



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Sofia Miguel Alves Marques

**Ambivalência na Perturbação Obsessivo-
Compulsiva: Um Estudo Exploratório da
Interação Cliente-Terapeuta**



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Sofia Miguel Alves Marques

Ambivalência na Perturbação Obsessivo-Compulsiva: Um Estudo Exploratório da Interação Cliente-Terapeuta

Dissertação de Mestrado

Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação da

Professora Doutora Cátia Braga e do Professor Doutor Miguel Gonçalves

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Agradecimentos

Aos meus orientadores, Professora Doutora Cátia Braga, agradecer em primeiro lugar por toda a ajuda, motivação e paciência indispensáveis para a realização desta dissertação. E um obrigada especial a todo o apoio fundamental ao longo deste processo, à disponibilidade e ao treino e conhecimento que conseguiu transmitir. Ao Professor Doutor Miguel Gonçalves, não só pela oportunidade de me integrar no seu grupo de trabalho, mas também pela exigência, sugestões e por ser um excelente modelo a seguir.

A toda a equipa de investigação, que permitiu melhorar o meu trabalho apresentação após apresentação, por todas as ideias e sugestões, espírito crítico e boa disposição a todas as sextas-feiras de manhã. Também por todas as apresentações dos professores e doutorados, que aumentaram ainda mais o meu interesse por esta área e pela investigação.

Um obrigada fundamental aos meus colegas que estiveram diretamente ligados à realização deste projeto, sem o auxílio e esforço deles, este processo não seria possível.

À minha família, que sempre me apoiou neste percurso, que me ouviu nos momentos de maiores dificuldades e que não me deixou desistir. Em especial, aos meus pais que foram incansáveis ao longo de todos estes anos.

E por fim, aos meus amigos, pelos momentos de distração e também por, mesmo pouco ou nada perceberem do que fui fazendo ao longo do ano, estarem sempre dispostos a motivar e ajudar-me.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Braga, 2 de junho de 2021

Sofia Miguel Alves Marques

Ambivalência na Perturbação Obsessivo-Compulsiva: Um Estudo Exploratório da Interação Cliente-Terapeuta

Resumo

A investigação tem sugerido que para clientes altamente resistentes e ambivalentes, modelos de intervenção menos diretivos obtêm melhores resultados. No entanto, estudos de caso têm demonstrado que esta relação entre diretividade e ambivalência pode ser mais complexa e poderá ser melhor compreendida analisando as interações cliente-terapeuta momento a momento. Por outro lado, a investigação tem sido relativamente silenciosa quanto às intervenções do terapeuta que podem não só promover a ambivalência, mas também a resolução da mesma. Este estudo pretende explorar a evolução dos momentos de ambivalência e da sua resolução, num caso de POC, assim como a interação cliente-terapeuta nesses momentos, nas diferentes fases de terapia. As sessões terapêuticas foram codificadas para ambivalência, resolução de ambivalência, intervenções do terapeuta e respostas do cliente. A ambivalência, observada e autorrelatada, diminuiu essencialmente no final, onde ocorreram também mais momentos de resolução, principalmente por negociação. A ambivalência emergiu, principalmente, depois de intervenções de desafio, contrariamente à sua resolução que surgiu essencialmente depois de intervenções de suporte. Os resultados sugerem a possibilidade de os processos de resolução serem transdiagnósticos assim como a importância do equilíbrio entre intervenções de suporte e desafio na gestão dos momentos de ambivalência.

Palavras-chave: ambivalência, colaboração terapêutica, perturbação obsessivo-compulsiva

Ambivalence in Obsessive-Compulsive Disorder: An Exploratory Study of the Client- Therapist Interaction

Abstract

Research has suggested that for highly resistant and ambivalent clients, less directive models achieve better outcomes. However, case studies have shown that this relationship between directivity and ambivalence can be more complex and better understood by analysing client-therapist interactions from moment to moment. On the other hand, research has been relatively silent on therapist interventions that can not only promote ambivalence, but also its resolution. This study aims to explore the evolution of the moments of ambivalence and its resolution in a case with OCD, as well as the client-therapist interaction in these moments, in different phases of therapy. Therapeutic sessions were coded for ambivalence, ambivalence resolution, therapist interventions and client responses. The ambivalence, observed and self-reported, essentially decreased towards the end, where there were also more moments of resolution, mainly by negotiation. Ambivalence mainly emerged after challenging interventions, in contrast to its resolution which emerged essentially after supportive interventions. The results suggest the possibility that the resolution processes are transdiagnostic, as well as the importance of balancing supportive and challenging interventions in managing moments of ambivalence.

Keywords: ambivalence, therapeutic collaboration, obsessive-compulsive disorder

Índice

Ambivalência na Perturbação Obsessivo-Compulsiva: Um Estudo Exploratório da Interação Cliente-Terapeuta.....	9
Método.....	11
Participante	11
Terapia e Terapeuta	12
Medidas/Instrumentos	12
Procedimento	13
Análise de Dados	14
Resultados	14
Discussão.....	23
Referências	29
Anexo A.....	33

Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Divisão das Sessões do Processo Terapêutico por Diferentes Fases e Módulos da Terapia..</i>	14
Tabela 2. <i>Intervenções do Terapeuta Antes dos Momentos de Ambivalência, nas Diferentes Fases de Terapia.....</i>	18
Tabela 3. <i>Intervenções Do Terapeuta Depois dos Momentos de Ambivalência, nas Diferentes Fases de Terapia.....</i>	18
Tabela 4. <i>Resposta do Cliente às Intervenções do Terapeuta Depois dos Momentos de Ambivalência, nas Diferentes Fases de Terapia.....</i>	19
Tabela 5. <i>Intervenções do Terapeuta Antes dos Momentos de Resolução por Dominância, nas Diferentes Fases de Terapia.....</i>	20
Tabela 6. <i>Intervenções do Terapeuta Depois dos Momentos de Resolução por Dominância, nas Diferentes Fases de Terapia</i>	20
Tabela 7. <i>Resposta do Cliente às Intervenções do Terapeuta Depois dos Momentos de Resolução por Dominância, nas Diferentes Fases de Terapia</i>	21

Tabela 8. <i>Intervenções do Terapeuta Antes dos Momentos de Resolução por Negociação, nas Diferentes Fases de Terapia</i>	22
Tabela 9. <i>Intervenções do Terapeuta Depois dos Momentos de Resolução por Negociação, nas Diferentes Fases de Terapia</i>	22
Tabela 10. <i>Resposta do Cliente às Intervenções do Terapeuta Depois dos Momentos de Resolução por Negociação, nas Diferentes Fases de Terapia</i>	23

Índice de Figuras

Figura 1. <i>Representação Gráfica da Frequência Absoluta de MAs e Pontuações do QAP ao Longo das Sessões Terapêuticas</i>	16
Figura 2. <i>Representação Gráfica da Frequência Absoluta de Momentos de Resolução e Pontuação do QAP ao Longo das Sessões Terapêuticas</i>	16
Figura 3. <i>Representação Gráfica da Frequência Absoluta de Momentos de Resolução e de MAs ao Longo das Sessões Terapêuticas</i>	17
Figura 4. <i>Representação Gráfica da Frequência Absoluta de Cada Tipo de Resolução e de MAs ao Longo das Sessões Terapêuticas</i>	17

Ambivalência na Perturbação Obsessivo-Compulsiva: Um Estudo Exploratório da Interação Cliente-Terapeuta

O processo de mudança em psicoterapia é um processo não linear uma vez que, embora os clientes possuam o desejo de mudar, frequentemente também temem e resistem à mudança. Essa ambivalência relativamente à mudança pode criar tensões e dificuldades e, eventualmente, impedir a mudança terapêutica (Braga et al., 2019; Ribeiro et al., 2014, 2015; Westra & Norouzian, 2017). A ambivalência pode ser conceptualizada como um conflito interno entre duas posições do *self* (Engle & Arkowitz, 2008), uma a favor da mudança e outra a favor da manutenção da estabilidade problemática. Implica um conflito intrapsíquico entre “eu quero mudar” e “eu não quero mudar” (Button et al., 2015) e oscilações entre a posição inovadora e a problemática do self (Gonçalves et al., 2011; Braga et al., 2019).

No contexto dos momentos de inovação (MIs), a ambivalência tem sido estudada com recurso aos marcadores de ambivalência (MAs), definidos como um retorno imediato ao padrão problemático após a emergência de um momento de inovação (MI) (Braga et al., 2019; Gonçalves et al., 2011). Um MI ocorre quando o padrão problemático do cliente é desafiado e daí emerge uma nova forma de sentir, pensar e agir que é diferente desse padrão problemático. Considera-se que tanto o terapeuta como o cliente são participantes ativos na emergência desse novo padrão (Gonçalves et al., 2011), assim como para a emergência da ambivalência.

Nos casos de sucesso terapêutico, a ambivalência tende a ser resolvida (ou seja, os MAs diminuem ao longo do processo), enquanto que nos casos de insucesso terapêutico, esta permanece, continuando problemática (ou seja, os MAs mantêm uma frequência elevada ou chegam mesmo a aumentar ao longo da terapia) (Braga et al., 2019; Ribeiro et al., 2014, 2015). A ambivalência em relação à mudança é um processo comum na psicoterapia. A sua resolução, ou a falta dela, tem um papel determinante na evolução da terapia e, conseqüentemente, no seu resultado, visto que a persistência da ambivalência relativa à mudança contribui negativamente para a evolução da psicoterapia (Braga et al., 2019; Ribeiro et al., 2015; Westra & Norouzian, 2017).

Uma manifestação interpessoal típica de ambivalência é a resistência. A resistência implica a recusa em cooperar com o terapeuta, sendo uma forma de oposição direta ou indireta à influência do terapeuta (Beutler et al., 2001). Tanto a ambivalência como a resistência são determinadas em grande parte pela forma como são geridas no contexto da relação terapêutica (Glynn & Moyers, 2010; Miller & Rollnick, 2013; Ribeiro et al., 2013; Urmanche et al., 2019; Wachtel, 1999). Assim, a falta de colaboração na relação terapêutica representa um dos maiores desafios da psicoterapia. De uma forma

geral, a investigação tem sugerido que para pacientes altamente resistentes ou ambivalentes em relação ao processo de mudança, modelos de intervenção menos diretivos - sendo a diretividade definida como o grau em que o terapeuta usa sugestões, interpretações ou tarefas para guiar o movimento do cliente em direção à mudança (Beutler et al., 2018) - obtêm melhores resultados (Beutler, et al., 2018; Button, 2018; Miller et al., 1993; Westra & Norouzian, 2017).

No entanto, a relação entre diretividade/desafio, não diretividade/suporte e a ambivalência e a sua resolução poderá envolver maior complexidade do que o que se tem vindo a considerar. De facto, uma das críticas a estes estudos relaciona-se com o facto de estas recomendações advirem de estudos que têm utilizado medidas indiretas de diretividade (nomeadamente, o tipo de terapia), frequentemente contrastando-as (e.g., CBT vs. *Motivational Interviewing*) atribuindo os diferentes resultados aos níveis de diretividade dos modelos. Como referido por Beutler et al. (2018), “isto pode trazer erros para as análises já que estas medidas indiretas são menos sensíveis do que as medidas diretas” (pp. 1960). Adicionalmente, estudos de caso sobre a interação cliente-terapeuta em momentos de ambivalência de clientes com elevados níveis iniciais de ambivalência têm sugerido que as intervenções dos terapeutas (diretivas/desafio e não diretivas/suporte) podem ser validadas ou não validadas por diferentes clientes em diferentes momentos (Ribeiro et al., 2013, 2016).

Nestes estudos de caso sobre a interação cliente-terapeuta, os investigadores recorreram a um instrumento de análise, o *Sistema de Codificação de Colaboração Terapêutica* (SCCT; Ribeiro et al., 2013), que se baseia no conceito de zona terapêutica de desenvolvimento proximal (TZPD; Leiman & Stiles, 2001), que é conceptualizada como o espaço entre a capacidade atual do cliente de acomodar a novidade e a capacidade potencial que pode ser atingida em colaboração com o terapeuta (Ribeiro et al., 2013). Uma das conclusões destes estudos é que as intervenções dentro da TZPD têm mais probabilidade de sucesso, enquanto as intervenções fora da TZPD têm mais probabilidade de falhar (Ribeiro et al., 2013).

Apesar destes estudos, a investigação tem sido relativamente silenciosa quanto ao estudo das intervenções momento a momento dos terapeutas que promovem a ambivalência e a resolução de ambivalência. Uma linha de investigação focada no processo de resolução de ambivalência identificou dois processos de resolução distintos: a dominância e a negociação (Braga et al., 2016, 2018). O processo de dominância implica que, na tentativa de resolver o conflito interno, o cliente imponha a posição inovadora e iniba ou silencie a posição problemática. Por outro lado, no processo de negociação o cliente é capaz de integrar a posição problemática, ao invés de silenciá-la, encontrando uma espécie de terreno comum entre ambas. Uma mais elevada e crescente frequência de negociação tem sido

constantemente associada a casos recuperados, e o impacto que a negociação tem na redução da ambivalência é cerca de cinco vezes maior do que o impacto da dominância (Braga et al., 2016, 2018). Neste contexto, um estudo recente (Braga et al., 2021a) demonstrou que, num caso de elevada ambivalência de terapia construtivista para o luto complicado, a maioria dos momentos de resolução (e todos os momentos de negociação) foram precedidos por intervenções diretivas/desafio. Um resultado inesperado, tendo em conta as sugestões de outros estudos que sugerem que pacientes ambivalentes e resistentes respondem melhor a intervenções menos diretivas (Beutler et al., 2018; Button, 2018; Miller et al., 1993; Ribeiro et al., 2014, 2015; Westra & Norouzian, 2017). Desta forma, a relação entre a diretividade/desafio e a ambivalência e a sua resolução poderá ser mais complexa do que sugerido por Beutler et al. (2018) e talvez uma forma mais adequada de a estudar possa ser a análise das interações momento a momento entre cliente-terapeuta.

Com o intuito de estudar, no contexto de estudo sistemático de caso, o modo como as intervenções do terapeuta se associam à resolução da ambivalência, escolhemos um caso de perturbação obsessivo-compulsiva (POC). O tratamento recomendado para a POC é a exposição com prevenção de resposta (EPR) (Moritz et al, 2013), que, sendo eficaz, suscita também elevadas taxas de *dropout* e de recusa de tratamento (Calkins et al., 2013). Partimos, pois, do princípio que pacientes com POC possam ter uma maior probabilidade de terem uma elevada ambivalência em relação à mudança. Nesta investigação pretendemos estudar o modo como a ambivalência é gerida e de que forma o terapeuta é capaz de promover momentos de resolução no contexto da interação terapêutica (Braga et al., 2016).

Este estudo exploratório tem o objetivo de caracterizar de um modo sequencial as interações terapeuta-cliente em momentos de ambivalência. Assim, pretendemos analisar as intervenções terapêuticas, antes e depois dos momentos de ambivalência e da sua resolução, nas diferentes fases do tratamento, identificando a proporção de intervenções de desafio e de suporte ao longo das sessões terapêuticas. Na prática, serão analisadas quatro falas: (1) a intervenção do terapeuta antes do momento de ambivalência ou resolução, (2) o momento de ambivalência ou resolução, (3) a intervenção do terapeuta depois do momento de ambivalência ou resolução e (4) a resposta do cliente à intervenção do terapeuta depois do momento de ambivalência ou resolução.

Método

Participante

Pedro (nome fictício e outros detalhes distorcidos para proteger a identidade do cliente) é um paciente do sexo masculino, com 21 anos de idade e com uma licenciatura. Foi diagnosticado com

AMBIVALÊNCIA NA PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA E INTERAÇÃO CLIENTE-TERAPEUTA

Perturbação Obsessivo-Compulsiva com base na *Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and OCD and Related Neuropsychiatric Disorders* (DIAMOND; Tolin et al., 2017). O Pedro foi seguido na Associação de Psicologia da Universidade do Minho (APsi) ao longo de 21 sessões com o *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders* (UP; Barlow et al., 2011).

O padrão problemático do paciente relacionava-se sobretudo com uma baixa tolerância a pensamentos, impulsos ou imagens mentais desagradáveis (nomeadamente intrusões acerca da sua orientação sexual e da possibilidade de ser pedófilo); a presença de compulsões (nomeadamente o elevado questionamento acerca de ser ou não ser homossexual, e de ser ou não ser pedófilo) e o evitamento de situações que pudessem desencadear estes pensamentos intrusivos.

Terapia e Terapeuta

O *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders* (UP; Barlow et al., 2011) é uma terapia cognitivo-comportamental manualizada utilizada para o tratamento de perturbações de ansiedade, depressão e POC. Este protocolo baseia-se nos princípios comuns dos tratamentos psicológicos com suporte empírico na terapia cognitivo-comportamental, ou seja, a reavaliação cognitiva, modificação comportamental, prevenção do evitamento e exposição. O UP aborda as dificuldades na regulação emocional, comuns a todas as perturbações emocionais, sendo constituído por oito módulos: 1) aumento da motivação para o tratamento, 2) psicoeducação e identificação das experiências emocionais, 3) treino de consciência das emoções, 4) avaliação e reavaliação cognitiva, 5) evitamento emocional e comportamentos guiados pelas emoções, 6) consciência e tolerância das sensações físicas, 7) exposição a situações e exposição interoceptiva; e 8) prevenção de recaída.

O paciente foi acompanhado em coterapia por três terapeutas da Associação de Psicologia da Universidade do Minho (APsi). Inicialmente foi acompanhado por duas terapeutas do sexo feminino, ambas mestres em Psicologia com seis anos de experiência. A partir do módulo da exposição, uma das terapeutas saiu em licença de maternidade e foi substituída por um terapeuta sénior do sexo masculino com vários anos de experiência em terapia cognitivo-comportamental até ao final do processo. A adesão ao manual foi controlada através da visualização de excertos de vídeo das sessões nas reuniões gerais da APsi e de supervisão quinzenal.

Medidas/Instrumentos

Medidas de Processo

O *Sistema de Codificação de Ambivalência* (SCA; Gonçalves et al., 2009; Braga et al., 2019) permite a identificação dos MAs, ou seja, do reaparecimento da posição problemática após a emergência de um MI e tem valores de K de *Cohen* entre .91 (Ribeiro et al., 2015) e .94 (Braga et al., 2019).

AMBIVALÊNCIA NA PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA E INTERAÇÃO CLIENTE-TERAPEUTA

O *Sistema de Codificação de Resolução de Ambivalência* (SCRA; Braga et al., 2016) foi criado de modo a permitir o estudo empírico da resolução da ambivalência e identifica dois processos de resolução: a dominância e a negociação, sendo que os valores do K de *Cohen* para a presença vs. ausência de resolução foram entre .89 (Braga et al., 2016) e .94 (Braga et al., 2018) e para os processos de resolução de dominância vs. negociação foram entre .82 (Braga et al., 2016) e .92 (Braga et al., 2018).

O *Sistema de Codificação de Colaboração Terapêutica* (SCCT; Ribeiro et al., 2013) permite avaliar não só as intervenções do terapeuta como também as respostas do cliente. Para as intervenções do terapeuta, foca-se em duas subcategorias principais, o suporte e o desafio, enquanto que, as respostas do cliente podem-se enquadrar em subcategorias distintas, como a validação, invalidação ou ambivalência. Este sistema apresenta valores do K de *Cohen* para as intervenções do terapeuta que se situam entre .84 e .98, e para as respostas do cliente entre .91 e .95 (Ribeiro et al., 2013).

Medidas de Resultado

O *Outome Questionnaire 10.2* (OQ-10.2; Lambert et al., 2005) consiste num questionário de autorrelato, composto por 10 itens, que permite medir as mudanças sintomáticas ao longo do tempo utilizando uma escala de *likert* de cinco pontos.

O *Questionário de Ambivalência em Psicoterapia* (QAP; Oliveira et al., 2017) é um questionário de autorrelato que avalia os níveis de ambivalência experienciados pelos clientes em psicoterapia. Constituído por duas partes, uma que posiciona o cliente face à mudança e outra constituída por nove itens distribuídos por duas subescalas (Desmoralização e Alternância), sendo que apresenta valores de alfa de *Cronbach* de .85 para a subescala de Desmoralização, .82 para a subescala de Alternância e .87 para a escala total (Oliveira et al., 2017).

Procedimento

O caso em estudo pertence à base de dados da Associação de Psicologia da Universidade do Minho (APsi), sendo que as autorizações necessárias para o uso dos dados já foram previamente recolhidas, nomeadamente o consentimento informado, a autorização para a gravação das sessões em registo audiovisual, assim como a aprovação para o tratamento dos dados para investigação.

Todas as sessões do caso foram integralmente codificadas com os três sistemas – SCA, SCRA, e SCCT – por cinco codificadores. A ambivalência foi codificada utilizando o *Sistema de Codificação de Ambivalência* (SCA; Gonçalves et al., 2009). O Codificador A, com grau de doutoramento, codificou todas as sessões, o Codificador B, estudante de doutoramento, codificou 30% das sessões e o codificador C, estudante de doutoramento, codificou 20% das sessões. O valor do K de *Cohen* para a presença versus

ausência de MA foi de .83. Em simultâneo, a resolução de ambivalência foi codificada utilizando o *Sistema de Codificação de Ambivalência* (SCRA; Braga et al., 2016). Os Codificadores D e E, ambos estudantes de mestrado, codificaram todas as sessões do caso, com supervisão e auditoria do Codificador A. Os Codificadores D e E realizaram previamente um treino, tendo codificado 13 sessões de um caso de Terapia Focada nas Emoções. O valor de K de *Cohen* para a identificação de resoluções (dominância e negociação) foi de .85. Após isso, as intervenções do terapeuta, antes e depois dos momentos de ambivalência e de resolução, assim como as respostas do cliente, foram codificadas utilizando o *Sistema de Codificação de Colaboração Terapêutica* (SCCT; Ribeiro et al., 2013). Os Codificadores B e D codificaram 50% das sessões e o Codificador A codificou todas as sessões. Todos os desacordos foram resolvidos por consenso, em processo de auditoria. O K de Cohen para as intervenções do terapeuta foi de .97 e para as respostas do cliente foi de .95.

Análise de Dados

De seguida faremos uma análise descritiva, constituída por quatro análises distintas: análise das frequências absolutas dos momentos de ambivalência, ao longo das sessões e fases da terapia; análise das frequências absolutas dos momentos de resolução, ao longo das sessões e fases da terapia; análise das percentagens das intervenções de suporte e desafio do terapeuta (antes e depois dos momentos de ambivalência e da sua resolução), ao longo das sessões da terapia; e, por fim, análise das percentagens de validação, invalidação e ambivalência do paciente às intervenções do terapeuta ao longo das sessões da terapia.

Resultados

A Tabela 1 mostra como foi realizada a divisão das sessões do processo terapêutico (um total de 21 sessões), para a descrição dos resultados, pelas diferentes fases (início, meio e fim) e módulos da terapia (do módulo 0 ao módulo 8). De notar, no entanto, que a sessão 11 do processo terapêutico não foi contabilizada uma vez que não houve registo de áudio da mesma, não tendo sido possível deste modo codificar a sessão.

Tabela 1

Divisão das Sessões do Processo Terapêutico por Diferentes Fases e Módulos da Terapia.

Fase da Terapia	Sessão	Módulo	Descrição do Módulo
Início	s1	Módulo 0	Introdução
	s2	Módulo 1	Aumento da motivação para o tratamento
	s3, s4	Módulo 2	Psicoeducação e identificação das experiências emocionais

Meio	s5, s6	Módulo 4	Avaliação e reavaliação cognitiva
	s7, s8	Módulo 5	Evitamento emocional e comportamentos guiados pelas emoções
	s9	Módulo 6	Consciência e tolerância das sensações físicas
Fim	s10, s12, s13, s14, s15, s16, s17, s18	Módulo 7	Exposição a situações e exposição interoceptiva
	s19, s20	Módulo 3	Treino de consciência das emoções
	s21	Módulo 8	Prevenção de recaída

Os resultados serão enquadrados tendo em conta os objetivos do presente estudo: evolução dos Momentos de Ambivalência e dos Momentos de Resolução ao longo do processo terapêutico, interação cliente-terapeuta nos Momentos de Ambivalência e interação cliente-terapeuta nos Momentos de Resolução. No que diz respeito à interação cliente-terapeuta, iremos descrever duas intervenções do terapeuta (intervenção antes e depois dos Momentos de Ambivalência e de Resolução) e a resposta do cliente à intervenção do terapeuta depois desses momentos. Deste modo, Momentos de Ambivalência ou de Resolução sem intervenção do terapeuta antes ou depois desses momentos, não foram considerados para análise.

Utilizando o SCA (Gonçalves et al., 2009)., foram codificados 130 MAs: 41 na fase inicial, 56 na fase intermédia e 33 na fase final da terapia. Relativamente às resoluções de ambivalência, utilizando o SCRA (Braga et al., 2016)., foram codificadas 42 resoluções (26 por dominância e 14 por negociação): na fase inicial foram encontradas 6 dominâncias e 4 negociações, na fase do meio foram contabilizadas 6 dominâncias e apenas 1 negociação e, por último, na fase final, 14 dominâncias e 9 negociações.

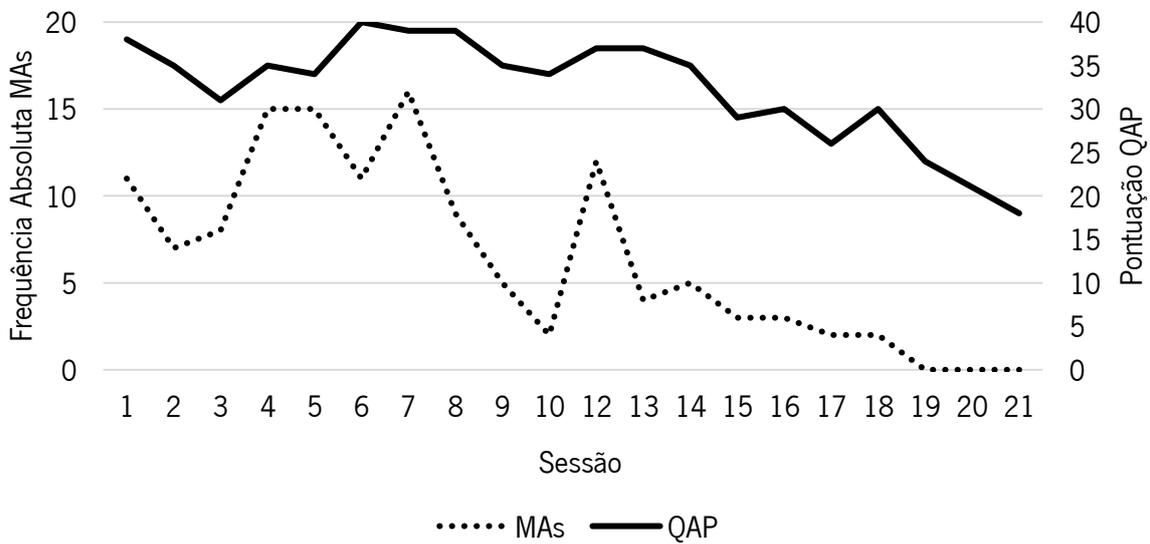
Evolução dos Momentos de Ambivalência e dos Momentos de Resolução

Quando observamos as frequências absolutas dos Marcadores de Ambivalência (MAs) face às pontuações do QAP (Oliveira et al., 2017), ao longo das sessões terapêuticas (Figura 1), observa-se que houve uma descida em ambas, sendo que as pontuações de QAP deixam de ser clinicamente significativas a partir da sessão 18, que é coincidente com a última sessão com MAs.

Até à sessão 18, este paciente exibe valores de QAP clinicamente significativos, ou seja, a ambivalência autorelatada só foi resolvida a partir dessa sessão. Tomando em consideração a ambivalência medida com o SCA, a partir da sessão 19 deixaram de ocorrer MAs, sugerindo a resolução da ambivalência. Assim, as duas medidas de ambivalência, apesar de diferentes na sua evolução, são consistentes no momento de resolução da ambivalência: sessão 18.

Figura 1

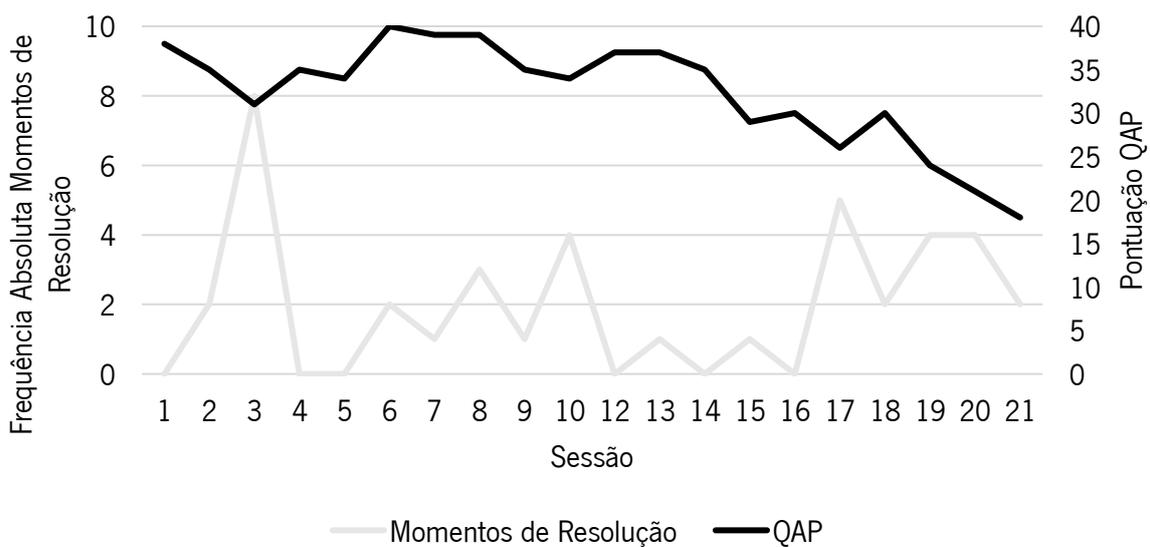
Representação Gráfica da Frequência Absoluta de MAs e Pontuação do QAP ao Longo das Sessões Terapêuticas.



Quando observamos as frequências absolutas dos Momentos de Resolução face às pontuações do QAP, ao longo das sessões terapêuticas (Figura 2), verificamos que, nas últimas sessões da terapia, houve um aumento de Momentos de Resolução, sendo que é nessas mesmas sessões que as pontuações do QAP diminuem para valores que deixam de ser clinicamente significativos.

Figura 2

Representação Gráfica da Frequência Absoluta de Momentos de Resolução e Pontuação do QAP ao Longo das Sessões Terapêuticas.



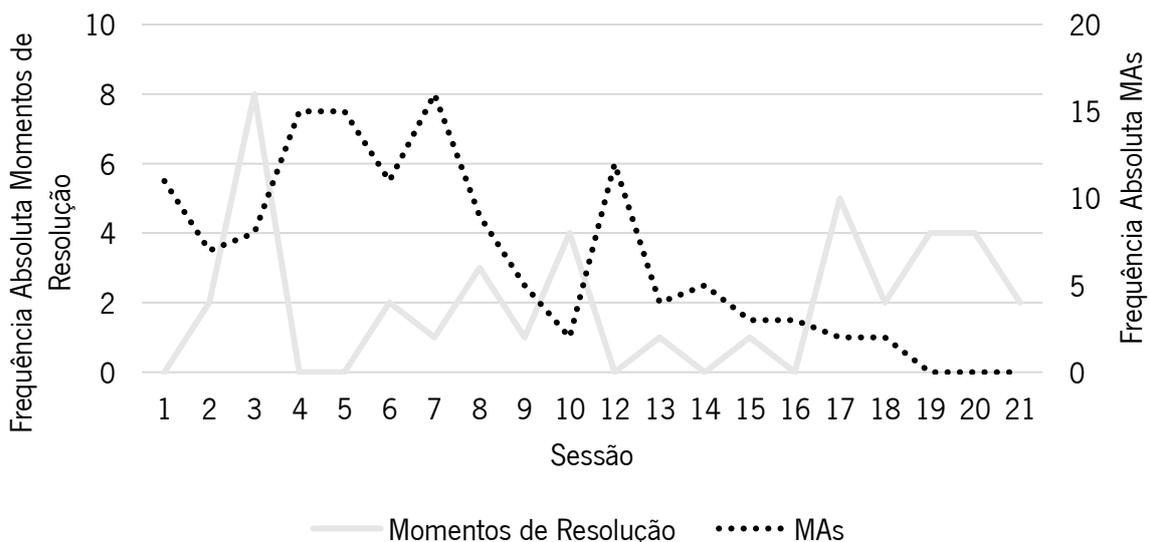
Quando observamos as frequências absolutas dos MAs juntamente com a dos Momentos de Resolução, ao longo das sessões terapêuticas (Figura 3), parece existir uma tendência oposta, ou seja,

AMBIVALÊNCIA NA PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA E INTERAÇÃO CLIENTE-TERAPEUTA

quando há mais Momentos de Resolução, há menos MAs e quando há menos Momentos de Resolução, há mais MAs. Nas últimas sessões (a partir da sessão 17) a frequência dos MAs decresceu e a de Momentos de Resolução teve uma subida mais elevada e estável.

Figura 3

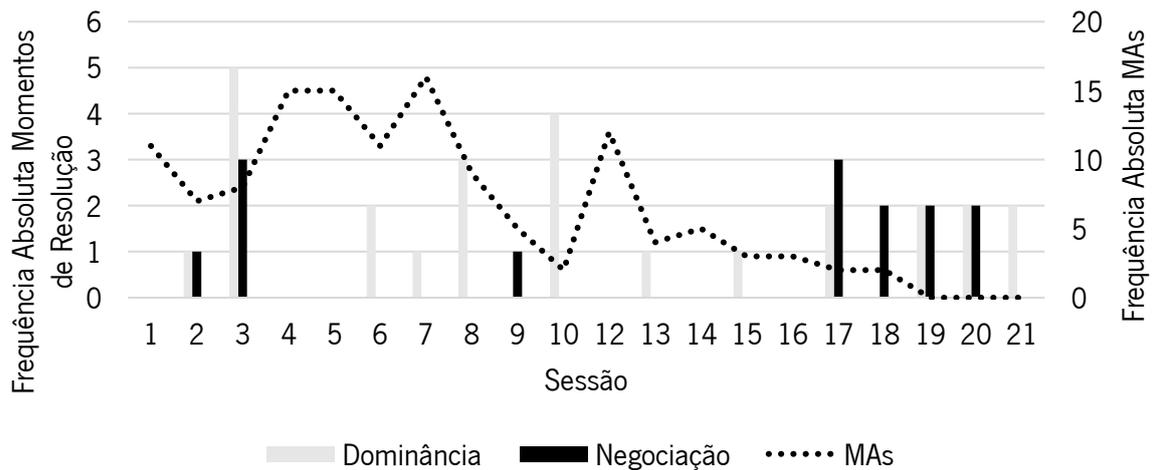
Representação Gráfica da Frequência Absoluta de Momentos de Resolução e de MAs ao Longo das Sessões Terapêuticas.



Na discriminação das frequências dos Momentos de Resolução pelos tipos de resolução (Figura 4), observa-se que resoluções de ambivalência por dominância estiveram presentes em todo o processo terapêutico enquanto que resoluções de ambivalência por negociação surgiram essencialmente nas últimas sessões (a partir da sessão 17).

Figura 4

Representação Gráfica da Frequência Absoluta de Cada Tipo de Resolução e de MAs ao Longo das Sessões Terapêuticas.



Interação cliente-terapeuta nos Momentos de Ambivalência

Que interações precederam e seguiram os Momentos de Ambivalência, nas diferentes fases da terapia?

Ao longo de todo tratamento as intervenções que mais precederam os Momentos de Ambivalência (Tabela 2) foram as intervenções de desafio, com 58,33% no começo da terapia, 75,41% no meio e 67,65% no fim da terapia. Seguido de intervenções de suporte (focado no problema e focado na inovação), sendo que o suporte focado na inovação foi o tipo de intervenção menos utilizado por parte dos terapeutas antes dos MAs, com apenas 13,89%, 11,48% e 5,88%, para o início, meio e fim da terapia, respectivamente.

Tabela 2

Intervenções do Terapeuta Antes dos Momentos de Ambivalência, nas Diferentes Fases de Terapia.

Intervenção do Terapeuta	Fase da Terapia		
	Início	Meio	Fim
Desafio	58,33%	75,41%	67,65%
Suporte Problema	27,78%	13,11%	26,47%
Suporte Inovação	13,89%	11,48%	5,88%

As intervenções que mais seguiram os MAs (Tabela 3) foram as intervenções de desafio, com 50,00%, 65,67% e 55,88% para o início, meio e fim, respectivamente. Seguido de intervenções de suporte, sendo o suporte focado na inovação a intervenção menos utilizada, com 16,67% no início e 14,76% no fim, mais uma vez.

Tabela 3

Intervenções do Terapeuta Depois dos Momentos de Ambivalência, nas Diferentes Fases de Terapia.

Intervenção do Terapeuta	Fase da Terapia		
	Início	Meio	Fim
Desafio	50,00%	65,57%	55,88%
Suporte Problema	33,33%	19,67%	44,12%
Suporte Inovação	16,67%	14,76%	

Como é que o cliente respondeu às intervenções do terapeuta depois dos Momentos de Ambivalência, nas diferentes fases da terapia?

Relativamente à resposta do cliente à intervenção do terapeuta depois dos MAs (Tabela 4), quando o terapeuta suportou o cliente, focando-se no problema, na maioria das vezes, este validou a intervenção. Quando o terapeuta suportou o cliente, mas focando-se na inovação, o que acontece apenas no início e no meio da terapia, o cliente também frequentemente validou a intervenção. Embora, em 22,22% das vezes, na fase média, o cliente tenha respondido com mais ambivalência.

Por fim, quando o terapeuta desafiou o cliente depois dos MAs: na fase inicial, o cliente respondeu essencialmente com mais ambivalência (50,00%); na fase média, principalmente invalidou (37,50%) ou gerou mais ambivalência (32,50%); e, na fase final, o cliente validou mais frequentemente (47,37%), embora a maioria das vezes tenha respondido à intervenção do terapeuta ou com invalidação (31,58%) ou com mais ambivalência (21,05%).

Tabela 4

Resposta do Cliente às Intervenções do Terapeuta Depois dos Momentos de Ambivalência, nas Diferentes Fases de Terapia.

Fase da Terapia	Intervenção do Terapeuta depois do Momento de Ambivalência	Resposta do Cliente		
		Validação	Invalidação	Ambivalência
Início	Desafio	33,33%	16,67%	50,00%
	Suporte Problema	100,00%		
	Suporte Inovação	100,00%		
Meio	Desafio	30,00%	37,50%	32,50%
	Suporte Problema	100,00%		
	Suporte Inovação	66,67%	11,11%	22,22%
Fim	Desafio	47,37%	31,58%	21,05%
	Suporte Problema	93,33%	6,67%	
	Suporte Inovação			

Posto isto, os MAs foram precedidos essencialmente por desafio, em todas as fases. A ambivalência foi gerida, no início e meio, essencialmente com desafio novamente. No fim da terapia, também é gerida pelo terapeuta na maioria das vezes com desafio, mas existe uma maior proporção de suporte focado no problema, havendo também mais validação, por parte do paciente.

Interação cliente-terapeuta nos Momentos de Resolução

Que interações precederam e seguiram os Momentos de Resolução por dominância, nas diferentes fases da terapia?

O tipo de intervenção que mais precederam Momentos de Resolução por dominância (Tabela 5), no início e no fim, foram essencialmente intervenções do tipo de suporte. No início, maioritariamente suporte focado na inovação (50,00%), e no fim suporte focado na inovação (28,57%) e focado no problema (28,57%) de igual forma. No entanto, no fim da terapia, o desafio (42,86%) tem um peso por si só maior do que qualquer um dos tipos de suporte nessa mesma fase. No meio, o mesmo não acontece, visto que a intervenção predominante é o desafio, com 83,33%.

Tabela 5

Intervenções do Terapeuta Antes dos Momentos de Resolução por Dominância, nas Diferentes Fases de Terapia.

Intervenção do Terapeuta	Fase da Terapia		
	Início	Meio	Fim
Desafio	16,67%	83,33%	42,86%
Suporte Problema	33,33%	16,67%	28,57%
Suporte Inovação	50,00%		28,57%

O suporte focado na inovação foi o tipo de intervenção que mais seguiu os Momentos de Resolução por dominância (Tabela 6) com 50,00%, 66,66% e 64,29%, para o início, meio e fim, respetivamente.

Tabela 6

Intervenções do Terapeuta Depois dos Momentos de Resolução por Dominância, nas Diferentes Fases de Terapia.

Intervenção do Terapeuta	Fase da Terapia		
	Início	Meio	Fim
Desafio	33,33%	16,67%	28,57%
Suporte Problema	16,67%	16,67%	7,14%

Suporte Inovação	50,00%	66,66%	64,29%
------------------	--------	--------	--------

Como é que o cliente respondeu às intervenções do terapeuta depois dos Momentos de Resolução por dominância, nas diferentes fases da terapia?

Relativamente à resposta do cliente à intervenção do terapeuta depois dos Momentos de Resolução por dominância (Tabela 7), quando o terapeuta suportou o cliente, focando-se no problema, em todas as fases, o cliente validou sempre a intervenção.

Quando o terapeuta suportou o cliente, mas focando-se na inovação, o cliente também validou sempre a intervenção no início e no fim, embora em 25,00% das vezes, na fase média, o cliente tenha respondido com invalidação à intervenção.

Por fim, quando o terapeuta desafiou o cliente, este validou sempre nas fases inicial e média, no entanto, na fase final, o cliente respondeu ora validando (50,00%), ora invalidando (50,00%) a intervenção do terapeuta.

Tabela 7

Resposta do Cliente às Intervenções do Terapeuta Depois dos Momentos de Resolução por Dominância, nas Diferentes Fases de Terapia.

Fase da Terapia	Intervenção do Terapeuta depois do Momento de Resolução	Resposta do Cliente		
		Validação	Invalidação	Ambivalência
Início	Desafio	100,00%		
	Suporte Problema	100,00%		
	Suporte Inovação	100,00%		
Meio	Desafio	100,00%		
	Suporte Problema	100,00%		
	Suporte Inovação	75,00%	25,00%	
Fim	Desafio	50,00%	50,00%	
	Suporte Problema	100,00%		
	Suporte Inovação	100,00%		

Que interações precederam e seguiram os Momentos de Resolução por negociação, nas diferentes fases da terapia?

O tipo de intervenção por parte do terapeuta que mais precedeu os Momentos de Resolução por negociação (Tabela 8), no início e no meio foi o suporte, sendo que todas as negociações no início foram precedidas por suporte focado na inovação e no meio por suporte focado no problema. No fim, as

AMBIVALÊNCIA NA PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA E INTERAÇÃO CLIENTE-TERAPEUTA

resoluções por negociação não foram precedidas por um único tipo de intervenção como nas fases anteriores, existindo não só intervenções de suporte, na maioria focado na inovação (55,6%), como também de desafio (33,33%).

Tabela 8

Intervenções do Terapeuta Antes dos Momentos de Resolução por Negociação, nas Diferentes Fases de Terapia.

Intervenção do Terapeuta	Fase da Terapia		
	Início	Meio	Fim
Desafio			33,33%
Suporte Problema		100,00%	11,11%
Suporte Inovação	100,00%		55,56%

Tanto no início como no meio da terapia, o tipo de intervenção por parte do terapeuta que seguiu sempre os Momentos de Resolução por negociação (Tabela 9) foi o suporte focado na inovação. No fim, a intervenção que mais seguiu um Momento de Resolução por negociação foi o suporte focado na inovação (55,56%), seguido do desafio (33,33%).

Tabela 9

Intervenções do Terapeuta Depois dos Momentos de Resolução por Negociação, nas Diferentes Fases de Terapia.

Intervenção do Terapeuta	Fase da Terapia		
	Início	Meio	Fim
Desafio			33,33%
Suporte Problema			11,11%
Suporte Inovação	100,00%	100,00%	55,56%

Como é que o cliente respondeu às intervenções do terapeuta depois dos Momentos de Resolução por negociação, nas diferentes fases da terapia?

Relativamente à resposta do cliente à intervenção do terapeuta depois dos Momentos de Resolução por negociação (Tabela 10), em todas as fases da terapia, quando a intervenção era de suporte, quer focado na inovação, quer focado no problema (o que acontece apenas no fim), o cliente validou sempre. Quando era seguido de desafio, o que acontece apenas no fim também, a maior parte das vezes o cliente validou (66,67%), no entanto, em 33,33% das vezes o cliente respondeu com invalidação à intervenção do terapeuta.

Tabela 10

Resposta do Cliente às Intervenções do Terapeuta Depois dos Momentos de Resolução por Negociação, nas Diferentes Fases de Terapia.

Fase da Terapia	Intervenção do Terapeuta depois do Momento de Resolução	Resposta do Cliente		
		Validação	Invalidação	Ambivalência
Início	Desafio			
	Suporte Problema			
	Suporte Inovação	100,00%		
Meio	Desafio			
	Suporte Problema			
	Suporte Inovação	100,00%		
Fim	Desafio	66,67%	33,33%	
	Suporte Problema	100,00%		
	Suporte Inovação	100,00%		

De forma geral, os Momentos de Resolução foram precedidos principalmente por intervenções de suporte, essencialmente suporte focado na inovação. Esta resolução de ambivalência foi gerida em todas as fases com muito suporte, essencialmente suporte focado na inovação, novamente. O desafio precede mais as resoluções por dominância do que as por negociação, sendo que as resoluções por negociação são precedidas quase exclusivamente por suporte focado na inovação.

Discussão

Este estudo pretendeu explorar o modo como a ambivalência é resolvida num caso de sucesso diagnosticado com POC, assim como perceber que tipo de intervenções, por parte do terapeuta, antecederam e seguiram a emergência de ambivalência e da sua resolução.

Ambivalência e Resolução de Ambivalência

Relativamente ao progresso da ambivalência ao longo do processo terapêutico, neste caso, houve uma descida dos valores de QAP (Oliveira et al., 2017), sendo que esta medida de autorrelato de ambivalência atinge os seus valores mais baixos e clinicamente não significativos nas últimas sessões. Quanto à frequência dos MAs (Braga et al., 2019; Gonçalves et al., 2011), uma medida observacional de ambivalência, os resultados exibiram uma tendência decrescente na fase final da terapia, tendo-se registado frequências nulas nas últimas sessões. Estes resultados vão de encontro ao que estudos com outras perturbações, nomeadamente com a depressão, sugeriram que, em casos de sucesso, a

frequência de ambivalência decresce à medida que o tratamento avança (Braga et al., 2019; Ribeiro et al., 2014, 2015). Por outro lado, enquanto no estudo de caso de um paciente com depressão no UP (Braga et al., 2021b), os valores do QAP (Oliveira et al., 2017), diminuíram para níveis clinicamente não significativos depois do módulo 1 – aumento da motivação para o tratamento, e assim se mantiveram até ao final do tratamento, no presente caso, esta diminuição só aconteceu nas sessões finais do tratamento, depois da exposição com prevenção de resposta ser realizada no módulo 7 – exposição. Podemos assim especular quanto à eficácia que o módulo que pretende lidar diretamente com a ambivalência teve para este cliente em particular. Em estudos futuros seria importante compreender o que contribui para que este módulo seja mais ou menos eficaz para determinados clientes relativamente à redução dos níveis de ambivalência – tanto autorrelatados como observados.

No que diz respeito à resolução da ambivalência, neste caso, foram encontradas resoluções de ambivalência através de dominância, ao longo de todo o processo terapêutico, e resoluções através de negociação, de forma mais frequente e consistente, nas últimas sessões. Estes resultados estão de acordo com o que estudos com amostras de depressão sugeriram, que a dominância é o processo de resolução mais frequente ao longo do tratamento tanto para casos de sucesso como para casos de insucesso (Braga et al., 2016, 2018; Ribeiro et al., 2012) e que nos casos de sucesso, a negociação é encontrada com maior frequência à medida que o tratamento avança (Braga et al., 2016, 2018). Estes resultados corroboram a sugestão de Braga et al. (2016) que uma resolução de ambivalência bem-sucedida apela a uma negociação crescente entre as posições opostas do self que estão envolvidas no conflito (Braga et al., 2016). Isto também está de acordo com a proposta do modelo de assimilação (Stiles, 2002; Stiles et al., 1990) de uma assimilação crescente de experiências problemáticas em processos psicoterapêuticos de sucesso.

Para além destes processos de resolução terem sido identificados em diferentes modelos terapêuticos, tais como a terapia cognitivo-comportamental, a terapia focada nas emoções e a terapia narrativa (Braga et al., 2016, 2018, 2021b), em estudos com clientes com depressão e luto complicado, por estarem presentes neste paciente, diagnosticado com POC, surge assim a hipótese destes processos serem transdiagnósticos, ou seja, serem transversais a diferentes diagnósticos de perturbações mentais. Estes resultados levantam também a possibilidade de uma aplicação generalizada do SCRA (Braga et al., 2016), que se constitui cada vez mais como uma medida observacional fiável do processo de resolução.

Interação Cliente-Terapeuta

Relativamente à interação cliente-terapeuta e, mais especificamente, à intervenção dos

terapeutas antes dos momentos de ambivalência, os resultados mostram que uma elevada percentagem dos MAs foi precedida por intervenções de desafio em todas as fases da terapia, ou seja, no início, meio e fim. Estudos anteriores sugerem que desafiar o cliente é a intervenção que tem mais probabilidade de gerar algum tipo de ambivalência ou resistência por parte do cliente (Beutler et al., 2018; Ribeiro et al., 2014), o que pode ser compreendido considerando o conceito de zona terapêutica de desenvolvimento proximal (TZPD; Leiman & Stiles, 2001; Ribeiro et al., 2013). Tendo em conta que as intervenções de desafio são aquelas que trabalham mais perto do nível potencial da TZPD, incentivando o paciente a mover-se além do seu padrão desadaptativo (Ribeiro et al., 2014), é compreensível que estas sejam as intervenções que mais geram instabilidade e insegurança por parte do paciente, e que este procure atenuá-las através de um retorno ao padrão problemático, isto é, de um MA (Braga et al., 2019).

Após os momentos de ambivalência, os resultados mostram que, ao longo do processo, mas principalmente na fase intermédia, a intervenção dos terapeutas mais vezes identificada foi a de desafio, sendo que a estas o paciente frequentemente respondeu com invalidação. O facto de o paciente ter respondido com ambivalência a uma intervenção de desafio, leva-nos a supor que os terapeutas estariam a trabalhar fora da sua TZPD (Ribeiro et al., 2014), sendo que, nesses momentos, a investigação sugere que os terapeutas consigam adotar estratégias mais responsivas ao paciente, de forma a melhorar os resultados (Button et al., 2015). No entanto, o que os resultados indicam é que não houve uma mudança de estratégia, uma vez que os terapeutas insistiram no desafio, tendo assim mais probabilidade de falhar e fomentar mais resistência (Ribeiro et al., 2013), gerando invalidação por parte do paciente. Esta resposta de invalidação vai de encontro a conclusões de outros estudos, que indicam que quando os terapeutas adotam uma intervenção mais diretiva face à resistência do paciente, esta resistência pode ser amplificada (Beutler et al., 2011).

Relativamente à intervenção dos terapeutas nos momentos de resolução, contrariamente ao que os resultados apontaram para os momentos de ambivalência, a maioria dos momentos de resolução foi precedida por intervenções de suporte. Isto é particularmente saliente nas resoluções através de negociação, uma vez que todas as negociações identificadas na fase inicial e intermédia foram precedidas por intervenções de suporte. Na fase final, a maioria das resoluções por negociação foram também precedidas por intervenções de suporte, no entanto, um terço destas foi precedida por intervenções de desafio. Tendo em conta o conceito da zona terapêutica de desenvolvimento proximal (TZPD; Leiman & Stiles, 2001; Ribeiro et al., 2013), as intervenções de suporte trabalham mais perto do nível atual da TZPD do paciente (Ribeiro et al., 2012), representando assim um menor desafio e menor diretividade dos terapeutas quanto à direção do processo de mudança do paciente. É interessante que

tenha sido em momentos de menor diretividade dos terapeutas que o paciente tenha conseguido mais frequentemente resolver o conflito interno envolvido na ambivalência.

Podemos especular que, para este caso específico, o facto de os terapeutas terem sido pouco responsivos a gerir a ambivalência, em grande parte do processo, como os resultados indicaram, ao frequentemente persistirem no desafio mesmo depois da emergência de ambivalência, isso pode ter contribuído para que este paciente fosse pouco responsivo às intervenções de desafio. Ou seja, este pode ter desenvolvido uma dificuldade de aceitar as intervenções de desafio e, portanto, as intervenções que foram mais capazes de promover as resoluções foram as intervenções de suporte. No estudo de caso de terapia construtivista do luto de Braga et al. (2021a) o terapeuta foi mais responsivo na gestão da ambivalência, ou seja, depois da emergência de ambivalência, o terapeuta mais frequentemente suportou o cliente, o que pode ter contribuído para que este se sentisse mais seguro para avançar no processo de resolução da ambivalência face a subsequentes intervenções de desafio. Isto pode suportar a ideia de que a forma como o terapeuta lida, momento a momento, com a ambivalência pode ser determinante para a sua manutenção ou resolução. De encontro a esta hipótese, na fase final do processo terapêutico do caso analisado no presente estudo, seguido com um modelo de intervenção altamente estruturado e diretivo, embora o terapeuta continuasse a desafiar frequentemente o paciente depois dos momentos de ambivalência, o paciente mais frequentemente validou estas intervenções. Isto poderá estar relacionado com o facto de as frequências das intervenções de suporte depois dos momentos de ambivalência terem sido mais elevadas do que na fase intermédia. Isto é, nesta fase final, a hipótese que se levanta é que o terapeuta conseguiu balancear as intervenções de desafio com suporte, avaliando mais corretamente a TZPD do cliente, suportando mais depois dos momentos de ambivalência. Ao trabalhar mais frequentemente dentro da TZPD no final do processo, o paciente pode ter-se sentido mais seguro e capaz de explorar diferentes perspetivas (Ribeiro et al.,2014), tornando-se assim menos resistente ao desafio quando este é proposto. Este equilíbrio entre intervenções parece ter sido fundamental para este paciente, uma vez que este se sentiu mais seguro para avançar no processo de resolução na face de intervenções de desafio, na fase final da terapia. Deste modo, podemos especular que para além da diretividade geral do modelo terapêutico, como sugerido por outros estudos (Westra & Norouzian, 2017), a resposta do cliente ao desafio pode depender da gestão que o terapeuta faz, momento a momento, da ambivalência expressada pelo cliente.

Além disso, existiram mais resoluções e, principalmente, resoluções por negociação, de forma mais consistente no final do processo, ou seja, a partir do módulo de exposição, onde foi realizada exposição com prevenção de resposta. A investigação mostra-nos que a exposição com prevenção de

resposta (EPR) é o tratamento de eleição para a POC (Moritz et al, 2013), assim, é provável que o facto de o paciente não conseguir resolver de forma efetiva a ambivalência em relação à mudança até este módulo se relacione com o facto de as estratégias terapêuticas usadas nos módulos anteriores – aumento da motivação para a mudança (módulo 1), psicoeducação e identificação das experiências emocionais (módulo 2), avaliação e reavaliação cognitiva (módulo 4), evitamento emocional e comportamentos guiados pelas emoções (módulo 5) e consciência e tolerância das sensações físicas (módulo 6) – não terem sido capazes de ajudar efetivamente a lidar diferentemente com os pensamentos intrusivos. Podemos especular que isto pode ter tido um impacto negativo na própria ambivalência do cliente, assim como na relação terapêutica, traduzindo-se em maior desafio e interações menos positivas. Uma vez que a exposição com prevenção de resposta tem um potencial maior de sucesso para perturbações tal como a POC (Moritz et al., 2013), não sabemos até que ponto o módulo de exposição, assim como a entrada de um novo terapeuta nesta fase da terapia pode ter levado a uma pequena melhoria sintomática, contribuindo assim de alguma forma para que o cliente se sentisse mais confiante na terapia e, portanto, começasse também a apresentar menos resistência às sugestões do terapeuta.

Limitações e Estudos Futuros

Este estudo tem várias limitações que devem ser levadas em consideração. A primeira relaciona-se com a mudança de terapeuta no módulo de exposição, que dificulta a distinção entre efeitos da terapia e efeitos do terapeuta quanto à evolução da ambivalência e do processo de resolução da ambivalência. De facto, o terapeuta sénior que entrou na fase final da terapia parece ter gerido os momentos de ambivalência de forma distinta (mais frequentemente suportando o cliente face à ambivalência) e isto pode ter sido também determinante para a forma como o cliente respondeu à exposição com prevenção de resposta. Além disso, o facto de grande parte das resoluções de ambivalência deste paciente acontecerem depois de intervenções de suporte, em todas as fases, pode por em causa a especulação de que este pode ter desenvolvido uma dificuldade em aceitar as intervenções de desafio ao longo do processo. Por outro lado, o facto de não ter sido usada uma medida de resistência formal, mas de ambivalência, pode dificultar a discussão em torno da necessidade de adaptar o modelo terapêutico, e não a gestão momento a momento, em clientes resistentes e ambivalentes (Beutler et al., 2018; Westra & Norouzian, 2017). De qualquer forma, o facto de a ambivalência autorrelatada deste paciente só ter atingido níveis clinicamente não significativos no final da terapia, corrobora a ideia de elevada ambivalência experienciada pelo cliente durante grande parte do processo. Por outro lado, o facto de este ser um estudo de caso exploratório, e de não existir um caso de insucesso com o qual contrastar os presentes resultados é também uma limitação no sentido em que não é possível desenhar inferências

a partir desse contraste. A generalização dos resultados está também impedida, já que os resultados deste estudo devem ser considerados no contexto de todas as particularidades deste caso específico.

Sendo assim, e tendo em conta estas limitações, estudos futuros devem tentar contornar a influência de variáveis que podem confundir os resultados, tais como a mudança de terapeuta a meio do processo, assim como incluir medidas de resistência. Sugerimos também que procurem estudar estes processos de resolução e ambivalência numa amostra maior, podendo comparar casos de sucesso e insucesso, e perceber estatisticamente o impacto das intervenções do terapeuta na ambivalência e a sua resolução, assim como o impacto que estes momentos têm nos sintomas dos clientes.

Conclusão

Apesar das suas limitações, o presente estudo, a nosso ver, tem várias potencialidades, tais como, o seu carácter inovador, uma vez que estudou a resolução de ambivalência num caso de POC pela primeira vez, assim como a interação cliente-terapeuta nos momentos de ambivalência e de sua resolução, o que, tanto quanto sabemos, nunca foi estudado sistemática e empiricamente. Este estudo demonstrou que para este cliente, seguido com um protocolo de intervenção altamente estruturado e diretivo, e que demonstrou altos níveis de ambivalência ao longo de quase todo o processo terapêutico, a maioria dos momentos de resolução surgiu, efetivamente depois de intervenções de suporte, o que suporta sugestões de estudos anteriores (Beutler et al., 2018; Ribeiro et al., 2013; Westra & Nourizan, 2017) que vão no sentido de as intervenções de suporte serem mais produtivas com clientes altamente resistentes e ambivalentes. No entanto, no presente estudo, a resposta de um cliente altamente ambivalente às intervenções diretivas também foi diferente, consoante o terapeuta foi mais ou menos capaz de balancear as intervenções de suporte e desafio, depois dos momentos de ambivalência. Esta capacidade de o terapeuta equilibrar a proporção entre desafio e suporte nos momentos de ambivalência é contingente com uma maior frequência de desafios que foram capazes de gerar momentos de resolução, sugerindo que a capacidade de o paciente avançar na resolução do conflito interno face à diretividade do terapeuta está relacionada com a gestão que o terapeuta faz nestes momentos, independentemente da diretividade geral do modelo de intervenção. Desta forma, este estudo suporta a hipótese de que clientes altamente ambivalentes podem responder de forma positiva a tratamentos altamente estruturados, desde que a gestão da ambivalência momento a momento seja gerida de forma responsiva, equilibrando intervenções de desafio e de suporte. Em suma, o presente estudo proporcionou *insights* importantes acerca de como os terapeutas podem melhorar a gestão da ambivalência dos seus clientes em terapia e a forma como isso tem um impacto determinante no processo de resolução de ambivalência.

Referências

- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B., Ehrenreich-May, J. (2011) *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Edwards, C., & Someah, K. (2018). Adapting psychotherapy to patient reactance level: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology, 74*(11), 1952-1963. doi: 10.1002/jclp.22682
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2011). Reactance/resistance level. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (p. 261–278). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780199737208.003.0013>
- Beutler, L. E., Rocco, F., Moleiro, C. M., & Hani, T. (2001). Resistance. *Psychotherapy, 38*(4), 431-436.
- Braga, C., Ferreira, H., & Gonçalves, M.M. (2021a) (paper submitted for publication). Therapeutic Interaction in Ambivalence and Ambivalence Resolution Moments in Constructivist Grief Therapy: an exploratory case study.
- Braga, C., Oliveira, J. T., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2016). Ambivalence resolution in emotion-focused therapy: The successful case of Sarah. *Psychotherapy Research, 28*(3), 423-432. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1169331>
- Braga, C., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Oliveira, J. T., Botelho, A., Ferreira, H., & Sousa, I. (2018). Ambivalence resolution in brief psychotherapy for depression. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(3), 369-377. <https://doi.org/10.1002/cpp.2169>
- Braga, C., Ribeiro, A. P., Sousa, I., & Gonçalves, M. M. (2019). Ambivalence predicts symptomatology in cognitive-behavioral and narrative therapies: An exploratory study. *Frontiers in Psychology, 10*. doi:10.3389/fpsyg.2019.01244
- Braga, C., Ferreira, H., Sousa, I., & Gonçalves, M.M. (2021b) (paper submitted for publication). Ambivalence Resolution um the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: An exploratory study.
- Button, M. L. (2018). Ambivalence as a Moderator of Treatment Outcomes in Motivational Interviewing and Cognitive Behavioural Therapy for Generalized Anxiety Disorder. <http://hdl.handle.net/10315/35841>
- Button, M. L., Westra, H. A., Hara, K. M., & Aviram, A. (2015). Disentangling the impact of resistance

- and ambivalence on therapy outcomes in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(1), 44-53.
<https://doi.org/10.1080/16506073.2014.959038>
- Calkins, A. W., Berman, N. C., & Wilhelm, S. (2013). Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: A review. *Current Psychiatry Reports*, 15(5), 357.
<https://doi.org/10.1007/s11920-013-0357-4>
- Engle, D., & Arkowitz, H. (2008). Viewing resistance as ambivalence: Integrative strategies for working with resistant ambivalence. *Journal of Humanistic Psychology*, 48(3), 389-412. doi: 10.1177/0022167807310917
- Glynn, L. H., & Moyers, T. B. (2010). Chasing change talk: The clinician's role in evoking client language about change. *Journal of substance abuse treatment*, 39(1), 65-70.
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M., & Santos, A. (2011). Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system. *Psychotherapy Research*, 21(5), 497-509. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2011.560207>
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Santos, A., Gonçalves, J., & Conde, T. (2009). *Manual for return to the problem coding system—Version 2*. Unpublished manuscript, University of Minho, Braga, Portugal.
- Lambert, M. J., Finch, A., Okiishi, J., and Burlingame, G. (2005). *Administration and scoring manual for the OQ-10.2*. (Salt Lake City, UT: OQ Measures, LLC).
- Leiman, M., & Stiles, W. B. (2001). Dialogical sequence analysis and the zone of proximal development as conceptual enhancements to the assimilation model: The case of Jan revisited. *Psychotherapy Research*, 11, 311–330. doi:10.1080/713663986
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing Motivation for Change in Problem Drinking: A Controlled Comparison of Two Therapist Styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 455-461.
- Miller, W. R., Rollnick, S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping people change*. New York: The Guilford Press.
- Moritz, S., Niemeyer, H., Hottenrott, B., Schilling, L., & Spitzer, C. (2013). Interpersonal ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(5), 594-609.
<https://doi.org/10.1017/S1352465812000574>
- Oliveira, J. T., Ribeiro, A. P., & Gonçalves, M. M. (2017). Questionário de Ambivalência em Psicoterapia (QAP). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. S. Almeida (Eds.), *Psicologia Clínica e da Saúde:*

AMBIVALÊNCIA NA PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA E INTERAÇÃO CLIENTE-TERAPEUTA

- Instrumentos de Avaliação* (pp. 101-113). Lisboa: PACTOR – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.
- Ribeiro, A. P., Braga, C., Stiles, W. B., Teixeira, P., Gonçalves, M. M., & Ribeiro, E. (2016). Therapist interventions and client ambivalence in two cases of narrative therapy for depression. *Psychotherapy Research*, *26*(6), 681–693. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1197439>
- Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Silva, J. R., Brás, A., & Sousa, I. (2015). Ambivalence in narrative therapy: A comparison between recovered and unchanged cases. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *23*(2), 166-175. <https://doi.org/10.1002/cpp.1945>
- Ribeiro, A. P., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M. M., Stiles, W. B., Horvath, A. O., & 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. <http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2013.856042>
- Ribeiro, A., Mendes, I., Stiles, W., 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. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.879620>
- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2012). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy*, *86*, 294–314. doi:10.1111/j.2044-8341.2012.02066
- Stiles, W. B. (2009). Logical operations in theory-building case studies. *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, *5*, 9–22. doi:10.14713/pcsp.v5i3.973
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*, *27*, 411-420. doi:10.1037/0033-3204.27.3.411
- Tolin, D. F., Wootton, B. M., Bowe, W., Bragdon, L. B., Davis, E. C., Gilliam, C. M., & Worden, B. (2013). *Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and OCD and Related Disorders (DIAMOND)*. Hartford, CT: Institute of Living/Hartford HealthCare Corporation.
- Urmanche, A. A., Oliveira, J. T., Gonçalves, M. M., Eubanks, C. F., & Muran, J. C. (2019). Ambivalence, resistance, and alliance ruptures in psychotherapy: It's complicated. *Psychoanalytic Psychology*, *36*, 139–147. doi:10.1037/pap0000237
- Wachtel, P. L. (1999). Resistance as a problem for practice and theory. *Journal of Psychotherapy*

Integration, 9, 103–118. doi:10.1023/A:1023262928748

Westra, H. A., & Norouzian, N. (2017). Using motivational interviewing to manage process markers of ambivalence and resistance in cognitive behavioral therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 193–203. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9857-6>

Anexo A



Universidade do Minho

SECSH

Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: SECSH 011/2018

Título do projeto: *Eficácia Psicoterapêutica do Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico das Perturbações Emocionais em Contexto Comunitário*

Investigador(a) Responsável: Eugénia Maria Ribeiro Pereira, Professora Auxiliar da Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Investigadora CIPsi-UM; Mário Miguel Machado Osório Gonçalves, Professor Catedrático da Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Investigador CIPsi-UM; Paulo Manuel Pinto Pereira Almeida Machado, Professor Catedrático da Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Investigador CIPsi-UM; Sónia Ferreira Gonçalves, Professora Auxiliar da Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Investigadora CIPsi-UM

Outros Investigadores: Ângela Cristina Franco Ferreira e Carina Andreia Silva Magalhães - MSc – Bolseiras de Investigação CIPsi-UM; Dulce Patrícia Vale Vasconcelos Pinto, Maria Manuela Gonçalves Sousa Peixoto e Pablo Fernandez Navarro - PhD – Bolseiros de Investigação CIPsi-UM; João Tiago Terra da Cruz Oliveira - MSc – Bolseiro de Doutoramento FCT e CIPsi-UM; Rafael Araújo, MSc – Assistente de Investigação CIPsi-UM; Cátia Sofia Macedo Braga, PhD – Assistente de Investigação CIPsi-UM

PARECER

A Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas (SECSH) analisou o processo relativo ao projeto intitulado *“Eficácia Psicoterapêutica do Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico das Perturbações Emocionais em Contexto Comunitário”*.

Os documentos apresentados revelam que o projeto obedece aos requisitos exigidos para as boas práticas na investigação com humanos, em conformidade com as normas nacionais e internacionais que regulam a investigação em Ciências Sociais e Humanas.

Face ao exposto, a SECSH nada tem a opor à realização do projeto.

Braga, 28 de maio de 2018.

O Presidente


Digitally signed by
PAULO MANUEL
PINTO PEREIRA
ALMEIDA MACHADO
Date: 2018.06.04
08:53:21 +01'00'

Paulo Manuel Pinto Pereira Almeida Machado