



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Rafaela Lourenço Araújo

**A ambivalência em casos completos e
de abandono terapêutico em terapia
breve**



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Ana Rafaela Lourenço Araújo

**A ambivalência em casos completos e
de abandono terapêutico em terapia
breve**

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho realizado sob orientação de
Professor Doutor Miguel Gonçalves
Doutor João Batista

Declaração

Nome: Ana Rafaela Lourenço Araújo

Correio eletrónico: a82853@alunos.uminho.pt

Telemóvel: 915263023

Número do Cartão de Cidadão: 14556638

Título da dissertação: A ambivalência em casos completos e de abandono terapêutico em terapia breve

Orientação: Professor Doutor Miguel Gonçalves e Doutor João Batista

Ano de conclusão: 2018

Designação do Mestrado: Mestrado Integrado em Psicologia

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

Universidade do Minho, 16/10/2018

Assinatura: _____

Índice

Resumo.....	4
Abstract.....	5
Introdução.....	6
Metodologia.....	9
Clientes	9
Seleção da amostra	9
Codificadores.....	10
Terapeutas	10
Tratamento.....	10
Instrumentos	11
Procedimentos	12
Resultados	14
Discussão.....	17
Referências	20

Índice de Figuras

<i>Figura 1</i> Evolução da média da frequência de MAs associados aos módulos, nos casos completos e nos casos e abandono.	14
<i>Figura 2</i> Média da frequência de MAs associados aos níveis de MIs (1, 2 e 3) nos casos de sucesso e nos casos de insucesso.	15
<i>Figura 3</i> Evolução da probabilidade de ocorrência de MAs para o total dos níveis de MIs ao longo do tempo.	16
<i>Figura 4</i> Evolução da probabilidade de ocorrência de MAs nos MIs de nível 1 ao longo do tempo.	16
<i>Figura 5</i> Evolução da probabilidade de ocorrência de MAs nos MIs de nível 2 ao longo do tempo.	17

Agradecimentos

Ao grupo de investigação de processos de mudança em psicoterapia, que tão bem me acolheram e ensinaram desde o primeiro dia em que pisei aquela sala de reuniões.

Ao professor Doutor Miguel Gonçalves, por me ter dado a oportunidade de ingressar nesta aventura.

Ao Doutor João Batista, que foi incansável comigo e me ajudou a superar todos os obstáculos, com muita paciência, mesmo quando eu achava que não era capaz.

À Olga, pelas noites em branco passadas na sua sala, pelos cafés para descontrair e por ter sempre uma palavra de apoio e conforto nos momentos mais difíceis. Obrigada por não me deixares desistir!

À Mariana, que junto comigo chorou os meus fracassos mas também festejou as minhas vitórias.
Consegui amiga!

À minha família, pela compreensão e incentivo nos momentos de frustração.

A todos, que direta ou indiretamente contribuíram para que isto fosse possível. O meu muito obrigada!

A ambivalência em casos completos e de abandono terapêutico em terapia breve

Resumo

Numa perspectiva narrativa, o processo de mudança em psicoterapia envolve a transformação de uma auto-narrativa problemática numa auto-narrativa alternativa. Através do diálogo terapêutico há a possibilidade de identificar a emergência de Momentos de Inovação (MIs) – transformação da narrativa problemática numa narrativa alternativa, através da flexibilização de sentimentos, ações e pensamentos – e, conseqüentemente, de Momentos de Ambivalência (MAs). A ambivalência é comum em psicoterapia e tem sido estudada com recurso ao Sistema de Codificação de Ambivalência (SCA). Os resultados têm revelado que os MAs têm uma tendência de decréscimo tanto nos casos de sucesso como nos de insucesso. No entanto, estes últimos apresentaram uma maior proporção de MAs. Porém, existe uma lacuna no que toca ao estudo da ambivalência através da comparação entre casos completos e de abandono terapêutico. Assim, o principal objetivo deste estudo prende-se com a exploração da evolução do perfil de ambivalência nos casos completos e de abandono terapêutico. Procedeu-se à codificação de MIs e de MAs dos 23 casos da amostra e, seguidamente, fez-se a análise estatística utilizando o modelo linear generalizado misto. Os resultados revelaram que a ambivalência tem uma tendência de decréscimo ao longo da terapia, tanto nos casos completos como nos de abandono terapêutico.

Palavras-chave: Processo de mudança; Auto-narrativa problemática; Ambivalência; Momentos de inovação; Momentos de ambivalência.

The ambivalence in complete cases and dropout cases in brief therapy

Abstract

In a narrative perspective, the process of change in psychotherapy involves the transformation of a problematic self-narrative into an alternative self-narrative. Through therapeutic dialogue, there is the possibility of identifying the emergence of innovative moments (IMs) - transforming the problematic narrative into an alternative narrative, through the flexibilization of feelings, actions and thoughts - and, consequently, ambivalence moments (AMs). Ambivalence is common in psychotherapy and has been studied using the Ambivalence Coding System (ACS). Results have shown that AMs have a decreasing tendency in both success and failure cases. However, the later presented a higher proportion of AMs. However, there is a gap in the study of ambivalence through the comparison between complete cases and dropout cases. Thus, the main objective of this study is the exploration of the evolution of the ambivalence profile in the complete cases and dropout cases. IMs and AMs were coded from the 23 sample cases and then the statistical analysis was performed using the generalized linear mixed model. The results showed that ambivalence tends to decrease throughout therapy, both in complete cases and in dropout cases.

Palavras-chave: Process of change; Problematic self-narrative; Ambivalence; Innovative moments; Ambivalence moments.

Introdução

A ambivalência pode ser considerada problemática no processo terapêutico, no entanto é um fenômeno comum no ser humano (Arkowitz, Miller & Rollnick, 2015), podendo ser entendida como um conflito interno entre duas posições discordantes, onde uma favorece a mudança e a outra favorece a estabilidade. Uma vez que o processo terapêutico envolve mudança, é esperado que surja ambivalência (Engle & Arkowitz, 2006).

De forma a melhor compreender o processo de mudança que ocorre em psicoterapia, a abordagem narrativa sugere que todos os indivíduos constroem narrativas ao longo da vida, que guiadas por regras implícitas, permitem que este dê sentido às suas experiências, gerando uma organização significativa em relação ao que o rodeia (Ribeiro et al., 2013). Segundo esta abordagem, esta auto-narrativa é problemática quando constringe a atribuição de significados adequados às experiências, podendo causar sofrimento e comprometendo o funcionamento diário da pessoa (White & Epston, 1990).

Considerando que nos processos de psicoterapia a auto-narrativa do(a) cliente é problemática, devido à construção de significados mal adaptativos, pretende-se gerar mudança na auto-narrativa. No decorrer dessa transformação, podem emergir exceções às regras que anteriormente estruturavam a auto-narrativa problemática, ou seja, podem surgir novos significados que tornam a sua auto-narrativa mais adaptativa (Gonçalves & Silva, 2014). Esta mudança combina a flexibilização de pensamentos, sentimentos e ações, denominado por Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos e Santos (2011) Momentos de Inovação (MIs).

A transformação de uma auto-narrativa problemática implica um processo de mudança, que envolve o desafio de uma posição inovadora perante uma posição problemática. Esta pode culminar numa auto-narrativa mais adaptativa ou ser seguida de um retorno imediato à auto-narrativa problemática (Gonçalves et al., 2011).

Assim sendo, a mudança não ocorre de forma linear (Mahoney, 1991, cit. por Engle & Arkowitz, 2006), uma vez que em psicoterapia a elaboração de um MI marca um momento de tensão entre suas posições opostas: a de inovação e a problemática. Desta forma, o cliente tem que escolher entre a novidade expressa pelo MI, podendo elaborar novas formas de pensar, agir e sentir, que, conseqüentemente, o faz afirmar uma narrativa alternativa, ou optando pela posição que lhe dá a percepção de estabilidade interna, minimizando essa novidade e voltando ao seu discurso problemático (Gonçalves et al., 2011; Ribeiro, Gonçalves, Silva, Brás & Sousa, 2015). Em psicoterapia esta alternância entre posições pode ser considerada uma forma de manter a estabilidade interna e sentido de *self*,

demonstrando resistência à mudança, que, conseqüentemente, pode expressar-se na forma de ansiedade (Gonçalves et al., 2011; Gonçalves & Ribeiro, 2011; Ribeiro et al., 2015). A ambivalência pode então ser identificada na forma de Marcadores de Ambivalência (MAs), quando em psicoterapia, imediatamente após a identificação de um MI, se verifica um retorno à auto-narrativa problemática (Braga, Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2016)

Neste sentido, a investigação sugere que a ambivalência pode ser um processo central no insucesso em psicoterapia, uma vez que a ambivalência tem uma probabilidade de ocorrência mais elevada nos casos de insucesso do que nos casos de sucesso (Ribeiro et al., 2014).

Um estudo de Ribeiro et al. (2015), com uma amostra de clientes diagnosticados com depressão major (5 casos de sucesso e 5 casos de insucesso) revelou que os MAs, tanto nos casos de sucesso como os de insucesso, se manifestaram mais no início da terapia e apresentaram um decréscimo à medida que a terapia avançava. Contudo, o decréscimo de MAs foi mais acentuado nos casos de sucesso. Conseqüentemente, os casos de insucesso terminaram a terapia com uma proporção de MAs significativamente maior.

Também um estudo de Gonçalves et al. (2011), com uma amostra de dez mulheres vítimas de violência íntima, que procurava encontrar um perfil de tendências e evolução de MAs, demonstrou que os casos de insucesso tiveram mais MIs seguidos de MAs tanto na primeira como na última sessão, quando comparados com os casos de sucesso.

Além do estudo da ambivalência em casos de sucesso e insucesso, foram igualmente estudados os processos que permitem a sua resolução (Gonçalves & Ribeiro, 2011).

Os estudos feitos com o Sistema de Codificação de Ambivalência (SCA), com diferentes abordagens terapêuticas e diferentes quadros psicopatológicos, têm usado sempre a categorização dos casos em sucesso/insucesso. Porém, este fenómeno nunca foi estudado com o SCA através do contraste de casos completos e casos de abandono terapêutico.

A operacionalização do conceito de abandono terapêutico tem sido feita através de diferentes métodos: o abandono pode ser baseado num determinado número de sessões (e.g. quando o(a) cliente está presente em menos de 4 sessões pode ser considerado abandono terapêutico), quando o protocolo de tratamento não é completo (e.g. se o protocolo de tratamento tem 16 sessões e o(a) cliente só vai a 15 sessões é considerado abandono), quando a falta nas consultas não é justificada e por diferenças

clínicas significativas (e.g. quando um(a) cliente não mostra melhorias clínicas significativas e uma redução da sintomatologia e abandona a terapia, é considerado abandono) (Swift & Greenberg, 2014). Assim, considera-se abandono terapêutico quando um(a) cliente interrompe uma intervenção prematuramente, antes de se recuperar dos problemas que o levaram a procurar tratamento e/ou antes de terminar todas as sessões definidas no protocolo (Garfield, 1994; Hatchett & Park, 2003; Swift, Callahan, & Levine, 2009, Swift & Greenberg, 2012, cit. por Swift & Greenberg, 2014).

Este tópico tem-se constituído merecedor de atenção por parte dos investigadores, uma vez que os clientes que terminaram a terapia prematuramente reportaram mais insatisfação e piores resultados, quando comparados com clientes que concluíram a terapia (Björk et al., 2009; Cahill et al., 2003; Klein et al., 2003; Knox et al., 2011; Kokotovic & Tracey, 1987; Lampropoulos, 2010; Pekarik, 1983, 1992; Swift et al., 2009 cit. por Swift & Greenberg, 2014). Assim sendo, surgem na literatura alguns fatores que podem estar associados ao abandono da terapia, fatores esses que são considerados de risco e sobre os quais o(a) terapeuta deve estar alerta para evitar que o(a) cliente abandone a terapia prematuramente. Uma fraca aliança terapêutica (Vargas & Nunes, 2003; Swift & Greenberg, 2014), terapia que não acontece de acordo com as expectativas do(a) cliente (Swift & Greenberg, 2014), dificuldades económicas, desmotivação, razões de saúde, troca de terapeuta, falta de tempo, outras prioridades (Vargas & Nunes, 2003) e mudança geográfica (Swift & Greenberg, 2014) têm sido algumas das razões encontradas para o abandono da terapia.

Tendo em conta a lacuna que existe na literatura sobre o estudo deste fenómeno através do contraste entre casos completos e de abandono terapêutico, o presente estudo tem como principal objetivo a exploração da presença e evolução da ambivalência, comparando os casos completos e os casos de abandono terapêutico, considerando casos de abandono terapêutico aqueles em que os(as) clientes, sem justificação alguma, deixaram de comparecer nas consultas, não concluindo o protocolo de tratamento.

Hipóteses

Neste estudo procuramos analisar quatro hipóteses:

1. Os casos de abandono terapêutico apresentam uma maior percentagem de MAs comparando com os casos completos;

2. A probabilidade da ocorrência de MAs decresce ao longo da terapia em ambos os grupos. Contudo, o grupo dos casos completos apresenta um decréscimo mais acentuado quando comparado com o grupo dos casos de abandono terapêutico;
3. Um decréscimo da sintomatologia implica um decréscimo na proporção de MAs ao longo da terapia;
4. O decréscimo da sintomatologia prediz o nível inicial de ambivalência.

Metodologia

Clientes

A amostra foi selecionada dos casos do Serviço de Consultas de Psicologia da Universidade do Minho, a qual continha 123 casos. A amostra do presente estudo é constituída por vinte e três clientes, dos quais quatro são do sexo masculino e dezanove do sexo feminino. Quanto às características sócio-demográficas, as suas idades variam entre os 19 e os 47 anos, sendo que um possui o 3º ciclo do ensino básico, sete o ensino secundário, nove a licenciatura e seis o mestrado. Do total dos participantes, onze são solteiros, dois divorciados, seis casados e/ou em união de facto e quatro solteiros numa relação. A amostra compreende sete casos de abandono terapêutico e dezasseis casos completos.

Seleção da amostra

A seleção da amostra ocorreu tendo em conta os seguintes critérios: 1) ausência de diagnóstico de perturbações do eixo II de acordo com os critérios do manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais revisto - quarta edição (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders - DSM-IV TR*) (APA, 2002) e recorrendo ao instrumento de triagem entrevista para as perturbações de ansiedade (*Anxiety Disorders Interview Schedule - ADIS-IV TR*) (Brown, Barlow & DiNardo, 1994); 2) condições de vídeo e som adequadas para a codificação dos MIs e MAs. Para os casos completos foram ainda acrescentados os seguintes critérios: 1) o(a) cliente teve que completar todos os módulos do protocolo; 2) o(a) terapeuta teve que avaliar positivamente a adesão a este protocolo. Quanto ao critério acrescentado para os casos de abandono terapêutico: 1) o(a) cliente teve que ter deixado de comparecer às sessões terapêuticas sem apresentar qualquer justificação ou resposta posterior. Após a verificação

destes critérios, os casos foram escolhidos aleatoriamente para análise (os casos completos e os casos de abandono terapêutico).

Codificadores

Os codificadores foram três estudantes de mestrado, dos quais um do sexo masculino e dois do sexo feminino, três doutorados (um do sexo feminino e dois do sexo masculino), uma investigadora com grau de mestre e uma estudante de doutoramento, perfazendo um total de oito codificadores.

Terapeutas

Os terapeutas que participaram nestas intervenções foram três, dos quais um do sexo masculino, e dois do sexo feminino. Uma das terapeutas possui um doutoramento e quatro anos de experiência clínica e a outra terapeuta tem o grau de mestre e sete anos de experiência clínica, enquanto que o terapeuta é estudante de doutoramento e possui três anos e meio de experiência clínica.

Foram introduzidos ao manual e acompanhados em supervisão semanal por quatro terapeutas com elevada experiência clínica. Todos eles são membros efetivos da Ordem dos Psicólogos Portugueses.

Tratamento

Os(as) clientes foram acompanhados no Serviço de Consultas de Psicologia da Universidade do Minho, com uma intervenção cognitiva-comportamental, baseada no Protocolo Transdiagnóstico para o tratamento de Perturbações Emocionais (Barlow et al., 2010). Inicialmente as consultas tinham o intervalo de uma semana e, perto do final do tratamento, passaram a realizar-se quinzenalmente.

Este protocolo possui uma abordagem que capacita o(a) terapeuta para o tratamento dos transtornos de ansiedade e de humor através de oito módulos e prevê um mínimo de dezasseis sessões e um máximo de vinte.

O primeiro módulo tem como propósito o aumento da motivação para a adesão ao tratamento, estimulando a mudança e o desenvolvimento de uma crença de autoeficácia no(a) cliente. O segundo módulo foca-se na psicoeducação sobre a natureza e função das emoções, introduzindo o modelo dos componentes da resposta emocional (modelo ARC; pensamentos, sensações físicas e

emoções, comportamentos). Quanto ao terceiro módulo, o seu objetivo passa por ajudar os(as) clientes a identificarem a forma como estão a reagir às suas emoções, consciencializando-os para um aumento da experiência emocional mais focada no presente. Já o módulo quatro propõe um aumento da flexibilidade cognitiva, através da prática de reavaliação cognitiva das experiências.

O quinto módulo tem como objetivo possibilitar ao(à) cliente um processamento emocional, focando-se na identificação da presença dos vários tipos de evitamento (evitamento subtil, evitamento cognitivo e sinais de segurança), de comportamentos guiados pelas emoções. Foca-se também no início de práticas alternativas que visem a sua substituição por respostas mais adaptativas.

O módulo seis diz respeito à consciência e tolerância das sensações físicas, ou seja, permite que o(a) cliente tenha consciência de que as sensações físicas têm um papel central na experiência emocional e promove uma tolerância a estas sensações, através de tarefas de exposição interoceptiva.

Quanto ao módulo sete, tal como o anterior, possibilita que o(a) cliente coloque em prática as competências aprendidas nos módulos anteriores, mas através da exposição interoceptiva às emoções, com o propósito de promover uma regulação emocional.

No oitavo e último módulo é realizada uma avaliação do progresso do(a) cliente. É feita uma revisão dos conceitos e técnicas aprendidas durante todos os módulos e são ainda desenvolvidas estratégias que visam a prevenção da recaída (Barlow et al., 2010; Bentley, 2017).

O facto de existir uma flexibilidade na aplicação deste tratamento permitiu que os módulos fossem administrados pela seguinte ordem: módulo um, dois, quatro, cinco, seis, sete, três e oito.

Instrumentos

Medidas de resultado

Outcome questionnaire -10.2. O Outcome Questionnaire 10.2 (OQ-10.2, Lambert et al., 2005) é uma versão reduzida do Outcome Questionnaire 45 (OQ-45, Lambert et al., 1996), que contém 10 itens. Este permite uma monitorização da evolução dos sintomas em curtos períodos de tempo. Valores adequados de consistência interna são revelados por dados empíricos ($\alpha = .87$; Goates-Jones & Hill, 2008).

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, que visa a identificação e categorização de sete tipos de MIs, atualmente agrupados em três níveis, que podem ser identificados através do diálogo terapêutico.

São necessários dois juízes independentes para a codificação de MIs através deste sistema de codificação. O primeiro juiz codifica a totalidade das sessões selecionadas, enquanto que o segundo juiz codifica 50% dessas sessões. Em estudos anteriores o acordo interjuiz calculado com *Kappa* de Cohen situou-se entre .80 e .97 (Gonçalves et al., 2012; Matos et al., 2009; Mendes et al., 2010).

Sistema de Codificação de Ambivalência. O Sistema de Codificação de Ambivalência (SCA; Gonçalves, Ribeiro, Santos, Gonçalves & Conde, 2009) diz respeito a um sistema de análise qualitativa, que tem como objetivo a análise da evolução da ambivalência face à mudança ao longo do processo terapêutico, através da identificação de MAs. Para a codificação de MAs através deste sistema é necessária uma codificação prévia utilizando o SCMI (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos & Santos, 2011), uma vez que a codificação de MAs é realizada quando, imediatamente após a emergência de um MI, o cliente retorna à narrativa problemática (Ribeiro et al., 2014).

A codificação do SCA deve ser realizada por dois juízes independentes, onde o primeiro juiz codifica 100% das sessões selecionadas e o segundo juiz codifica 50% dessas sessões. Em estudos anteriores o acordo interjuiz, medido com o *Kappa* de Cohen, situou-se entre .88 e .93 (Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011; Ribeiro et al., 2013).

Procedimentos

Os participantes assinaram um consentimento informado que descrevia os termos da investigação, permitindo assim a utilização dos dados referentes ao seu processo terapêutico.

No que concerne à seleção das sessões, selecionou-se uma sessão por módulo para análise. Nos módulos em que existiam várias sessões utilizou-se um processo de seleção aleatória da sessão a codificar, usando o site *random.org*.

Após a finalização dos processos terapêuticos, as sessões foram codificadas através do SCMI (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos & Santos, 2011) e do SCA (Gonçalves, Ribeiro, Santos, Gonçalves & Conde, 2009), por dois juízes independentes, treinados e sem conhecimento do resultado

terapêutico do cliente. Todos os codificadores realizaram um treino de codificação prévio em ambos os sistemas de codificação e no final foram considerados codificadores fiáveis na utilização destes sistemas, pois atingiram um *Kappa* de Cohen igual ou superior a .75 na identificação dos níveis de MIs e na presença dos MAs.

Com o intuito de cumprir todas as normas éticas e de confidencialidade, as sessões referentes a cada 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 os codificadores tiveram acesso apenas aos vídeos das sessões terapêuticas dos casos que codificaram.

A codificação de cada caso foi realizada por 2 codificadores e envolveu a visualização de cada sessão terapêutica em vídeo e a identificação da emergência de MIs e de MAs, através da utilização do software ANVIL (Kipp, 2014). Para cada MI foi registado o nível (1, 2 ou 3) e os MAs foram registados com base na presença ou ausência de ambivalência. O codificador principal codificou todas as sessões selecionadas do caso e o co-codificador codificou 50% dessas sessões.

No final do processo de codificação de cada uma das sessões, o acordo para cada uma das codificações independentes foi calculado e, no caso de desacordos, os codificadores reuniram de forma a resolvê-los por consenso.

A fidelidade interjuiz para os MIs foi calculada através do *Kappa* de Cohen ponderado, pois este tem em consideração a existência de uma hierarquia (e.g. a troca do nível 1 pelo 3 é mais penalizada do que a troca o nível 1 pelo 2; Mandrekar, 2011) e para os MAs através do *Kappa* de Cohen.

Cálculo de MIs e MAs. Com o intuito de analisar quantitativamente a evolução de MIs e de MAs ao longo da terapia, foi necessário calcular a proporção dos MIs e a frequência dos MAs na totalidade do processo terapêutico e para cada uma das sessões codificadas. De forma a analisar a proporção de MIs calculou-se os mesmos para cada uma das sessões codificadas (tempo total da sessão ocupada por MIs x 100/ duração total da sessão). Depois, calculou-se a percentagem ocupada por cada um dos 3 níveis de MIs (soma do tempo da sessão ocupada por cada nível x 100/ duração total da sessão). Por fim, a evolução da ambivalência ao longo do processo terapêutico foi calculada através dos MAs para cada uma das sessões codificadas (frequência de MAs na sessão/ frequência de MIs na sessão) e para todo o processo terapêutico (frequência total de MAs/ frequência total de MIs).

Resultados

A análise descritiva do perfil da evolução da ambivalência nestes vinte e três casos baseou-se na média da frequência de MAs, primeiramente ao longo do processo tendo em conta os módulos do tratamento e depois através da associação dos MAs aos diferentes níveis de MIs.

Emergência de MAs nos módulos do tratamento

A figura 1 apresenta a evolução dos MAs associados aos módulos relativamente aos casos completos e aos casos de abandono terapêutico. Cada barra corresponde à média da frequência de MAs em cada módulo. A média de frequência de MAs mais elevada nos casos completos é encontrada no módulo 5 (34,97%) e a menor é encontrada no módulo 8 (14,66%). Já nos casos de abandono terapêutico, podemos encontrar a maior média de frequência de MAs no módulo 2 (39,02%) e a menor nos módulos 3 e 8 (0%).

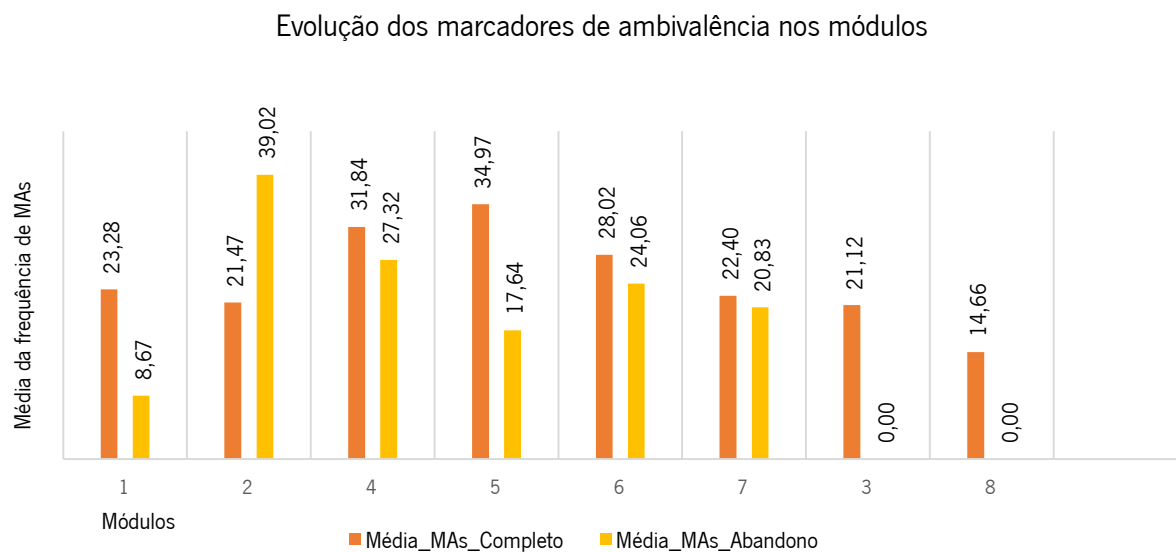


Figura 1 Evolução da média da frequência de MAs associados aos módulos, nos casos completos e nos casos e abandono.

Exploração da emergência de MAs associados aos diferentes níveis de MIs

A figura 2 apresenta a média da frequência de MAs associados a cada um dos níveis de MIs nos casos de sucesso e insucesso. Inicialmente fez-se a média da frequência de MAs de cada caso para cada nível de MIs. A média final obteve-se através da soma desses valores e divisão pelo número de casos.

A diferença entre a média da frequência de MAs associados a MIs de nível 1 dos casos de sucesso e de insucesso é de 12,96%, para MAs associados a MIs de nível 2 é de 10,44% e para MAs associados a MIs de nível 3 é de 4,33%. Porém, a média da frequência de MAs associados ao nível 3 nos casos de insucesso corresponde a 0%, dado que a proporção de MIs de nível 3 nos casos de insucesso é bastante baixa. Tanto nos casos de sucesso como de insucesso observamos uma tendência de decréscimo da média da frequência de MAs entre os diferentes níveis.

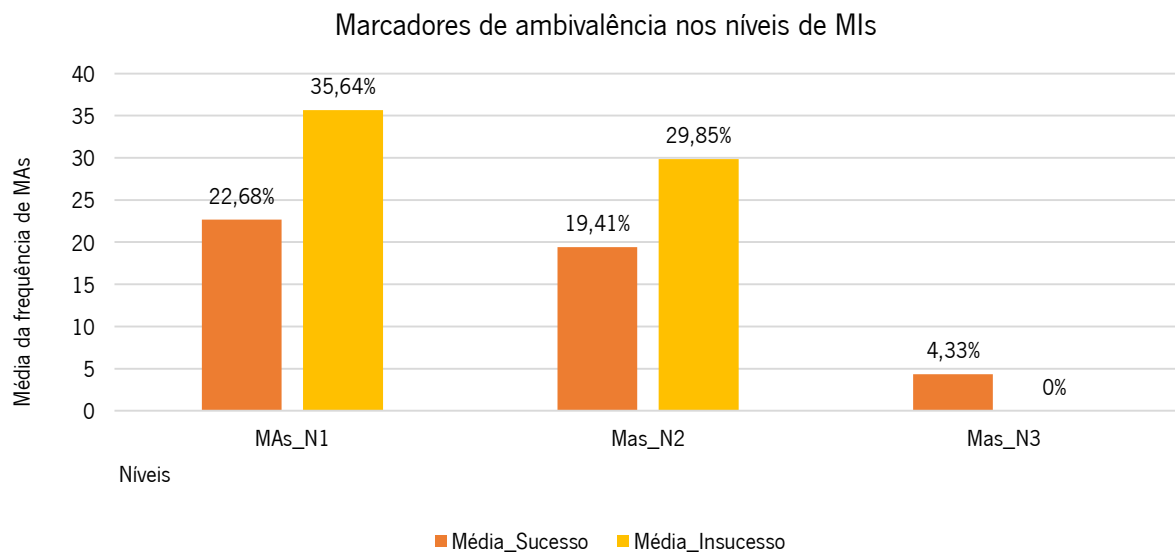


Figura 2 Média da frequência de MAs associados aos níveis de MIs (1, 2 e 3) nos casos de sucesso e nos casos de insucesso.

Probabilidade de ocorrência de MAs ao longo do tempo

Utilizando o modelo linear generalizado misto (MLGM), foi construída uma regressão logística com dados longitudinais, onde foi analisada a probabilidade da ocorrência de MAs ao longo do tempo, fazendo a comparação entre casos completos e casos de abandono, nos níveis 1, 2 e 3, respectivamente.

A progressão dos MAs é de decréscimo significativo ao longo do tempo. Existe uma evolução semelhante nos casos de abandono e nos casos completos na análise com total de MIs ($p < .0001$; $r^2 = .07166$) (Figura 3), MIs de nível 1 ($p < .0001$; $r^2 = 0.0566$) (Figura 4) e MIs de nível 2 ($p = .000553$; $r^2 = 0.0984$) (Figura 5). A análise com os MIs de nível 3 não foi possível, dado que a proporção de MIs deste nível foi muito baixa.

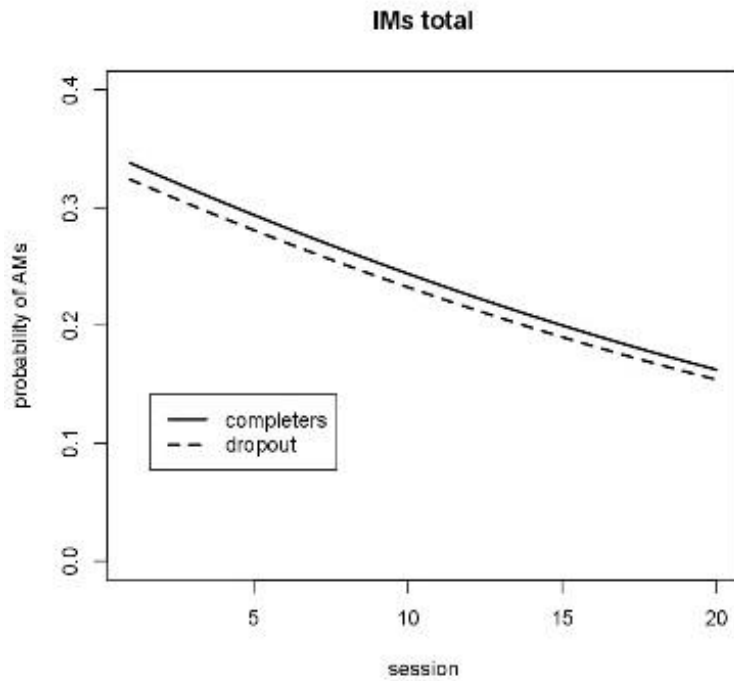


Figura 3 Evolução da probabilidade de ocorrência de MAs para o total dos níveis de MIs ao longo do tempo.

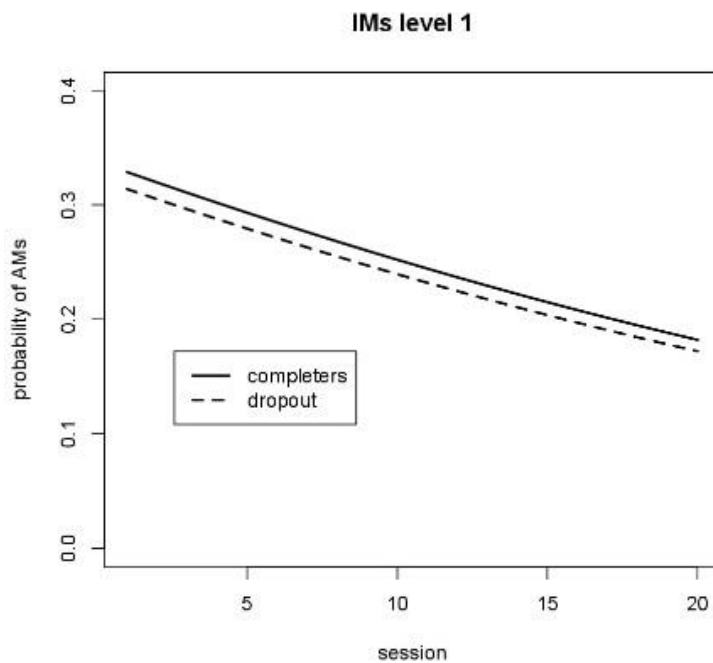


Figura 4 Evolução da probabilidade de ocorrência de MAs nos MIs de nível 1 ao longo do tempo.

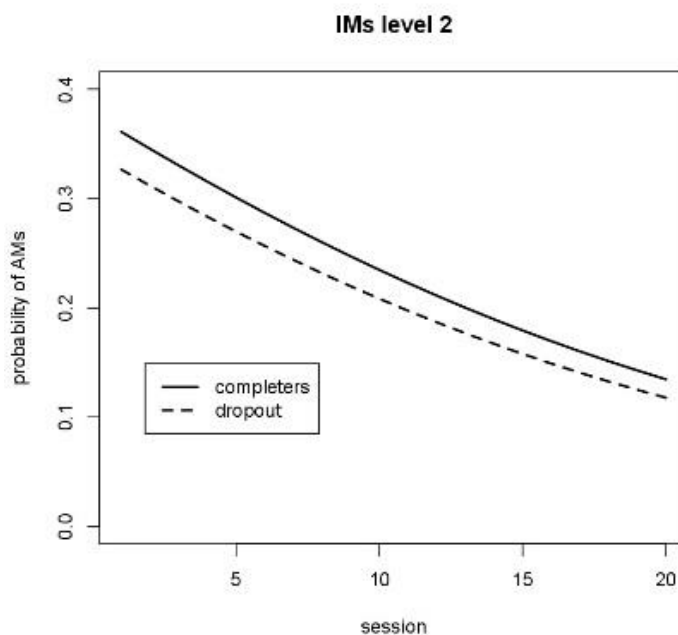


Figura 5 Evolução da probabilidade de ocorrência de MAs nos MIs de nível 2 ao longo do tempo.

Probabilidade da ocorrência de MAs ao longo do tempo, tendo em conta a diferença do OQ-10

Através do MLGM foi também realizada uma análise logística com dados longitudinais da associação dos MAs, à diferença do OQ-10 entre a primeira e a última sessão. Esta análise revelou que quanto maior a descida dos sintomas, menor é a produção de MAs ao longo do tempo associados ao total de MIs ($p = .00802$; $r^2 = 0.073968$) e aos MIs de nível 1 ($p = .0175$; $r^2 = 0.06011$). Nos MIs de nível 2 ($p = .7499$; $r^2 = 0.0992$), esta associação não se mostrou significativa.

Esta análise revelou ainda que a diferença do OQ-10 não prediz o nível inicial de ambivalência. Isto é, independentemente da diferença do OQ-10 entre a última e a primeira sessão ser mais elevada ou mais reduzida, o ponto inicial de ambivalência é o mesmo.

Discussão

O objetivo principal deste estudo prendia-se com a análise do perfil de ambivalência em casos completos e em casos de abandono terapêutico. Assim sendo, colocou-se como hipótese de partida a possibilidade do grupo dos casos de abandono apresentarem maior percentagem de ambivalência comparativamente ao grupo dos casos completos. No entanto, essa hipótese não se confirmou. Este

resultado pode ser um reflexo do reduzido número de casos de abandono terapêutico e, conseqüentemente, de um número mais baixo de sessões quando comparados com os casos completos. Por outro lado, esta ambivalência mais reduzida no grupo dos casos de abandono terapêutico pode sugerir que a ambivalência não está diretamente relacionada com os casos de abandono terapêutico, mas sim com a categorização dos casos em sucesso e insucesso, uma vez que há casos de sucesso e de insucesso tanto no grupo dos casos de abandono terapêutico como no grupo dos casos completos.

Os resultados mostraram também que a tendência de ocorrência de MAs em ambos os grupos é semelhante, com uma disposição de decréscimo ao longo da terapia. Assim sendo, a segunda hipótese foi confirmada parcialmente, dado que apesar de existir uma tendência de decréscimo da ocorrência de MAs em ambos os grupos, essa tendência não se revelou mais acentuada nos casos completos. Ambos os grupos revelam maior probabilidade de ocorrência de ambivalência no início do processo de mudança, que pode ser explicada pela necessidade de auto-proteção face à novidade. Contudo, e apesar do papel do(a) terapeuta não ser um fator abordado neste estudo, também o ajuste de expectativas do(a) terapeuta face ao(a) cliente pode ser um dos fatores que contribuem para o decréscimo da ambivalência ao longo da terapia. Quando o(a) terapeuta diminui o nível de desafio e começa a valorizar os pequenos avanços do(a) cliente, a sua necessidade de reforçar as dificuldades reduz. Desta forma, o(a) cliente não retorna à auto-narrativa problemática com tanta frequência, reduzindo, conseqüentemente, a ambivalência. Neste sentido, existem alguns dados descritivos presentes na figura 1 que podem sugerir a importância do papel do terapeuta na evolução da ambivalência em terapia, uma vez que é possível observar que a média da frequência de MAs no primeiro módulo é mais baixa nos casos de abandono terapêutico quando comparada com a média a frequência de MAs nos casos completos. Estes dados poderão sugerir uma fraca empatia na relação cliente-terapeuta, facto que nos remete para a questão da aliança terapêutica, sendo esta apresentada como um dos fatores mais comuns apresentados para o abandono da terapia (Vargas & Nunes, 2003; Swift & Greenberg, 2014). Posto isto, talvez seja relevante analisar a evolução de MAs tendo em conta os fatores relacionais, uma vez que a qualidade da aliança terapêutica poderá influenciar a continuação no processo de terapia, na medida em que uma fraca aliança terapêutica, sobretudo numa fase inicial da terapia, está associada a uma maior probabilidade de abandono da terapia por parte dos clientes (Sharf, Primavera & Diener, 2010).

O presente estudo teve também como objetivo analisar a associação entre a sintomatologia e a emergência de MAs. Assim, a análise feita neste âmbito, revelou resultados que sugerem que quanto maior a diferença do OQ-10, menor é a probabilidade da ocorrência de MAs ao longo do tempo, corroborando assim com resultados de estudos anteriores (Alves et al., 2016). Posto isto, a hipótese que se colocou face à redução da probabilidade de ocorrência de MAs associada à melhoria da sintomatologia confirmou-se.

Ainda no âmbito da diferença do OQ-10, a quarta e última hipótese pressupunha que a diferença do OQ-10 fosse um preditor do ponto inicial de ambivalência, facto que se revelou contrário ao esperado. Este resultado pode ser explicado pelo facto de que no início da terapia a ambivalência inerente ao processo de mudança seria sentida por todos os clientes, independentemente do seu nível de sintomatologia. Este processo de mudança implica uma rutura com as formas de funcionamento a que o(a) cliente está familiarizado. Contudo, a dificuldade em abandonar a sua narrativa-problemática, por mais sofrimento que esta possa trazer, poderá traduzir-se numa maior probabilidade de emergência de MIs acompanhados de MAs.

Assim, o presente estudo oferece-nos alguns resultados que são congruentes com estudos anteriores, reforçando a ideia de que os MAs estão associados à mudança da sintomatologia em psicoterapia (Ribeiro, Gonçalves, & Ribeiro, 2009; Alves et al., 2016) e que existe realmente uma tendência de decréscimo de MAs ao longo a terapia. Todavia, revelou-nos também novos dados que poderão ser importantes para melhor se compreender a evolução da ambivalência no processo de mudança que ocorre em psicoterapia.

Limitações e futuras direções

O presente estudo comporta algumas limitações que podem comprometer a interpretação e generalização dos resultados. Em primeiro lugar a reduzida amostra e o facto do número de casos completos ser superior ao número de casos de abandono terapêutico. Em seguida, o número reduzido de sessões dos casos de abandono terapêutico, que não nos permite assegurar que o padrão de resultados global se manteria caso o número fosse maior. Por fim, também o facto de este estudo não fazer a distinção entre sucesso e insucesso em ambos os grupos (completo e abandono terapêutico) pode constituir-se como uma limitação. Porém, pode remeter também para uma sugestão de investigação futura, na medida em que poderá ser interessante alargar a pesquisa deste fenómeno que é a ambivalência, numa amostra com clientes que abandonaram a terapia categorizando-os como sucesso ou insucesso, tentando perceber se este padrão de ambivalência se mantém ou não.

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.
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-4-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais revisado*. Artmed Editora.
- Arkowitz, H., Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *Motivational interview in the Treatment of Psychological Problems*. 2nd Edition. New York: Guildford 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.
- 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. M. (2016). Ambivalence resolution in emotion-focused therapy: The successful case of Sarah. *Psychotherapy research*, 19, 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.
- Engle, D. & Arkowitz, H. (2006). Ambivalence in psychotherapy: facilitating readiness to change. *Psychotherapy research*. New York: Guildford Press.
- 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.
- 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). doi: 10.1080/10503307.2012.662605.
- Gonçalves, M. M. & Ribeiro A. P. (2011). Narrative processes of innovation and stability within the dialogical self. In H. j. m. Hermans, & T. Gieser (Eds.), *Handbook of dialogical self theory* (pp. 301-318). Cambridge: Cambridge University Press.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in

- psychotherapy research process: The innovative moment coding system. *Psychotherapy Research*, 21, 497-509. doi: 10.1080/10503307.2011.560207.
- Gonçalves, M., 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. M., Ribeiro, A. P., Stiles, W. B., Conde, T., Matos, M., Martins, C., & Santos, A. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self-narratives: Exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy research*, 21, 27-40. doi: 10.1080/10503307.2010.507789
- Gonçalves, M. M., Silva, J. R. (2014). Momentos de inovação em psicoterapia: Das narrativas aos processos dialógicos. *Análise Psicológica [online]*. 32, 1, (pp.27-43).
- Kipp, M. (2014). Anvil: The video annotation research tool. *Handbook of corpus phonology*, 420-436. doi: 10.1093/oxfordhb/9780199571932.013.024.
- 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.
- Mandrekar, J. N. (2011). Measures of interrater agreement. *Journal of Thoracic Oncology*, 6(1), 6-7. doi: 10.1097/JTO.0B013e318200f983.
- 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.
- Ribeiro, A., Cruz, G., Mendes, I., Stiles, W., & Gonçalves, M. (2012). Ambivalence in client-centered therapy.
- 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.
- 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 and Psychotherapy*, 23, 166-175. doi: 10.1002/cpp.1945 .

- 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.
- 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: doi.org/10.1080/10503307.2013.879620.
- Sharf, J., Primavera, L., & Diener, M. (2010). Dropout and therapeutic alliance: A meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 47(4)*, 637-645. doi: 10.1037/a0021175.
- Swift, J. K. & Greenberg, R. P. (2014). *A treatment by Disorder Meta-Analysis of dropout From Psychotherapy*. *Journal of Psychotherapy integration, 24(3)* 193-207. doi: 10.1037/a0037512.
- Vargas, F. & Nunes, M. L. T. (2003). *Razões expressas para o abandono de tratamento psicoterápico*. *Aletheia, 17-18*, (pp.155-158).
- White, M., Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.