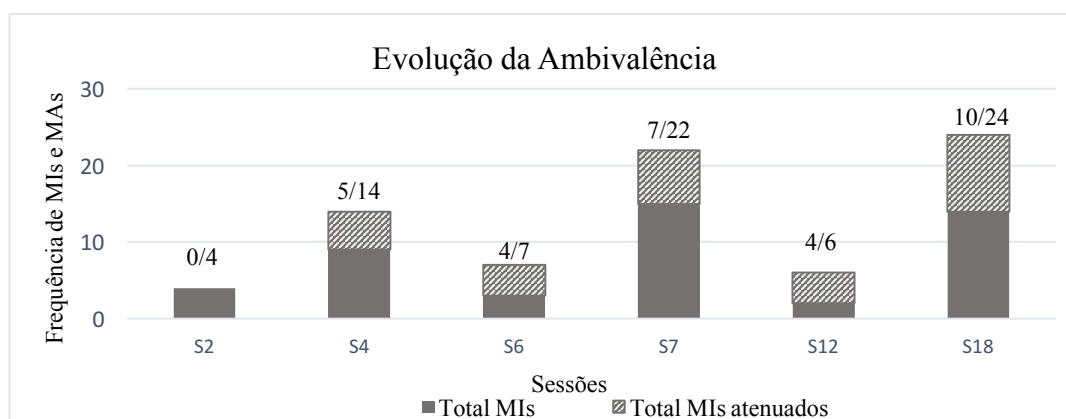


Figura 2 Evolução da ambivalência ao longo das sessões

**Nota.** os números apresentados a cima das colunas, representam o número total de MAs sobre o número total de MIs em cada sessão.

### Análise qualitativa

Tendo em conta que o processo terapêutico incidiu na aplicação de um protocolo estruturado, em que as sessões codificadas visam abordar um conteúdo específico, apresenta-se uma análise qualitativa de cada uma, com vista a analisar o padrão de MAs emergente.

Numa perspectiva exploratória, tendo em conta o objetivo a que este estudo inicialmente se propõe, procurou-se compreender a evolução da ambivalência, considerando o que é proposto para cada um dos módulos e o referencial teórico subjacente ao modelo, através da forma como a cliente responde às propostas de tratamento e as suas principais dificuldades em resposta às mesmas. Foram então, formuladas e exploradas 7 categorias de MAs presentes nas sessões analisadas, sendo que, de acordo, com o que é sugerido pelo manual, a cliente apresenta um padrão de resposta ambivalente, em momentos onde: 1) Reafirma a presença de perigo real (representa de 10% do total de MAs e surge na sessão 4) ; 2) Dificuldade na eliminação de comportamentos de segurança (representa 30% do total de MAs e surge nas sessões 4,6,7,12 e 18); 3) Reafirma a presença de ansiedade ( representa 20% do total de MAs e surge nas sessões 6,12 e 18); 4) Dificuldade em sustentar a reavaliação cognitiva (representa 13% do total de MAs e surge nas sessões 6 e 7) ; 5) Antecipa aumento da ansiedade (representa 6% do total de MAs e surge nas sessões 7 e 18); 6) Atribui mudança a fatores externos(representa 6% do total de MAs e surge nas sessões 7 e 18 ) e 7) Dificuldade na realização de exposição(representa 10% do total de MAs e surge nas sessões 12 e 18).

Apresentam-se na tabela 2, cada uma das categorias, com foco nas sessões onde emergem, a percentagem ocupada por cada uma destas ao longo das sessões codificadas bem como, exemplos ilustrativos de cada uma.

Tabela 2 Análise de conteúdo dos MAs ao longo das sessões codificadas.

Categorias	Percentagem ocupada pela categoria (total das sessões codificadas)	Sessões onde emergem	Exemplo MI	Exemplo MA
1.Reafirma a presença de perigo real.	10%	S4	Cliente: <i>“Inicialmente pensei isto é uma quebra de tensão, uma hipoglicémia (MI, S4).”</i>	Cliente: <i>“...mas depois comecei a pensar, se não for, se for algo mais grave, como algo no cérebro” (MA, S4)</i>
2.Dificuldade na eliminação de comportamentos de segurança.	30%	S4, S6, S7, S12, S18	Terapeuta: <i>“Quer experimentar agora que não está com o comprimido, fazer os exercícios de</i>	Cliente: <i>“Não, eu tenho receio em deixar o comprimido...” (MA,S12).</i>

			<i>chegar ao limite e passar o limite?"; Cliente: "Sim, posso experimentar... acho que mal não fará..." (MI, S12)</i>	
3. Reafirma a presença de ansiedade	20%	S6, S12, S18	Terapeuta: " <i>Como correu a condução esta semana?</i> "; Cliente: " <i>Até tem corrido melhor?</i> "; (...); Terapeuta: " <i>O que é que é melhor?</i> "; Cliente: " <i>Não tão...</i> (MI, S6)	Cliente: " <i>...sempre com ansiedade...</i> " (MA,S6);
4.Dificuldade em sustentar reavaliação cognitiva.	13%	S6, S7,S18	Cliente: " <i>(...) mas depois eu tenho esse lado, já há algum tempo que tenho, logo falo sozinha comigo mesma, mas falo mesmo alto, que não tenho evidências, que supostamente sou saudável (...)</i> (MI,S6);	Cliente: " <i>... mas depois veem as coisas negativas, que é eu não faço exercício, sou preguiçosa (...)</i> " (MA,S6).
5.Antecipa aumento da ansiedade.	6%	S7,S18	Terapeuta: " <i>Disse que a condução foi melhor, o que é que isso quer dizer?</i> "; Cliente: " <i>Em termos de ansiedade, (...), acho que muito melhor (...), o telemóvel sempre guardado, em todas, o vidro quase sempre fechado(...)</i> (MI,S7)	Cliente: " <i>... se calhar para a semana vai ser pior mas...</i> "(MA,S7);
6.Atribui a mudança a fatores externos	6%	S7, S18	Cliente: " <i>de vez em quando durante a viagem lembrava-me dele (do telemóvel), mas deixei-o ali, também não faz falta</i> (MI,S7);	Cliente: " <i>(...), mas também é uma coisa, eu normalmente coloco-o sempre, perto do travão de mão (...), fica mesmo à beira, esta semana ficou dentro do saco, fechado, mas o saco também estava ao meu lado</i> " (MA,S7)
7. Dificuldade na realização de exposição	10%	S18	Cliente: " <i>E a parte do evitamento, houve uma altura em que realmente fiz os evitamentos (tarefas de exposição), e consegui lidar bem com eles</i> (MI, S18),	Cliente: " <i>(...)mas agora houve um retrocesso</i> " (MA, S18).

Realizada uma análise por sessão da presença de cada uma das categorias, verifica-se que na sessão 2, a emergência de MAs é nula, estando ausentes qualquer uma das categorias. Na sessão 4, 60% dos MAs formulados respeitam à categoria dificuldades na eliminação de comportamentos de segurança e 40 % a momentos em que a cliente reafirma a existência de perigo real. Na sessão 6, a categoria dificuldades na eliminação de comportamentos de segurança, corresponde a 50% do total de MAs emergentes e as categorias: reafirma a presença de ansiedade e dificuldade em sustentar reavaliação cognitiva ocupam uma percentagem total dos MAs ao longo da sessão de 25%. Na sessão 7, encontram-se as categorias dificuldade na eliminação de comportamentos de segurança (29%), dificuldade em sustentar reavaliação cognitiva (29%), momentos onde antecipa aumento da ansiedade (29%) e a presença de momentos em que a cliente atribui a mudança a fatores externos (14%). Na sessão 12, é possível observar a presença das categorias: reafirma a presença de ansiedade, correspondente a 50% dos MAs emergentes e dificuldade em eliminar comportamentos de segurança, também evidente em 50% dos MAs emergentes. Finalmente na sessão 18, encontram-se representadas praticamente todas as categorias de MAs formuladas, nomeadamente: reafirma a presença de ansiedade e apresenta dificuldades na realização de exposição, com uma expressão de 30%. Seguidas por momentos onde manifesta dificuldades em sustentar a reavaliação cognitiva, correspondente a 20% dos MAs emergentes naquela sessão e por ultimo, numa percentagem de 10%, as categorias: dificuldades na eliminação de comportamentos de segurança e atribui a mudança a fatores externos.

### **Discussão**

Este estudo possui um carácter exploratório, com vista a aumentar o corpo teórico no campo dos processos de mudança em psicoterapia. A análise do caso Maria, permitiu alguma compreensão do fenómeno de ambivalência num caso de insucesso com perturbação de ansiedade onde foi aplicado o Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais (Barlow et al.,2010).

Primeiramente, a percentagem total de MAs ao longo das sessões codificadas foi de 38,96%, o que vai de encontro ao reportado em estudos anteriores, que sugerem uma proporção global de MAs situada entre os 20 e os 40 % (Ribeiro e Gonçalves, 2014).

Tratando-se este caso de um insucesso terapêutico, estudos anteriores onde foi realizada a comparação entre casos de sucesso e insucesso sugerem que em casos de insucesso há uma

tendência para que a frequência de MAs aumente ou se mantenha estável ao longo do tratamento (Ribeiro, Cruz, Mendes et al., 2012; Ribeiro, Mendes, Angus et al., 2012; Alves, Fernández-Navarro, Ribeiro, Ribeiro & Gonçalves, 2013). Neste caso, a evolução geral da emergência de MAs corrobora os resultados encontrados nos estudos anteriores. Esta tendência parece, no caso Maria, estar relacionada com as sessões onde existe também um aumento notório na proporção de MIs, particularmente evidente nas sessões 7 e 18, representativas de um módulo intermédio e do módulo final do manual transdiagnóstico (Barlow et. al, 2010).

No que respeita à evolução dos MIs, este caso sugere um resultado particularmente curioso na última sessão codificada (sessão 18), onde se verifica um aumento significativo da proporção de MIs não apenas de nível 1, mas também, de nível 2 e ainda uma expressão reduzida, de nível 3. De acordo com a literatura, os MIs de nível 2 e 3 estão relacionados, com a capacidade de conseguir criar uma posição de distância em relação ao problema, apercebendo-se das suas implicações bem como, compreender os processos envolvidos na mudança (Gonçalves et al., 2017). Tratando-se uma sessão final, cujo foco principal é a revisão dos progressos obtidos durante o tratamento e definição de objetivos futuros, a formulação de MIs mais elaborados e complexos pode ser explicada pelas características particulares dos tópicos abordados nesta sessão, sendo possivelmente natural, a emergência de MIs nível 2 e 3 (Oliveira et. al, 2016).

Visando compreender a evolução dos MAs ao longo deste caso, e se este culmina num padrão, foi utilizado o método de análise de conteúdo. Sugere-se, resultante da leitura e análise cuidada de todos os MAs, uma aparente relação entre os momentos em que estes emergem e as principais dificuldades da cliente em responder às sugestões terapêuticas estipuladas para cada um dos módulos do manual Transdiagnóstico (Barlow et. al, 2010).

De uma forma geral, as categorias de MAs com maior destaque respeitam a momentos em que a cliente apresenta dificuldades na eliminação de comportamentos de segurança e reafirma a presença de ansiedade. Desta forma, hipotetizamos que estas dificuldades estejam relacionadas com a emergência de ambivalência, para este caso, por representarem situações ao longo da terapia onde cliente apresenta dificuldades em sustentar ou expandir as novidades, impedindo possivelmente que comece a construir uma perspetiva mais adaptativa.

De forma a entender o padrão de categorias de MAs, efetuamos uma análise à natureza particular das categorias emergentes e a sua ocorrência em função dos objetivos de cada uma das sessões representativas dos módulos propostos pelo manual transdiagnóstico (Barlow et al. ,2010).



Nas sessões da fase inicial, nomeadamente sessões 2 e 4, observamos que na sessão 2, representativa do primeiro módulo de tratamento, a díade terapeuta- cliente se dedicam ao preenchimento da grelha de balança de decisão e construção de uma hierarquia de objetivos, sendo a frequência nula de MAs expectável (Ribeiro et al., 2014), não se verificando por conseguinte, a presença de nenhuma das categorias. Na sessão 4, representativa do módulo 2, verifica-se um aumento na frequência de MAs, sendo que na sua maioria respeitam à categoria dificuldades na eliminação de comportamentos de segurança, seguidos por momentos em que a cliente reafirma a existência de perigo real. Ao longo da análise do diálogo, perante a sugestão da terapeuta para a identificação dos pensamentos, sensações físicas e comportamentos que estão subjacentes à manutenção do padrão problemático, a cliente manifesta primeiramente facilidade em compreendê-los e identificá-los, contudo imediatamente reafirma a presença de perigo real. A categoria referente às dificuldades na eliminação de comportamentos de segurança, é possivelmente sustentada pela incapacidade de tolerar a exposição a situações que causam desconforto emocional intenso.

Nas sessões intermédias, correspondentes aos módulos 4 e 5 do manual (Barlow et al., 2010), representadas nomeadamente pelas sessões 6 e 7. Na sessão 6, onde a categoria mais frequente de MA compreende também dificuldades na eliminação de comportamentos de segurança, prendendo-se com os momentos em que a terapeuta desafia a cliente a realizar as viagens de carro sem recorrer a estratégias de controlo dos sintomas. Observou-se também a presença das categorias: reafirma a presença de ansiedade e dificuldades em sustentar reavaliação cognitiva. Estas compreendem, respetivamente, momentos em que, a cliente perante questões relativas ao ponto da situação na eliminação de comportamentos de segurança, retoma o seu discurso em torno da presença de ansiedade, assim como, apesar de revelar, alguma facilidade na identificação de erros cognitivos, retorna imediatamente à sua interpretação das sensações físicas resultantes da ansiedade, como *“algo mais grave”*. Na sessão 7, as categorias com maior destaque compreendem: dificuldade na eliminação de comportamentos de segurança, dificuldade em sustentar reavaliação cognitiva e momentos onde antecipa aumento da ansiedade. O maior destaque destas categorias, nesta sessão, prende-se possivelmente com o desafio da extinção de comportamentos de segurança executado pela terapeuta no início da sessão, a psicoeducação sobre como estes comportamentos são guiados pelas emoções e de carácter automático, visando o alívio a curto prazo dos sintomas, assim como, com a sugestão terapêutica da realização de um plano de viagens sem recorrer a formas de evitamento. Observa-se ainda a presença da categoria atribuí

a mudança a fatores externos referente a momentos em que a cliente atenua a novidade, distanciando a mudança da sua capacidade pessoal de fazer face ao problema.

Nas sessões da fase final, nomeadamente as sessões 12 e 18, verifica-se um aumento da frequência de MAs, representados na sessão 12 pelas categorias: reafirma a presença de ansiedade e dificuldade em eliminar comportamentos de segurança. A presença da primeira categoria, respeita possivelmente, a uma recaída durante um período de férias que antecederam a realização da consulta, onde ter que lidar com a família, nomeadamente a namorada do irmão, fez com que as dificuldades de regulação emocional fossem mais evidentes na revisão do progresso semanal, que a terapeuta convida a cliente a executar no início da sessão. A segunda categoria, evidência possivelmente os momentos em que a terapeuta tenta desafiar a cliente à prática de exposição sem recorrer a formas de evitamento dos sintomas. Este é o principal foco da sessão tornando expectável, dada a evolução do caso até ao momento, o aumento da expressão de ambivalência. Na sessão 18, a análise da evolução dos MAs, revela que as categorias com maior destaque são referentes a momentos em que a cliente: reafirma a presença de ansiedade e apresenta dificuldades na realização de exposição, seguidos pelos momentos em que manifesta dificuldades em sustentar a reavaliação cognitiva, dificuldades na eliminação de comportamentos de segurança e atribui a mudança a fatores externos.

Dadas as características das tarefas propostas pelo manual para esta sessão, isto é a elaboração do plano de prevenção da recaída e a revisão do progresso terapêutico, a evolução da emergência de MAs parece explicar as principais dificuldades apresentadas por Maria. Tal é visível no seu discurso, durante esta sessão: *“Eu acho que eu isso consigo fazer bem. Antecedentes, consigo perceber o que desencadeia, o que despoletou e depois tentar lidar com isso, acho que... (MI), o meu problema está depois na fase “faz” acho eu... (MA)*. Estas dificuldades na *“fase faz”*, revelam possivelmente que quando a cliente é orientada para a exposição às situações que lhe causam desconforto intenso não consegue fundamentar alternativas, continuando a procurar estratégias de evitamento ou novos comportamentos de segurança e a reafirmar a presença de ansiedade, apresentando défices na capacidade de sustentar ou elaborar a mudança.

Apesar de ao longo das sessões, a cliente conseguir alcançar alguns resultados ao nível da compreensão do problema, este continua potencialmente, a ser parte da sua identidade, sendo natural a expressão de ambivalência. Desta forma, a cliente quando perante uma novidade que ameaça, de facto, a forma segura e habitual com que está habituada reger a sua vida, mesmo com a ansiedade e as formas de evitamento subjacentes, nomeadamente quando esta concerne

às suas principais dificuldades, causa instabilidade e conflito interno e, por conseguinte, leva ao aumento da ambivalência (Montesano, Gonçalves & Feixas, 2015). A literatura explícita ainda que sucessivas formulações de MAs durante a terapia podem comprometer o progresso terapêutico, inibindo o desenvolvimento e expansão dos MIs (Gonçalves et al., 2011; Gonçalves et al., 2016; Ribeiro & Gonçalves, 2010), cenário que hipotetizamos ter acontecido neste caso.

### ***Limitações e Direções Futuras***

O Protocolo Unificado para o tratamento transdiagnóstico de Perturbações Emocionais (Barlow et al., 2010) compreende os paralelismos existentes em todas as perturbações em que as dificuldades existentes se prendem com as estratégias de regulação emocional, nomeadamente perturbações de ansiedade e depressão. Dadas as características de similaridade entre as duas perturbações, seria interessante explorar se os resultados obtidos para um caso de perturbação de ansiedade no presente estudo, seriam similares aos obtidos para um caso de perturbação depressiva utilizando o mesmo modelo terapêutico (Balow et al., 2010).

Propõe-se que seria ainda interessante perceber, o tipo de estratégias de resolução da ambivalência (e.g. Braga et al., 2016) emergentes ao longo da terapia de forma a compreender o que faz com que a cliente, neste caso, não consiga integrar de forma bem-sucedida a emergência de novidades. Tendo em conta a análise do caso sugere-se que, as tarefas de exposição compreendam processos mais complexos (Bentley, 2017) e, por conseguinte, representem uma maior “ameaça” ao problema, estando a sua realização com sucesso associada a uma mudança mais efetiva e sustentada. Levando à especulação de que o insucesso terapêutico deste caso tenha resultado da falta de preparação da cliente para realizar as tarefas de exposição propostas por não conseguir resolver o dilema entre as duas posições opostas, no momento sugerido pelo modelo transdiagnóstico (Barlow et al., 2010). Hipotetizamos que possivelmente, a cliente precisaria de mais sessões elaborando em torno das tarefas de reestruturação cognitiva, sugerindo uma realização da fase de exposição de uma forma mais adaptada às suas necessidades.

Sendo, este estudo focado num caso de insucesso, sugere-se uma futura análise em contraponto com um caso de sucesso, com a mesma problemática, e dentro do mesmo modelo terapêutico.

Dado que a metodologia escolhida para este caso focou na exploração de MAs num único sujeito, sugere-se a prática da mesma metodologia para exploração da ambivalência, mas recorrendo a uma amostra de maior dimensão, com as mesmas características deste caso,

cujo tratamento incidisse no mesmo modelo terapêutico (Barlow et. al,2010) utilizado. Numa tentativa de compreender se os resultados obtidos, no que respeita ao padrão de MAs emergente, são generalizáveis para todos os casos de perturbações de ansiedade ou se se restringem a este caso, em particular.

## Referências

- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, 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., & Neimeyer, R. (2012). Innovative moments in grief therapy: Reconstructing meaning following perinatal death. *Death Studies*, 36(9), 795-818. doi:10.1080/07481187.2011.608291.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-4- TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais revisito*. Artmed Editora.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Arlington: American Psychiatric Publishing.
- Arkowitz, H., & Miller, W. (2008). Learning, applying, and extending motivational interviewing. In Arkowitz, H., Westra, H., Miller, W. & Rollnick, S. (Eds), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (Chap. 1,1-25). New York: The Guilford Press.
- Barlow, D., Farchione, T., Fairholme, C., Ellard, K., Boisseau, C., Allen, L., & May, J. T. (2010). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.

- Barlow, D., Sauer-Zavala, S., Carl, J., Bullis, J., & Ellard, K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365. doi: 10.1177/2167702613505532
- Beck, A., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Bentley, K. (2017). Applying the Unified Protocol Transdiagnostic Treatment to Nonsuicidal Self-Injury and Co-Occurring Emotional Disorders: A Case Illustration. *Journal of clinical psychology*, 73(5), 547-558. doi: 10.1002/jclp.22452
- Braga, C., Oliveira, J., Ribeiro, A., & Gonçalves, M. (2016). Ambivalence resolution in emotion-focused therapy: The successful case of Sarah. *Psychotherapy Research*, 1-10. doi:10.1080/10503307.2016.1169331.
- Brown, T., Barlow, D., & DiNardo, P. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV): Client Interview Schedule*. Graywind Publications Incorporated.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Rev Psiq Clín*, 37(4), 145-51. doi: 0.1590/S0101-60832010000400001.
- Cunha, C., Gonçalves, M. , & Valsiner, J. (2011). Transforming self-narratives in psychotherapy: Looking at different forms of ambivalence in the change process. In *Jungian and dialogical self perspectives* (43-66). Palgrave Macmillan UK. doi:10.1057/9780230307490\_4
- Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A., & Gonçalves, M. M. (2016). Meaning making precedes symptomatology improvement: Reconceptualization IMs role. Paper presented at the

47th Society for Psychotherapy Research International Annual Meeting, Jerusalem, Israel.

Goates-Jones, M., & Hill, C. (2008). Treatment preference, treatment-preference match, and psychotherapist credibility: Influence on session outcome and preference shift. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1), 61. doi: 10.1037/0033-3204.45.1.61

Goncalves, 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. Ribeiro, A., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy research*, 21(5), 497-509. doi:10.1080/10503307.2011.560207.

Gonçalves, M., & Ribeiro, A. (2012). Therapeutic change, innovative moments and the reconceptualization of the self: A dialogical account. *International Journal of Dialogical Science*, 6(1), 81-98.

Gonçalves, M., & Silva, J. (2014). Momentos de inovação em psicoterapia: das narrativas aos processos dialógicos. *Análise Psicológica*, 32(1), 27-43. doi: 10.14417/ap.837

Gonçalves, M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A., Sousa, I., Angus, L., & Greenberg, L. (2012). Innovative moments and change in client-centered therapy. *Psychotherapy Research*, 22(4), 389-401. doi:10.1080/10503307.2012.662605

Gonçalves, M., Ribeiro, A., Alves, D., Silva, J., Rosa, C., Braga, C., Batista, J., Fernandez-Navarro, P. & Oliveira, J. (2017). Three narrative-based coding systems: Innovative moments, ambivalence and ambivalence resolution. *Psychotherapy Research*, 27(3), 270-282. doi: 10.1080/10503307.2016.1247216.

- Gonçalves, M., Ribeiro, A., 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., Ribeiro, A., Stiles, W., 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
- Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment, 26*(1), 41-54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology, 2*(3), 271. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Hagedorn, W. (2011). Using therapeutic letters to navigate resistance and ambivalence: experiential implications for group counseling. *Journal of Addictions & Offender Counseling, 31*(2), 108-126. doi: 10.1002/j.2161-1874.2011.tb00071.x
- Hermans, H., & Kempen, H. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement.* Academic Press.
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology, 59*(1), 12. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.12
- Jacobson, N., Follette, W., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior therapy, 15*(4), 336-352. doi: 10.1016/S0005-7894(84)80002-7

- Kipp, M. (2014). Anvil: The video annotation research tool. *Handbook of corpus phonology*, 420-436.
- Lambert, M. J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J. L., & Hawkins, E. J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: clinical results and practice suggestions. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 165-174. doi: 10.1002/jclp.20113
- Lambert, M., Hansen, N., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame, G., & Reisinger, C. (1996). Administration and scoring manual for the OQ-45.2. Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services LLC.
- Machado, P., & Fassnacht, D. (2015). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(4), 427-437. doi: 10.1111/papt.12048
- Mahoney, M. (1991). *Human Change Processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York, NY, US:Books.
- 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.
- Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., Greenberg, L., Sousa, I., & Gonçalves, 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
- Montesano, A., Gonçalves, M., & Feixas, G. (2017). Self-narrative reconstruction after dilemma-focused therapy for depression: A comparison of good and poor outcome cases. *Psychotherapy Research*, 27(1), 112-126. doi:10.1080/10503307.2015.1080874



- Orlinsky, D., Grawe, K., & Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 270-376. Oxford, England: John Wiley. doi: 10.1016/0043-1354(83)90087-8.
- Oliveira, J., Ribeiro, A & Gonçalves (2017). Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP). In Gonçalves, M, Simões, M., & Almeida, L., (2017). *Psicologia Clínica e da Saúde: Instrumentos de Avaliação. Pactor Lisboa: Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, 1(7)*, 101-113.
- Quintão, S., Delgado, A., & Prieto, G. (2013). Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale model. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 26(2)*, 305-310. 10.1590/S0102-79722013000200010
- Ribeiro, A , Cruz, G., Mendes, I., Stiles, W., & Gonçalves, M. (2012). Ambivalence in client-centered therapy.
- Ribeiro, A., & Gonçalves, M. (2010). Commentary: Innovation and stability within the dialogical self: The centrality of ambivalence. *Culture & Psychology, 16(1)*, 116-126. doi:10.1177/1354067X09353211.
- Ribeiro, A., Gonçalves, M., Silva, J., Brás, A., & Sousa, I. (2015). Ambivalence in narrative therapy: A comparison between recovered and unchanged cases. *Clinical psychology & psychotherapy*.doi:10.1002/cpp.1945
- Ribeiro, A., Mendes, I., Stiles, W., Angus, L., Sousa, I., Gonçalves, M. (2014). Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: The maintenance of problematically dominant self-narratives. *Psychotherapy Research, 24(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.

Sauer-Zavala, S., & Barlow, D. (2014). The case for borderline personality disorder as an emotional disorder: Implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(2), 118-138. doi: 10.1111/cpsp.12063.

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.