



Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Alexandra Barreira Botelho da Silva

Resolução da Ambivalência em Terapia Narrativa

outubro de 2015



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Alexandra Barreira Botelho da Silva

Resolução da Ambivalência em Terapia Narrativa

Dissertação de Mestrado
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação do
Doutor António Ribeiro
e coorientação do
Professor Doutor Miguel Gonçalves

outubro de 2015

DECLARAÇÃO

Nome: Alexandra Barreira Botelho da Silva

Endereço eletrónico: a59067@alunos.uminho.pt

Número do Cartão de Cidadão: 13955118

Título da Dissertação de Mestrado: Resolução da Ambivalência em Terapia Narrativa

Orientador: Doutor António Ribeiro

Coorientador: Professor Doutor Miguel Gonçalves

Ano de Conclusão: 2015

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 de outubro de 2015

Assinatura: _____

Índice

Lista de Abreviaturas	iv
Agradecimentos	v
Resumo	vii
<i>Abstract</i>	viii
Introdução	1
Metodologia	8
Amostra	8
Terapia e Terapeuta	9
Medidas	10
Procedimentos	11
Resultados	12
Discussão	15
Referências	20

Índice de Figuras

Figura 1. Probabilidade de ocorrência de resolução nos casos de sucesso e insucesso.	14
Figura 2. Probabilidade de ocorrência de dominância e negociação nos casos de sucesso e insucesso, respectivamente.	15

Lista de Abreviaturas

BDI-II	<i>Beck Depression Inventory II</i>
EAC-TN-TCC	Escala de Adesão e Competência para Terapia Narrativa e Cognitivo-Comportamental
GLM	<i>Generalized linear model</i>
HLM	<i>Hierarchical linear modeling</i>
MI	Momento de Inovação
MRP	Marcadores de Retorno-ao-Problema
NLME	<i>Nonlinear Mixed-Effects Modeling</i>
OQ 45.2	<i>Outcome Questionnaire 45.2</i>
RCI	<i>Reliable Change Index</i>
SCMI	Sistema de Codificação de Momentos de Inovação
SCRP	Sistema de Codificação de Retorno-ao-Problema
SCRA	Sistema de Codificação de Resolução da Ambivalência

Agradecimentos

Ao terminar esta etapa, é inevitável refletir sobre todo o percurso que tenho vindo a percorrer ao longo dos últimos 5 anos, bem como sobre todos os que, de algum modo, tornaram tudo isto possível. Sinto-me uma privilegiada, rodeada de pessoas que, todos os dias, contribuem para a construção da minha história. Por isso, deixo aqui a minha profunda gratidão a todos, mas em especial:

Ao Doutor António Ribeiro, meu orientador, pela partilha de conhecimentos, pela disponibilidade, por toda a ajuda na elaboração deste trabalho e pelo otimismo que me transmitiu sempre.

Ao Professor Doutor Miguel Gonçalves, meu coorientador, pela oportunidade de trabalhar no seu grupo de investigação, permitindo-me absorver um pouco da sua tão grande sabedoria, por ser, para mim, um modelo de excelência e pelo seu apoio e reforço ao longo de todo este processo.

À Professora Doutora Inês Sousa, pela grande ajuda na análise dos dados resultantes desta investigação, essencial para a sua construção final.

A todo o grupo dos MIs, por me ter acolhido e me ter proporcionado momentos de aprendizagem e reflexão, por todas as ideias e sugestões que, sem dúvida, contribuíram para melhorar este trabalho, pelo espírito crítico e de entreajuda que o define, mas também pela descontração, informalidade e bom humor que o caracteriza. Estou certa de que não poderia ter escolhido um grupo que mais se ajustasse a mim.

À Cátia Braga, por ter sido, desde o dia 1, o meu maior apoio na construção deste trabalho, por ter estado sempre disponível e presente, por ter sido, verdadeiramente, a minha mentora neste percurso.

Ao grupo dos *Resuminhos* (Daniela, Diana Marques, Diana Nogueira, Margarida, Renata e Rui), por todo o companheirismo, entreajuda e dedicação ao longo de todo o curso, pelo apoio nos momentos de crise e por serem o melhor desta incursão na universidade. Um obrigada especial ao Rui, pela amizade, pelo carinho e pelas trocas de mensagens motivadoras, e à Margarida e à Diana Marques, pela incondicionalidade da amizade que partilhamos, por acreditarem sempre em mim e pela certeza de que estão e estarão sempre à distância de um telefonema.

À Cátia (Fernandes), pela partilha de medos e ansiedades que nos juntou neste último ano, pela cumplicidade que nasceu desta nossa aproximação e, não menos importante, por todos aqueles momentos de loucura e confidências que ficarão na memória.

Ao Rupf e ao Pedro, pelos momentos de descontração e por todo o convívio ao longo dos últimos anos, que preencheram os meus dias de mais cor.

À Inês, por nunca desistir de me ligar para sair, mesmo ouvindo tantos “nãos”, pela cumplicidade, por continuar presente e me provar que a nossa amizade resiste às mudanças, às novas etapas e às diferenças que nos caracterizam.

À Pickie, pela amizade omnipresente, por me conhecer verdadeiramente, por me centrar quando me desvio da rota e por me fazer sempre acreditar que sou capaz.

A toda a minha família, por me receber sempre de braços abertos e por se orgulhar do meu percurso, fazendo-me sempre sentir especial.

À minha mãe, pelo amor incondicional que definiu sempre a nossa relação, por estar ao meu lado nos caminhos que vou percorrendo e por ser, quando preciso, o manual que consulto para me guiar.

Ao meu pai, por no silêncio me conseguir transmitir aquilo que preciso, por ser o colo que irei para sempre preferir e por me fazer sentir sempre especial.

Ao Pedro e à Mi, pelos momentos de cumplicidade, por encherem a casa de animação e tornarem os meus fins-de-semana mais coloridos.

Ao Yoshi, o meu *doguinho*, pela genuinidade do seu amor e por contribuir para a plenitude da minha casa.

À Meninha, por ter aberto as portas da sua casa e me ter recebido como uma filha, pela amizade e confiança que partilhamos, por ser a minha segunda mãe.

Ao Hugo, por estar sempre presente, por me apoiar e acreditar que sou sempre capaz de mais, pela paciência, preocupação e dedicação inesgotáveis, pela estabilidade e segurança do nosso amor que “nos prende e ao mesmo tempo nos liberta”. Obrigada por seres sempre tudo o que preciso.

Resolução da Ambivalência em Terapia Narrativa

Resumo

Os principais objetivos deste estudo foram (a) perceber como os clientes resolvem a ambivalência ao longo do processo terapêutico através das estratégias de dominância e negociação e (b) comparar casos de sucesso e insucesso, relativamente à utilização destas estratégias, ao longo do tempo. Foi selecionada uma amostra de 10 casos, com diagnóstico de depressão *major*, acompanhados em terapia narrativa. O principal instrumento utilizado foi o Sistema de Codificação de Resolução da Ambivalência, permitindo a codificação da amostra quanto às estratégias de resolução utilizadas. Foram analisados os dados realizando *hierarchical linear modeling* e *generalized linear model*. A presença dos marcadores de resolução (conjunto das estratégias de dominância e negociação) emergiu como preditor da ambivalência (medida através dos marcadores de retorno-ao-problema) na mesma sessão, apresentando uma tendência ascendente até à sessão 13, especialmente nos casos de sucesso, decrescendo até ao final. Nos casos de sucesso, a estratégia de dominância tendeu a decrescer ao longo do tratamento, enquanto a negociação tendeu a aumentar. Nos casos de insucesso, as estratégias permaneceram relativamente estáveis. Apesar de a dominância ter sido a estratégia mais utilizada nos dois grupos, a negociação foi mais utilizada pelo grupo de sucesso, sugerindo ser a estratégia crucial para atingir sucesso terapêutico.

Palavras-chave: narrativa, momentos de inovação, ambivalência, resolução da ambivalência

Ambivalence Resolution in Narrative Therapy

Abstract

The main goals of this study were (a) to understand how clients resolve ambivalence during the therapeutic process, through dominance and negotiation strategies and (b) to compare the successful and unsuccessful cases' use of these strategies during the therapeutic process. To this end, we studied 10 cases, with a diagnosis of major depression, followed with narrative therapy. The main measure used was the Ambivalence Resolution Coding System, with which the sample was coded for the presence of ambivalence resolution strategies. Data was analysed using hierarchical linear modeling and generalized linear model. The presence of resolution markers (considering both dominance and negotiation strategies) emerged as a predictor of ambivalence (as measured by the return-to-the-problem markers) in the same session, exhibiting an increasing tendency until session 13, specially in successful cases, decreasing towards the end of the therapy. In the successful cases, dominance tended to decrease throughout treatment, while negotiation tended to increase. In the unsuccessful cases, both strategies remained relatively stable. Although dominance was the most used strategy on both groups, negotiation was significantly more used by the successful group, suggesting that it is the crucial strategy to achieve success.

Keywords: narrative, innovative moments, ambivalence, ambivalence resolution

Resolução da Ambivalência em Terapia Narrativa

A narrativa pode ser concebida como um processo que dá significado a eventos temporais distintos ao identificá-los como partes de um todo (Polkinghorne, 1991). De acordo com esta perspectiva, as pessoas dão significado às suas experiências, contando a si ou aos outros histórias sobre si e sobre o mundo (Gonçalves et al., 2012), e sendo também influenciadas pela contribuição dos outros para este diálogo (Bruner, 1990; McAdams, 1993; Sarbin, 1986). Segundo McAdams (1993), os seres humanos são naturalmente contadores de histórias, englobando estas diversos tipos de informação e constituindo uma forma fundamental através da qual os indivíduos se expressam. Estas narrativas pessoais podem ser encaradas como estruturas cognitivo-afetivo-comportamentais (Neimeyer, 2004) que operam como normas implícitas, permitindo a construção de significado das experiências. Tal construção obedece a uma série de regras que organizam a experiência da pessoa, conferindo-lhe estabilidade e previsibilidade (Santos, Gonçalves, & Matos, 2011), à custa da seleção das experiências que serão integradas e daquelas que serão deixadas de fora da narrativa pessoal (Polkinghorne, 2004).

As autonarrativas podem, de certo modo, refletir quão bem o narrador “chegou a termos” com determinada experiência, não só pelo que diz mas, principalmente, pelo modo como o diz (Habermas & Berger, 2011). A descrição do conteúdo da experiência é, na realidade, menos reveladora do que a forma através da qual esta é narrada. Dado que estas narrativas não são meramente relatos onde o indivíduo reporta objetivamente o que acontece, a autonarrativa é menos sobre os factos e mais sobre os significados (McAdams, 1993).

A construção da autonarrativa não é apenas uma questão de organizar os eventos de vida à medida que eles vão ocorrendo, mas sim um processo no qual as experiências são selecionadas e sintetizadas para serem posteriormente articuladas na história pessoal (McAdams, 1993). Este processo pode ser concebido como dialógico, uma vez que é o resultado de um diálogo contínuo entre as múltiplas partes do *self*, descritas como vozes internas ou *I-positions* (Hermans, Kempen, & van Loon, 1992). Estas vozes representam formas de estar no mundo, baseadas em traços das experiências passadas do indivíduo (Honos-Webb & Stiles, 1998; Stiles, 1999, 2011) e organizam o *self* num dado momento (Hermans & Kempen, 1993).

Uma autonarrativa pode tornar-se disfuncional quando é redundante, atribuindo o mesmo significado às diversas experiências vividas, interpretando-as sempre da mesma forma independentemente das circunstâncias (Ribeiro & Gonçalves, 2010); quando é inflexível,

impondo restrições na vida dos indivíduos, permitindo apenas certos modos de pensar, agir e sentir (Gonçalves & Ribeiro, 2011); e/ou quando exclui, sistematicamente, experiências que são contraditórias ou incongruentes com as suas regras (Gonçalves & Ribeiro, 2011), dando, deste modo, poder a uma só voz da comunidade de vozes que constituem o *self* (Gonçalves, Matos, & Santos, 2009).

Segundo Rogers, tal exclusão ou distorção de experiências significativas pode estar na base do desajustamento e sofrimento psicológicos, impossibilitando que o indivíduo simbolize e integre, adequadamente, tais experiências na sua narrativa pessoal (Weiner, & Craighead, 2009). Tipicamente, isto acontece devido ao facto de tais experiências serem incongruentes com a estrutura do *self*, e, por este motivo, poderem pôr em causa a *gestalt* do mesmo (Rogers, 1959).

Analogamente, o modelo de assimilação assume que estas experiências problemáticas e não assimiladas, uma vez que são incompatíveis com a forma usual do cliente experienciar o mundo, acabam por não ser adequadamente representadas na consciência do *self* e são, por esta razão, excluídas, distorcidas ou mal representadas (Stiles et al., 1990).

Estudos em indivíduos deprimidos demonstram que as suas narrativas de vida são distorcidas de um modo relativamente consistente. Estas tendem a ser cronologicamente menos lineares (Habermas, Ott, Schubert, Schneider, & Pate, 2008) e a evidenciar um maior número de referências a acontecimentos de vida negativos e a reações emocionais negativas subjacentes a estes (Cruz & Sousa, 2008). Tais acontecimentos de vida negativos, particularmente os abandonos, perdas e separações, parecem fazer emergir, para além de reações emocionais negativas, como tristeza, raiva, medo e culpa, interpretações e comportamentos disfuncionais, que se organizam numa narrativa muito centrada no próprio sofrimento (Brás & Cruz, 2008). Para além disso, perante acontecimentos negativos, indivíduos deprimidos tendem a realizar atribuições internas, estáveis e globais, enquanto perante acontecimentos positivos tendem a realizar atribuições externas, instáveis e específicas (Abramson, Seligman, & Teasdale, 1978).

Assim sendo, pode afirmar-se que o modo como a pessoa experiencia o mundo pode levar à emergência de uma narrativa inflexível e essa mesma narrativa poderá, por sua vez, influenciar as experiências e interpretações do indivíduo (Alves et al., 2013). De uma perspectiva dialógica, a autonarrativa problemática representa uma relação assimétrica entre as diferentes vozes do *self* – enquanto um conjunto de vozes domina a interação, outras são silenciadas ou rejeitadas (Gonçalves & Ribeiro, 2011).

Momentos de Inovação e Mudança em Psicoterapia

Apesar de estas vozes não dominantes poderem ser evitadas e rejeitadas, elas não desaparecem (Ribeiro et al., 2014), podendo emergir e expressar-se quando existem circunstâncias de vida a impulsioná-las (Stiles, Osatuke, Glick, & Mackay, 2004). Os momentos em que tal acontece e as vozes passam de segundo para primeiro plano constituem, então, exceções à autonarrativa dominante e são identificados como momentos de inovação (MI) (Gonçalves, Matos, et al., 2009). Este conceito foi inspirado na ideia que White e Epston (1990) intitularam de *unique outcomes*, referindo-se às experiências do indivíduo que estão fora da influência da sua autonarrativa problemática. Assim, os MIs são todas as ocorrências que diferem da autonarrativa dominante, constituindo aberturas para a elaboração de novos significados. Em suma, os MIs representam novas formas de pensar, sentir e agir, que contrariam o padrão problemático do cliente (Gonçalves, Mendes, Ribeiro, Angus, & Greenberg, 2010). Dialogicamente, são oportunidades de novas vozes ganharem o poder de contar as suas próprias histórias (Gonçalves, Matos, et al., 2009).

As experiências rejeitadas podem ser gradualmente assimiladas na narrativa pessoal, à medida que o cliente é capaz de seguir uma trajetória no sentido de reconhecer, reformular, compreender e resolver as problemáticas que o levaram a procurar ajuda. Tal assimilação implica que a voz não dominante tenha permissão da comunidade dominante para ser incluída, e esta inclusão ocorre através de *pontes de significado* (Stiles et al., 1990). As pontes de significado são signos que fomentam a comunicação entre as vozes, com recurso a uma linguagem comum (Honos-Webb, Surko, Stiles, & Greenberg, 1999), e possibilitam uma articulação coerente das diversas posições internas (Osatuke et al., 2004). A assimilação é, então, descrita como um processo no qual os elementos diferenciados da identidade se compreendem mutuamente (Honos-Webb et al., 1999), possibilitando a construção de uma narrativa mais flexível que retrata o *self* de um modo mais integrador (Honos-Webb & Stiles, 1998; Osatuke et al., 2004).

Para distinguir os diferentes tipos de novidade que emergem na terapia, Gonçalves e colaboradores construíram um método sistemático e fidedigno de identificação dos MIs – o Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI) (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos, & Santos, 2011), diferenciando-os em cinco categorias. Os MIs de ação envolvem ações específicas que são levadas a cabo pelo cliente, de forma intencional, e que são contrárias àquilo que seria esperado, considerando a sua autonarrativa problemática (Gonçalves et al., 2010). Os MIs de reflexão envolvem a emergência de novas compreensões

ou pensamentos que não são congruentes com a história dominante do cliente (Gonçalves, Matos, et al., 2009). Os MIs de protesto estão presentes quando é possível identificar ações ou pensamentos em que o cliente expressa uma recusa evidente do problema e/ou das suas especificações (Gonçalves et al., 2010). Os MIs de reconcetualização são mais complexos que os anteriores, envolvendo um nível de meta-reflexão que indica que a pessoa não só compreende o que está diferente, mas é também capaz de descrever o processo envolvido em tal transformação. Por fim, os MIs de desempenho da mudança referem-se à antecipação ou planeamento de novos projetos ou atividades que, dadas as restrições da autonarrativa problemática, eram impossíveis de acontecer anteriormente (Gonçalves et al., 2010).

Tendo em conta os resultados dos estudos levados a cabo para explorar os processos de mudança, Gonçalves e colaboradores propuseram um Modelo Heurístico de Mudança (Gonçalves, Matos, et al., 2009; Matos, Santos, Gonçalves, & Martins, 2009). De acordo com este modelo, no início da terapia, os primeiros MIs a ocorrer são os de ação, reflexão e protesto, constituindo sinais de que novas formas de agir, pensar e sentir estão a emergir na vida do cliente. Apesar de importantes, estes MIs parecem ser insuficientes para o desenvolvimento e sustentação de uma autonarrativa alternativa. Em contraste, este modelo sugere que os MIs de reconcetualização são um elemento-chave no processo de mudança, servindo três grandes funções (Gonçalves et al., 2012). A primeira função reside na criação de um contraste no processo de mudança, consolidando o significado dos MIs que emergiram anteriormente. Após a sua emergência, novos MIs de ação, reflexão e protesto ocorrem, validando as mudanças que estão a ocorrer. Adicionalmente, e uma vez que este MI requer um contraste entre o *self* passado e o *self* presente, o cliente começa a identificar-se progressivamente com a versão do *self* presente, rejeitando a versão do passado, ou seja, a segunda função da reconcetualização consiste na facilitação da identificação progressiva com a nova autonarrativa (Cunha, Gonçalves, Valsiner, Mendes, & Ribeiro, 2012; Gonçalves & Ribeiro, 2011). Pode ainda dizer-se que para existir reconcetualização é necessário algum *insight* sobre o processo de mudança, permitindo ao cliente ter a perceção de como evoluiu de uma posição passada para a posição nova, *insight* esse considerado essencial para a manutenção de um sentido de continuidade do *self* (Cunha et al., 2012; Gonçalves & Ribeiro, 2011; Ribeiro & Gonçalves, 2010). Tal representa a terceira função deste tipo de MI – a criação de um sentido de autoria e continuidade do *self*. Adicionalmente, este modelo sugere que os MIs de desempenho da mudança tendem a aparecer após a emergência da reconcetualização e consistem numa extensão para o futuro das mudanças conseguidas até ao

momento. Por fim, o modelo propõe que a combinação e integração dos MIs que emergem ao longo da terapia permitem a emergência de uma nova autonarrativa alternativa congruente (Gonçalves et al., 2012).

Diversos estudos com recurso ao SCMI têm demonstrado que os casos de sucesso e os casos de insucesso exibem diferentes perfis de MIs. Apesar de os MIs emergirem em ambos os grupos, nos casos de sucesso a sua proporção é maior e tende a aumentar à medida que a terapia avança. Ademais, os MIs de reconcetualização e de desempenho da mudança raramente são observados nos casos de insucesso, apesar de serem bastante significativos nos casos de sucesso. O que se verifica é que, no início da terapia, MIs de ação, reflexão e protesto ocorrem em ambos os casos. Contudo, enquanto nos casos de sucesso se pode observar uma progressão destes MIs para MIs de reconcetualização e desempenho da mudança ao longo da terapia, este movimento raramente ocorre nos casos de insucesso (Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011).

Ambivalência em Psicoterapia

Apesar de a emergência de MIs possibilitar a mudança, permitindo novas formas de agir, sentir e pensar (Ribeiro & Gonçalves, 2010), também desafia e destabiliza a forma usual da pessoa experienciar o mundo (Gonçalves & Ribeiro, 2011; Ribeiro & Gonçalves, 2010). Uma vez que, geralmente, os indivíduos procuram manter um sentido de relativa consistência e estabilidade, esta inconsistência pode ser sentida como desconfortável (Harreveld, Rutjens, Rotteveel, Nordgren, & van der Pligt, 2009). Esta descontinuidade pessoal obriga a que o sistema individual seja reorganizado e modificado até alcançar, novamente, uma relativa estabilidade (Zittoun, 2007).

Podemos assim, encarar os MIs como pontos de bifurcação (Valsiner & Sato, 2006), nos quais o cliente tem que resolver a tensão entre as duas vozes opostas. Este processo pode ser realizado através de duas estratégias diferentes – atenuação e amplificação (Valsiner, 2008). A atenuação refere-se à minimização, depreciação ou trivialização de um significado particular presente num MI, resultando na manutenção dos padrões antigos. Pelo contrário, a amplificação diz respeito à expansão do dado significado, criando oportunidade para a ocorrência de desenvolvimento (Ribeiro & Gonçalves, 2011).

Frequentemente, nos casos de insucesso (Santos et al., 2011) e nas fases iniciais dos casos de sucesso (Ribeiro, Gonçalves, & Ribeiro, 2009), os clientes tendem a atenuar o significado dos MIs de forma a resolver a incerteza que estes lhes provocam. Esta estratégia é

levada a cabo através de um rápido retorno ao problema, evitando temporariamente a descontinuidade (Ribeiro & Gonçalves, 2011). Em alguns casos, este conflito entre os MIs e a autonarrativa problemática continua durante todo o processo terapêutico, evidenciando dois desejos opostos do cliente – o de manter o *self* estável, evitando a incerteza, e o de mudar o *self*, evitando o sofrimento da atual autonarrativa (Gonçalves & Ribeiro, 2011). Dialogicamente, uma nova voz vê o seu potencial de mudança abortado pela reafirmação da voz dominante. Assim sendo, o indivíduo vê-se encurralado nesta relação cíclica entre as duas posições do *self*, processo este denominado de ambivalência (Ribeiro & Gonçalves, 2011).

O termo ambivalência tem sido amplamente usado na área da psicologia. Já Freud o usava para definir a existência de amor e ódio em respeito ao mesmo objeto (Freud, 1913). A ambivalência pode também ser encarada como um reconhecimento simultâneo dos benefícios e custos de mudar (McEvoy & Nathan, 2007), sendo esta uma fase importante e natural do processo de mudança, quando transitória (Miller & Rollnick, 2002). Quando presa nesta fase, a pessoa não é capaz de se comprometer com nenhuma escolha pois, para além de nenhuma ser inteiramente satisfatória, ambas estão associadas a resultados incertos (Harreveld et al., 2009). A ambivalência pode ser influenciada por diversos fatores, desde fatores sociais a fatores interpessoais. Em alguns casos, pode estar mais relacionada com a situação específica que o indivíduo está a enfrentar e, noutros casos, pode representar um traço disposicional inerente ao indivíduo. Independentemente, esta tendência de aproximação e evitamento concomitantes pode ser manifestada de diversas formas – comportamentalmente, cognitivamente ou afetivamente (Sincoff, 1990).

Através da observação consistente de momentos da terapia, em que um MI emergia e era imediatamente seguido por uma experiência de retorno ao problema, Gonçalves e colaboradores propuseram uma medida da ambivalência. Tais eventos foram denominados de marcadores de retorno-ao-problema (MRP) e são encarados como um acesso empírico ao fenómeno da ambivalência em psicoterapia (Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011). Ainda de acordo com estes autores, a recorrência sistemática de MRPs, ao longo do processo terapêutico, pode inibir o desenvolvimento ou transformação da autonarrativa, fomentando assim, o insucesso terapêutico (e.g., Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011; Ribeiro & Gonçalves, 2010).

Vários estudos em torno dos MRPs têm demonstrado que, mais uma vez, os casos de sucesso e os casos de insucesso se diferenciam no que diz respeito aos padrões e frequências de MRPs. Mais concretamente, é possível notar que nos casos de sucesso tende a existir

menos MRPs a seguir os MIs, do que nos casos de insucesso (e.g., Gonçalves & Ribeiro, 2011; Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011), sendo que quando emergem com a mesma frequência apresentam um padrão claramente descendente ao longo das sessões (Ribeiro et al., 2014). Estas observações são consistentes com a noção previamente estabelecida de que a ambivalência entre a autonarrativa problemática e os momentos de inovação pode interferir com o progresso e o sucesso da terapia (Gonçalves & Ribeiro, 2011).

O processo de resolução da ambivalência tem sido estudado por Braga e colaboradores, que o definiram através de um conjunto de marcadores, facilitando, deste modo, a sua identificação. Assim, uma resolução consiste num momento no qual o cliente assume uma postura ativa e determinada e resolve, mesmo que apenas momentaneamente, a ambivalência relativa a determinado tema através da expressão clara de desejos, intenções ou limites, através de ultimatos, através de um distanciamento do problema, e/ou através da elaboração de conclusões e generalizações (Braga, Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2015).

Até ao momento, foram identificadas duas estratégias que o cliente adota no sentido de resolver a ambivalência na terapia – dominância e negociação (Gonçalves & Ribeiro, 2011). No primeiro processo, a voz não dominante, presente no MI, ganha poder e assume o controlo da interação, inibindo, conseqüentemente, a voz dominante. No segundo processo, as duas vozes opostas entram em diálogo, parando de reivindicar a sua primazia sobre a outra, envolvendo-se num processo de negociação e ação conjunta (Gonçalves & Ribeiro, 2012).

Mais concretamente, pode dizer-se, então, que a dominância é a estratégia na qual a nova posição tenta regular a posição problemática através da afirmação da sua supremacia, ocorrendo conseqüentemente uma inversão de papéis – a posição anteriormente dominada passa agora a ser a nova posição dominante. A negociação, por sua vez, é a estratégia na qual as duas posições opostas comunicam respeitosa e permitidamente um movimento dinâmico entre elas e não uma fixação numa delas (Braga et al., 2015).

Braga e colaboradores (2015) sugerem que, em casos de sucesso, o processo de dominância vai sendo gradualmente substituído pelo processo de negociação, constituindo este último a estratégia preferencial para resolver a ambivalência. No entanto, Gonçalves e Ribeiro (2011) sugerem que a dominância é uma estratégia bastante frequente ao longo de todo o processo, também nos casos de sucesso.

É possível, porém, que o tipo de resolução utilizado pelo cliente dependa, em alguma medida, do tipo de problemática que este está a enfrentar. Gonçalves e Ribeiro sugerem que, enquanto em casos menos severos e onde o sofrimento é menos intenso, possa ser mais

plausível trabalhar no sentido de uma negociação colaborativa entre as duas posições do *self*, noutros casos, mais graves, tal pode não ser possível, sendo necessário um bloqueio da posição problemática para dar início à transformação da autonarrativa problemática (Gonçalves & Ribeiro, 2011). Os autores exemplificam esta ideia com os casos de “Joan” e “Sarah”. No caso de “Joan”, que oscilava entre uma voz dominante que procurava a aceitação dos outros e uma voz inovadora que desafiava este padrão de ação, o espaço para o diálogo e a negociação entre as duas posições estava mais disponível e permitia uma comunicação respeitosa entre ambas as partes. Contrariamente, no caso de “Sarah”, que era vítima de violência por parte do seu parceiro, para iniciar o processo de mudança era necessário um bloqueio da voz problemática – a “voz que perdoa” – para dar mais poder à voz inovadora – a “voz que resiste”.

Questões de Investigação

O presente estudo tem como principal objetivo a exploração da hipótese de Gonçalves e Ribeiro de que a resolução da ambivalência poderá ser conseguida através da utilização de duas estratégias distintas – dominância e negociação (Gonçalves & Ribeiro, 2011). Assim sendo, esta investigação pretende verificar, em primeiro lugar, se é, efetivamente, através destes dois processos que os clientes são capazes de quebrar o ciclo de ambivalência no qual se veem presos durante o processo terapêutico. Em segundo lugar, pretende-se compreender se existem diferenças entre os casos de sucesso e os casos de insucesso, no seu recurso às duas estratégias de resolução. Por último, é ainda objetivo investigar se os casos de sucesso e de insucesso exibem diferentes padrões na utilização das duas estratégias de superação da ambivalência.

Metodologia

Amostra

A amostra do presente trabalho foi retirada da amostra de um estudo mais abrangente (Lopes et al., 2014), no qual a seleção de participantes se baseou nos seguintes critérios de inclusão: (a) sofrer de depressão *major*, de acordo com o DSM-IV (APA, 2000) e (b) estar disposto a colaborar no estudo em questão, providenciando um consentimento informado, respondendo a questionários e permitindo a gravação das sessões. Os participantes foram excluídos da amostra no caso de apresentarem qualquer uma das seguintes características: (a) qualquer diagnóstico do eixo II; (b) qualquer outra perturbação do eixo I, que pudesse ser o

foco principal de atenção clínica; (c) ideação suicida severa; (d) sintomas psicóticos e (e) perturbação bipolar. Aqueles clientes que apresentavam sintomas de ansiedade ou uma perturbação de ansiedade secundária não foram excluídos da amostra no caso de esta sintomatologia não ser considerada a queixa central.

Os clientes receberam psicoterapia individual, numa clínica universitária portuguesa, com uma periodicidade semanal até à sessão 16 e quinzenal da sessão 17 à 20, com um máximo de 20 sessões.

Depois de admitidos, os clientes foram divididos em dois grupos – os que iriam ser alvo de terapia narrativa (White & Epston, 1990) e os que iriam ser alvo de terapia cognitivo-comportamental (Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979). O presente estudo incide apenas nos clientes que receberam terapia narrativa. De um total de 34 casos que foram acompanhados em terapia narrativa, 20 completaram o processo até ao fim. Destes 20, foram seleccionados aleatoriamente, para esta amostra, cinco casos de sucesso e cinco casos de insucesso. Para realizar esta divisão, foi considerado grupo de sucesso aquele no qual os casos apresentavam, no final da terapia, (a) um *Reliable Change Index* (RCI; Jacobson & Truax, 1991) fidedigno para as medidas utilizadas, ou seja, as pontuações obtidas em tais instrumentos teria que se situar para além do ponto de corte estabelecido e (b) níveis normativos nas medidas utilizadas. O grupo de insucesso foi aquele no qual estas condições não estavam presentes.

Os dois grupos não diferiam significativamente no que diz respeito aos níveis de severidade dos sintomas nem ao nível do número de sessões de tratamento recebidas. Dos 10 clientes desta amostra, sete são do sexo feminino e três são do sexo masculino, e tinham, à altura do primeiro estudo, em média, 41 anos ($DP = 14.97$). As características sociodemográficas (estado civil, escolaridade, situação profissional, nível socioeconómico) dos clientes não variavam significativamente entre os dois grupos.

Terapia e Terapeuta

Todos os clientes deste estudo foram acompanhados pelo mesmo terapeuta, que, na altura do estudo, era doutorado em psicologia clínica e tinha sete anos de experiência em psicoterapia. O terapeuta teve ainda três anos de experiência em terapia narrativa e recebeu treino intensivo no manual de intervenção narrativa, baseado no modelo de White e Epston (1990).

O manual terapêutico envolve três fases principais e é flexível o suficiente para que o terapeuta possa atender às características individuais de cada processo terapêutico. A primeira

fase consiste na desconstrução da autonarrativa problemática com recurso à externalização, a segunda fase na reconstrução da autonarrativa alternativa com base na identificação dos resultados únicos, e a última fase na consolidação da autonarrativa alternativa e finalização.

O primeiro autor deste manual trabalhou como supervisor ao longo de todo o processo terapêutico, reunindo regularmente com o terapeuta para garantir a sua adesão ao modelo de intervenção. Esta adesão foi avaliada, no final do processo, com a Escala de Adesão e Competência para Terapia Narrativa e Cognitivo-Comportamental (EAC-TN-TCC; Gonçalves, Bento, Lopes, & Salgado, 2009), tendo-se revelado adequada (Lopes et al., 2014).

Medidas

Beck Depression Inventory II (BDI-II).

O BDI-II (Beck, Steer, & Brown, 1996) é um instrumento de autorrelato, validado para a população portuguesa por Coelho, Martins e Barros (2002), que visa a avaliação dos sintomas de depressão. Os itens são classificados através de uma escala de *likert* de 4 pontos, dando origem a um resultado total que varia entre os 0 e os 63 pontos.

Este instrumento apresenta valores de consistência interna satisfatórios ($\alpha = .90$, Lopes et al., 2014; $\alpha = .91$, Steer, Brown, Beck, & Sanderson, 2001) e uma satisfatória validade de construto (Beck et al., 1996; Steer et al., 2001).

Uma vez que não foi possível encontrar o RCI (Jacobson & Truax, 1991) para estudos portugueses, foram utilizados dados normativos, recolhidos de metaanálises de várias amostras (Seggar, Lambert, & Hansen, 2002), para calcular a proporção de mudança clínica (RCI = 8.46; ponto de corte = 14.29).

Outcome Questionnaire 45.2 (OQ 45.2).

O OQ-45.2 (Lambert, 1996) é um questionário de autorrelato que permite a monitorização do progresso e das condições clínicas dos pacientes, sendo administrado repetidamente ao longo da terapia. Pode ser, ainda, administrado no final do tratamento, com o intuito de avaliar o resultado clínico de cada paciente. É composto por 45 questões que avaliam não só o sofrimento psicológico mas também as relações interpessoais e o papel social dos pacientes.

Foram reportados excelentes valores de consistência interna para amostras portuguesas ($\alpha = .89$, Machado & Fassnacht, 2014) e não portuguesas (De Jong, Nugter, Polak, Wagenborg, Spinhoven, & Heiser, 2007; Lambert et al., 1996). A fidelidade teste-reteste foi

considerada boa, com um r de Person de .84 (Lambert et al., 1996). O RCI calculado para a população portuguesa foi de 15 pontos, com um ponto de corte de 62 pontos (Machado & Fassnacht, 2014).

Sistema de Codificação de Momentos de Inovação (SCMI).

O SCMI (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, et al., 2011), descrito anteriormente neste trabalho, permite a identificação dos diferentes tipos de MIs: ação, reflexão, protesto, reconceitualização e desempenho da mudança.

Este sistema foi usado em estudos anteriores, com diferentes problemas clínicos e diferentes abordagens terapêuticas, tendo provado ser fidedigno (Alves, Mendes, Gonçalves, & Neimeyer, 2012; Gonçalves et al., 2012; Matos et al., 2009).

A percentagem de acordo intercodificadores relativa à saliência geral de MIs foi de 89.2%, com um *Kappa* de *Cohen* de .91 (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, et al., 2011).

Sistema de Codificação de Retorno-ao-Problema (SCRP).

O SCRП (Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011) é um sistema qualitativo que analisa a reemergência da autonarrativa problemática, imediatamente após a emergência de um MI.

Estudos anteriores reportaram um acordo intercodificadores fidedigno, com um *Kappa* de *Cohen* de .93 (Gonçalves, Ribeiro, Stiles, et al., 2011).

Sistema de Codificação de Resolução da Ambivalência (SCRA).

O SCRA (Braga et al., 2015) é um sistema qualitativo que permite o estudo da resolução da ambivalência, através da identificação dos dois processos através dos quais esta ocorre. Este instrumento foi construído, refinado e validado através da análise de noventa sessões de seis casos de terapia focada nas emoções pertencentes ao estudo de Greenberg e Watson (1998), realizada por dois codificadores independentes, sendo o *Kappa* de *Cohen* de .89 para a decisão presença vs. ausência de resolução e .82 para a decisão dominância vs. negociação.

Procedimentos

Os processos psicoterapêuticos da amostra a utilizar no presente estudo foram anteriormente codificados quanto aos momentos de inovação, utilizando o SCMI, e quanto aos marcadores de retorno-ao-problema, utilizando o SCRП.

Assim sendo, na presente investigação foi realizada a codificação, por dois codificadores independentes, da resolução da ambivalência, utilizando o SCRA, nos dez casos acima mencionados.

Para tal, o primeiro passo consistiu em definir a autonarrativa problemática de cada processo psicoterapêutico, tornando claras as posições problemática e inovadora. De seguida, foi realizada uma análise sequencial de cada MI, no qual foi codificada a presença ou ausência de resolução. No caso de estar presente uma resolução deveria, então, ser codificada dominância ou negociação. Uma “não resolução” aplica-se quando não existe nem dominância nem negociação ou quando o MI é imediatamente seguido de MRP.

Posteriormente à codificação independente de cada caso, foi realizada uma reunião na qual os dois codificadores discutiram os desacordos e, na presença de um auditor, estes foram resolvidos. O *Kappa* de *Cohen* para a decisão presença vs. ausência de resolução foi de .912 e para a decisão dominância vs. negociação de .910.

Resultados

Questão 1: É através das estratégias de resolução – dominância e negociação – que os clientes resolvem a ambivalência?

Análise HLM (*hierarchical linear modeling*).

Os dados foram analisados utilizando HLM e as análises foram realizadas utilizando o *nonlinear mixed-effects modeling (NLME) package for R* (versão 3.0.1, R Development Core Team, 2013).

O HLM é uma análise útil para o estudo de dados emparelhados ou hierarquicamente estruturados (isto é, observações ao longo do tempo dos mesmos indivíduos) uma vez que tem em consideração a decomposição da variabilidade dentro dos dados; ou seja, o HLM permite a estimação simultânea dos efeitos dentro e entre os clientes.

No presente estudo, um HLM foi ajustado aos dados, permitindo um modelo de regressão para os efeitos fixos (preditores) e um efeito aleatório específico para cada cliente. Pode atribuir-se uma porção da variabilidade às diferenças entre sujeitos. Assim, ao nível 1 (intra-clientes), estimámos que os resultados fossem uma função do tempo; e ao nível 2 (entre-clientes), a variabilidade do coeficiente no nível 1 foi modelada como uma função das covariáveis “cliente” e “tempo”.

A resolução emergiu como um preditor significativo de MRPs na mesma sessão, ou seja, por cada 1% de aumento da resolução, diminui em 25.1% a probabilidade de ocorrência

de MRPs na mesma sessão ($p < .0001$). Este efeito é igual para os dois grupos em comparação ($p = n.s.$).

O fator “tempo” foi também tido em consideração nestas análises, tendo os resultados demonstrado que o seu efeito também emerge como preditor significativo de MRPs na mesma sessão, embora explicando uma menor variância dos dados do que a proporção de resolução. Neste caso, por cada sessão, diminui em 1.8% a probabilidade de ocorrência de MRP na mesma sessão ($p = .0086$).

Questão 2: Existem diferenças entre os casos de sucesso e os casos de insucesso, no recurso às duas estratégias de resolução, ao longo do tempo?

Análise GLM (*generalized linear model*).

Para testar a hipótese de que a probabilidade de resoluções aumenta ao longo do processo terapêutico nos casos de sucesso mas não nos casos de insucesso, foi modelada a probabilidade de resolução utilizando GLM.

A análise GLM permitiu-nos construir um modelo de regressão longitudinal da probabilidade de resolução como uma função linear do resultado da terapia (sucesso vs. insucesso) e do tempo (da sessão 1 à sessão 20) – variáveis explicativas – através da função “*logit link*” (esta função permite uma variação de resultado entre 0 e 1) (McCullagh & Nelder, 1989). Foi incluído um efeito aleatório específico para cada cliente para ter em consideração a variabilidade entre os mesmos, dado que era expectável que as medidas do mesmo cliente estivessem correlacionadas.

Os resultados estão apresentados na Figura 1, na qual o eixo do y representa a probabilidade de ocorrência de resolução e o eixo do x as sessões terapêuticas ao longo do tempo. A probabilidade estimada da resolução em *baseline* foi de 5.6% para os casos de sucesso e 7.2% para os casos de insucesso. Os resultados indicam que estas probabilidades não são estatisticamente diferentes ($p = n.s.$).

No que diz respeito à probabilidade estimada da resolução na última sessão, esta foi de 19% no grupo de sucesso e de 13% no grupo de insucesso. Neste caso, os resultados indicam que estas probabilidades são estatisticamente diferentes ($p = .0073$).

Adicionalmente, o efeito da interação entre o tempo e a resolução é estatisticamente significativo até à sessão 13 ($p < .0001$) mas não significativo da sessão 13 para o final ($p = n.s.$). Ou seja, até à sessão 13, no grupo de sucesso, em cada sessão aumenta em 15.9% a probabilidade de ocorrência de resolução, enquanto no grupo de insucesso tal acontece apenas

com 9.7% de probabilidade. Depois da sessão 13, em cada sessão diminui a probabilidade de ocorrência de resolução em 7.4%, tanto para os casos de sucesso como para os casos de insucesso.

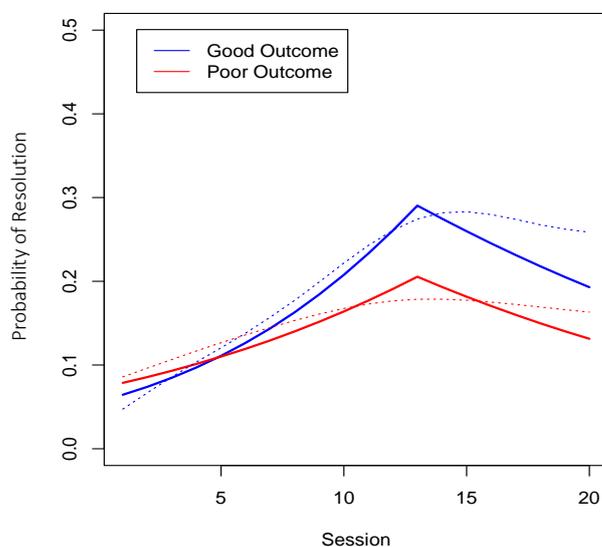


Figura 1. Probabilidade de ocorrência de resolução nos casos de sucesso e insucesso.

Questão 3: Os casos de sucesso e os casos de insucesso exibem diferentes padrões na utilização das duas estratégias de resolução da ambivalência?

Dominância.

Os resultados estão apresentados na Figura 2, sendo o primeiro gráfico relativo ao grupo de sucesso e o segundo relativo ao grupo de insucesso.

A probabilidade estimada da resolução por dominância em *baseline* foi de 79.8% para os casos de sucesso e 94.4% para os casos de insucesso. Os resultados indicam que estas probabilidades são estatisticamente diferentes ($p = .0149$).

No que diz respeito à probabilidade estimada da resolução por dominância na última sessão, esta foi de 63.1% no grupo de sucesso e de 85.8% no grupo de insucesso. Mais uma vez, os resultados indicam que estas probabilidades são estatisticamente diferentes ($p = .0149$).

Adicionalmente, o efeito da interação entre o tempo e a dominância é marginalmente significativo para os casos de sucesso ($p = .0566$), mas não significativo para os casos de insucesso ($p = n.s.$). Ou seja, no grupo de sucesso, em cada sessão diminui em 4.1% a probabilidade de ocorrência de dominância.

Negociação.

Os resultados estão apresentados na Figura 2, sendo o primeiro gráfico relativo ao grupo de sucesso e o segundo relativo ao grupo de insucesso.

A probabilidade estimada da resolução por negociação em *baseline* foi de 20.2% para os casos de sucesso e 5.6% para os casos de insucesso. Os resultados indicam que estas probabilidades são estatisticamente diferentes ($p = .0149$).

No que diz respeito à probabilidade estimada da resolução por negociação na última sessão, esta foi de 36.9% no grupo de sucesso e de 14.2% no grupo de insucesso. Mais uma vez, os resultados indicam que estas probabilidades são estatisticamente diferentes ($p = .0149$).

Adicionalmente, o efeito da interação entre o tempo e a negociação é marginalmente significativo para os casos de sucesso ($p = .0566$), mas não significativo para os casos de insucesso ($p = n.s.$). Ou seja, no grupo de sucesso, em cada sessão aumenta em 4.3% a probabilidade de ocorrência de negociação.

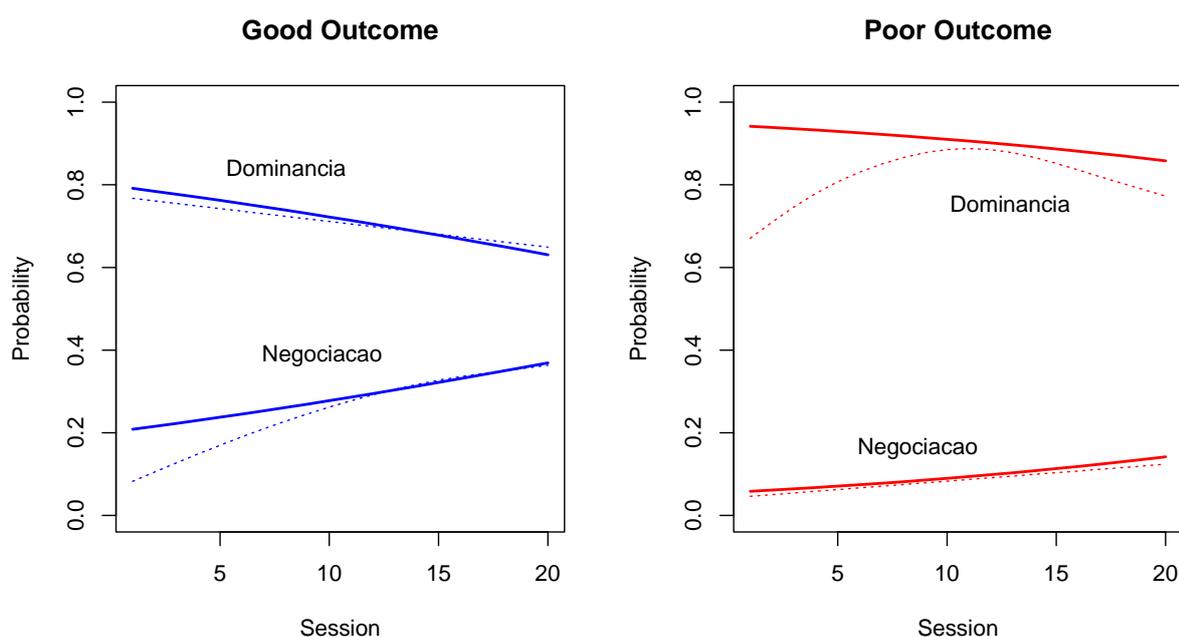


Figura 2. Probabilidade de ocorrência de dominância e negociação nos casos de sucesso e insucesso, respetivamente.

Discussão

Os resultados obtidos neste estudo indicam que a um maior número de resoluções, independentemente de qual estratégia é utilizada, está associado um menor número de MRPs, tanto nos casos de sucesso como nos casos de insucesso. Tal associação pode ser interpretada

como indicando que parece ser, de facto, através destas estratégias de resolução que os clientes são capazes de quebrar o ciclo de ambivalência.

De notar que tanto o passar do tempo como a utilização da estratégia de resolução emergiram como preditores significativos dos MRPs na mesma sessão. Relativamente ao efeito do tempo, estudos anteriores demonstraram que este está associado a uma diminuição dos MRPs nos casos de sucesso, mas não nos casos de insucesso (Ribeiro et al., 2014). No entanto, os resultados do presente estudo mostram que tal associação ocorre de forma similar nos dois grupos. Apesar disso, os dados revelam que a variância observada nos MRPs, nomeadamente a sua diminuição ao longo do processo terapêutico, é melhor explicada pelo efeito das resoluções.

No que diz respeito às diferenças existentes entre casos de sucesso e casos de insucesso, os resultados apontam para uma maior quantidade de resoluções nos primeiros. Este resultado vai ao encontro de resultados de estudos anteriores onde se demonstrou que a diminuição dos MRPs reflete a capacidade dos clientes integrarem as posições opostas do *self* (Ribeiro et al., 2014). Adicionalmente, um estudo de um caso de sucesso demonstrou também que os níveis de resolução tendem a aumentar ao longo de todo o processo terapêutico, à medida que a ambivalência vai sendo superada (Braga et al., 2015). Pelo contrário, os casos de insucesso, tal como é discutido em outros estudos (Ribeiro et al., 2014) parecem não resolver o conflito existente entre as duas partes, permanecendo com níveis altos de MRPs.

Assim, e tal como já era expectável, podemos sugerir que quando o cliente fica estagnado nesta relação cíclica de ambivalência e não progride favoravelmente no sentido do aumento do número das resoluções de tal ambivalência, o sucesso terapêutico pode ficar comprometido (Ribeiro et al., 2013).

No entanto, é importante notar que em ambos os grupos estão presentes MRPs, o que nos sugere também que a ambivalência é sempre uma parte integrante do processo de mudança (Engle & Holiman, 2002; Mahoney, 2003), corroborando a ideia de Abbey e Valsiner (2005, parágrafo 1) de que “todo o desenvolvimento é necessariamente baseado em incerteza”. Assim, apesar de a ambivalência ser, normalmente, encarada de um modo negativo, esta pode representar uma janela de oportunidade para que a mudança ocorra (Harrist, 2006). Não obstante, como qualquer sistema que perde a sua organização habitual, também os indivíduos, face a momentos de ambivalência, devem prosseguir no sentido da sua resolução. É importante, portanto, que o sistema seja modificado e rearranjado de modo a atingir novamente estabilidade e coerência (Zittoun, 2007).

Foi ainda possível observar que os grupos de sucesso e insucesso parecem iniciar o processo terapêutico aproximadamente no mesmo ponto no que toca à resolução da ambivalência e que, até à sessão 13, esta estratégia aumenta bastante mais no grupo de sucesso do que no grupo de insucesso. Depois da sessão 13, o número de resoluções em ambos os grupos evidencia uma tendência descendente.

Para explicar este padrão foram formuladas duas hipóteses. Por um lado, estes resultados podem sugerir que por volta da sessão 13, que pode representar, aproximadamente, o final da segunda fase de intervenção (onde se trabalha na reconstrução da autonarrativa alternativa), a ambivalência é maioritariamente resolvida. Por outro lado, o facto de nem todos os casos terem completado as 20 sessões pode estar a exercer alguma influência nesta tendência descendente que o modelo nos aponta, uma vez que, com menor número de clientes, o modelo perde alguma da sua capacidade de predição.

No que diz respeito ao processo de resolução de ambivalência por dominância, os resultados demonstram que os casos de insucesso utilizam consistentemente mais esta estratégia ao longo de todo o processo terapêutico, quando comparados com os casos de sucesso. Ao longo do tempo, esta estratégia tende a decrescer nos casos de sucesso, mantendo-se relativamente estável nos casos de insucesso.

Relativamente ao processo de negociação, os resultados indicam que os casos de sucesso utilizam consistentemente mais esta estratégia ao longo de todo o processo terapêutico, quando comparados com os casos de insucesso. Ao longo do tempo, esta estratégia tende a aumentar nos casos de sucesso, mantendo-se relativamente estável nos casos de insucesso.

Este padrão, especificamente nos casos de sucesso, foi já encontrado por Braga e colaboradores que demonstraram que, num caso de sucesso, o início do processo era mais caracterizado por estratégias de dominância, sendo este processo gradualmente substituído pelo processo de negociação (Braga et al., 2015).

Assim, a dominância parece ser uma estratégia de extrema importância para o processo terapêutico. De facto, esta é, em ambos os grupos, a estratégia mais amplamente utilizada para superar a ambivalência, principalmente no início da terapia. Duas hipóteses foram formuladas para explicar este resultado. Por um lado, o facto de os clientes desta amostra terem sido diagnosticados com depressão *major* pode contribuir, em parte, para esta expressão da dominância. Isto porque a este diagnóstico, nestes casos em particular, está subjacente um problema de falta de assertividade que, ao ser combatido, pode incitar a um

empowerment do cliente no sentido de se fazer ouvir e respeitar, estabelecendo os seus limites, e tal parece ser maioritariamente conseguido através das estratégias de dominância. Por outro lado, numa segunda possibilidade interpretativa, levanta-se a possibilidade de a voz inovadora, ainda frágil e em minoria no sistema de significados do cliente, ter necessidade de se impor na comunidade rígida e dominante de modo a que possa ser ouvida. Assim sendo, só depois deste trabalho de *empowerment* e de já ser considerada pela restante comunidade, através das estratégias de dominância, é que a voz se encontra numa posição de agir conjuntamente e negociar, através das estratégias de negociação.

Apesar de a dominância ser mais utilizada por ambos os grupos, a estratégia de negociação é mais utilizada pelo grupo de sucesso, sendo que esta característica parece constituir um diferenciador crucial entre os dois grupos em estudo. Estes resultados parecem ir ao encontro dos pressupostos de modelos anteriormente mencionados neste trabalho, como o modelo de assimilação. Segundo esta abordagem, para que a experiência problemática seja assimilada, uma mudança na narrativa ocorre para a acomodar, isto é, a comunidade de vozes preexistente integra a nova voz e incorpora-a no seu sistema de significados (Williams, Stiles, & Shapiro, 1999). Assim, de acordo com esta ideia, parece fazer sentido que o processo de negociação seja determinante para que a pessoa atinja o sucesso na terapia, uma vez que implica que as duas posições, problemática e inovadora, entrem em diálogo e comuniquem no sentido da promoção de uma coexistência flexível. De igual modo, parece fazer sentido que apenas através da negociação seja possível a criação de pontes de significado, pontes estas que permitem que as posições anteriormente contraditórias agora comuniquem de forma suave, deixando espaço para que ambas coexistam e ambas influenciem o comportamento do indivíduo (Honos-Webb et al., 1999).

Já Rogers também aponta que, para atingir um funcionamento pleno do *self*, o indivíduo deve esforçar-se para integrar as experiências anteriormente distorcidas ou negadas à consciência no seu esquema de funcionamento (Weiner & Craighead, 2009). O ajustamento ótimo existe quando o *self* permite a assimilação de todas as experiências na sua *gestalt*, assimilação esta que leva à redução das tensões internas (Rogers, 1959). Mais uma vez, parece fazer sentido que apenas através da estratégia de negociação seja possível que tal integração ocorra, dado que esta estratégia promove o diálogo entre as diferentes partes do *self*, contrariamente à estratégia de dominância, que as coloca em posição de disputa e controlo.

Tal como já discutido anteriormente, é comum o cliente, através da atenuação dos MIs, ignorar ou evitar a descontinuidade e incerteza que a novidade lhe provoca. No entanto, tal pode levar ao *empowerment* da posição dominante, promovendo a rigidificação da autonarrativa problemática e, conseqüentemente, impedindo o desenvolvimento do *self*. Ao silenciar ou excluir tais vozes inovadoras, o cliente está a negar-se ao acesso a uma multiplicidade de novos recursos, ou seja, está a inibir a construção de pontes de significado. Nestes casos, estas pontes são, por vezes, fracas ou inexistentes, tornando o movimento entre as diferentes posições do *self* abrupto e descontínuo (Ribeiro & Gonçalves, 2010).

Assim, parece ser importante que na terapia se fomente um modo de lidar com a ambivalência mais flexível e tolerante, reabrindo caminho para novas possibilidades de mudança. A aceitação deste processo dialógico que é a ambivalência é já um grande passo no sentido de impedir o seu evitamento ou eliminação, cultivando a abertura às múltiplas experiências do *self* (Harrist, 2006).

Concluindo, este estudo permitiu não só fortalecer resultados prévios no âmbito da ambivalência, como também trouxe novas sugestões de como este processo parece ocorrer nos casos de sucesso e insucesso, constituindo mais uma contribuição importante para o estudo empírico da resolução da ambivalência. Assim sendo, as conclusões desta investigação podem contribuir para um aumento na compreensão das trajetórias dos clientes em psicoterapia, podendo, no futuro, levar a que seja possível reduzir a ocorrência de insucessos.

Este estudo apresenta diversas limitações sobre as quais é importante refletir. O tamanho da amostra é uma delas, o que a torna muito sensível a pequenas variações que ocorram ao longo do processo. Por exemplo, o facto de nem todos os clientes terem completado as 20 sessões terapêuticas, numa amostra de apenas dez clientes, pode ter influenciado alguns dos resultados aqui apresentados. Para além disso, a restrição da problemática à depressão é também uma importante limitação, dado que implica não só problemáticas muito restritas como também estratégias terapêuticas igualmente restritas. Estas limitações restringem a possibilidade de generalização dos dados aqui encontrados.

Assim sendo, estudos futuros serão necessários para colmatar estas limitações, realizando para isso investigações com maior número de clientes e com diferentes problemáticas. Adicionalmente, pode ser também importante a realização de estudos que comparem diferentes abordagens terapêuticas, no sentido de compreender de que modo é que estas podem influenciar os processos em estudo.

Referências

- Abbey, E. & Valsiner, J. (2005). Emergence of meanings through ambivalence. *Forum Qualitative Sozialforschung/Forum: Qualitative Social Research*, 6(1). Retirado de <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0501231>
- Abramson, L., Seligman, E., & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 49-74. doi:10.1037/0021-843X.87.1.49
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Baptista, J., Ribeiro, E., Sousa, I., & Gonçalves, M. (2013). Innovative moments in grief therapy: The meaning reconstruction approach and the processes of self-narrative transformation. *Psychotherapy Research*, 24, 25-41. doi:10.1080/10503307.2013.814927
- Alves, D., Mendes, I., Gonçalves, M. M., & Neimeyer, R. A. (2012). Innovative moments in grief therapy: Reconstructing meaning following perinatal death. *Death Studies*, 36, 795-818. doi:10.1080/07481187.2011.608291
- American Psychiatric Association (2000). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais – DSM IV*. Lisboa: Climepsi.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Braga, C., Oliveira, J., Ribeiro, A., & Gonçalves, M. M. (2015). Ambivalence resolution in emotion focused therapy: The successful case of Sarah. (submitted manuscript).
- Brás, M. & Cruz, J. P. (2008). *Inventário de Acontecimentos de vida Negativos (IAV_N)*. Construção e validação para uma população adulta. Actas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e contextos. Braga: Psiquilíbrios.

- Bruner, J. S. (1990). *Acts of meaning*. Cambridge: Harvard University Press.
- Carr, A. (1998). Michael White's Narrative Therapy. *Contemporary Family Therapy*, 20, 485-503. doi:10.1023/A:1021680116584
- Coelho, R., Martins, A., & Barros, H. (2002). Clinical profiles relating gender and depressive symptoms among adolescents ascertained by the Beck Depression Inventory II. *European Psychiatry*, 17, 222–226. doi:10.1016/S0924-9338(02)00663-6
- Cruz, J. & Sousa, A. (2008). Narrativa protótipo da depressão. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 16, 71-80. doi:10.15603/2176-1019/mud.v16n1p71-80
- Cunha, C., Gonçalves, M., Valsiner, J., Mendes, I., & Ribeiro, A. (2012). Rehearsing renewal of identity: Reconceptualization on the move. In M. C. Bertau, M. Gonçalves, & P. Raggat (Eds.), *Dialogic formations: Investigations into the origins and development of the dialogical self* (pp. 205-233). Charlotte, NC: Information Age Publishing.
- De Jong, K., Nugter, M., Polak, M., Wagenborg, J., Spinhoven, P., & Heiser, W. (2007). The outcome questionnaire (OQ-45) in a Dutch population: A cross-cultural validation. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14, 288-301. doi:10.1002/cpp.529
- Dimaggio, G. (2006). Disorganized narratives in clinical practice. *Journal of Constructivist Psychology*, 19, 103-108. doi:10.1080/10720530500508696
- Engle, D. & Holiman, M. (2002). A gestalt-experimental perspective on resistance. *JCLP/In sessions: Psychotherapy in Practice*, 58, 175-183. doi:10.1002/jclp.1141
- Freud, S. (1913). *Totem and taboo*. London: George Routledge & Sons, Limited.
- Gonçalves, M., Bento, T., Lopes, R., & Salgado, J. (2009). *Manual da Escala de Adesão e Competência*. Braga, Portugal.
- Gonçalves, M. M., Matos, M., & Santos, A. (2009). Narrative therapy and the nature of “innovative moments” in the construction of change. *Journal of Constructivist Psychology*, 22, 1-23. doi:10.1080/10720530802500748

- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A. P., Sousa, I., Angus, L., & Greenberg, L. S. (2012). Innovative moments and change in client-centered therapy. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 22, 389-401. doi:10.1080/10503307.2012.662605
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L. E., & Greenberg, L. S. (2010). Innovative moments and change in emotion-focused therapy: the case of Lisa. *Journal of Constructivist Psychology*, 23, 267-294. doi:10.1080/10720537.2010.489758
- 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. (2012). Therapeutic change, innovative moments, and the reconceptualization of the self: A dialogical account. *International Journal for Dialogical Science*, 6(1), 81-98. Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/20928>
- 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, 497-509. doi:10.1080/10503307.2011.560207
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Stiles, W. B., Conde, T., Matos, M., Martins, C., & Santos, A. (2011). The role of mutual in-feeding in maintaining problematic self-narratives: exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research*, 21, 27-40. doi:10.1080/10503307.2010.507789
- Greenberg, L. S., & Watson (1998). Experiential therapy of depression: Differential effects of client-centered relationship conditions and process experiential interventions. *Psychotherapy Research*, 8, 210-224. doi:10.1093/ptr/8.2.210

- Habermas, T. & Berger, N. (2011). Retelling everyday emotional events: Condensation, distancing, and closure. *Cognition & Emotion*, 25, 206-219. doi:10.1080/02699931003783568
- Habermas, T., Ott, L., Schubert, M., Schneider, B., & Pate, A. (2008). Stuck in the past: Negative bias, explanatory style, temporal order, and evaluative perspectives in life narratives of clinically depressed individuals. *Depression and Anxiety*, 25, 121-132. doi:10.1002/da.20389
- Harreveld, F., Rutjens, B., Rotteveel, M., Nordgren, L., & van der Pligt, J. (2009). Ambivalence and decisional conflict as a cause of psychological discomfort: Feeling tense before jumping off the fence. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45, 167-173. doi:10.1016/j.jesp.2008.08.015
- Harrist, S. (2006). A phenomenological investigation of the experience of ambivalence. *Journal of Phenomenological Psychology*, 37, 85-114. doi:10.1163/156916206778150411
- Hermans, H. & Kempen, H. (1993). *The dialogical self: Meaning as movement*. San Diego, CA: Academic Press.
- Hermans, H., Kempen, H., & van Loon, R. (1992). The dialogical self: Beyond individualism and rationalism. *American Psychologist*, 47, 23-33. doi:10.1037/0003-066X.47.1.23
- Honos-Webb, L. & Stiles, W. (1998). Reformulation of assimilation analysis in terms of voices. *Psychotherapy*, 35, 23-33. doi:10.1037/h0087682
- Honos-Webb, L., Surko, M., Stiles, W. B., & Greenberg, L. S. (1999). Assimilation of voices in psychotherapy: The case of Jan. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 448-460. doi:10.1037/0022-0167.46.4.448

- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*, 12-19. doi:10.1037/0022-006X.59.1.12
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Couse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 3*, 249-258. doi:10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S
- Lopes, R., Gonçalves, M., Machado, P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative therapy vs. cognitive-behavioral therapy for moderate depression: Empirical evidence from a controlled clinical trial. *Psychotherapy Research, 24*, 662-674. doi:10.1080/10503307.2013.874052
- Machado, P. P. & Fassnacht, D. (2014). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*, 1-11. doi:10.1111/papt.12048
- Mahobey, M. J. (2003). *Constructive psychotherapy: Practices, processes, and personal revolutions*. New York: Guilford Press.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M., & Martins, C. (2009). Innovative moments and change in narrative therapy. *Psychotherapy Research, 19*, 68-80. doi:10.1080/10503300802430657
- McAdams, D. P. (1993). *The stories we live by: Personal myths and the making of the self*. New York: William Morrow.
- McCullagh, P. & Nelder, J. (1989). *Generalized linear model*. London: Chapman & Hall.

- McEvoy, P. & Nathan, P. (2007). Perceived costs and benefits of behavioural change: Reconsidering the value of ambivalence for psychotherapy outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 63, 1217-1229. doi:10.1002/jclp.20424
- Miller, W. & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Neimeyer, R. A. (2004). Fostering posttraumatic growth: A narrative contribution. *Psychological Inquiry*, 15(1), 53-59. Retirado de <http://www.jstor.org/stable/20447202>
- Osatuke, K., Glick, M. J., Gray, M. A., Reynolds, D. J., Humphreys, C. L., Salvi, L. M. & Stiles, W. B. (2004). Assimilation and narrative: Stories as meaning bridges. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 193-210). Thousand Oaks: Sage.
- Polkinghorne, D. E. (1991). Narrative and self-concept. *Journal of Narrative and Life History*, 1(2&3), 135-153. Retirado de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1994-17540-001>
- Polkinghorne, D. E. (2004). Narrative therapy and postmodernism. In L. E. Angus & J. McLeod (Eds.), *The handbook of narrative and psychotherapy: Practice, theory and research* (pp. 53-68). Thousand Oaks: Sage.
- R Development Core Team (2013). *The R Foundation for Statistical Computing*. Retirado de <https://www.r-project.org/foundation/>.
- Ribeiro, A. P. (2012). *Maintenance and transformation of selfnarratives in brief psychotherapy: Theoretical and empirical advances* (Doctoral thesis). Universidade do Minho, Braga, Portugal. Retirado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/22941>

- Ribeiro, A. & Gonçalves, M. (2010). Innovation and stability within the dialogical self: The centrality of ambivalence. *Culture & Psychology, 16*, 116-126. doi:10.1177/1354067X09353211
- Ribeiro, A. & Gonçalves, M. (2011). Maintenance and transformation of problematic self-narrative: A semiotic-dialogical approach. *Integrative Psychological and Behavioral Science, 45*, 281-303. doi:10.1007/s12124-010-9149-0
- Ribeiro, A., Gonçalves, M., & Ribeiro, E. (2009). Processos narrativos de mudança em psicoterapia: Estudo de um caso de sucesso de terapia construtivista. *Psychologica, 50*, 181-203. Retirado de <http://iduc.uc.pt/index.php/psychologica/article/view/975>
- Ribeiro, A., Mendes, I., Stiles, W., Angus, L., Sousa, I., & Gonçalves, M. (2014). Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: The maintenance of problematically dominant self-narratives. *Psychotherapy Research, 24*, 702-710. doi:10.1080/10503307.2013.879620
- Ribeiro, A., Ribeiro, E., Loura, J., Gonçalves, M., Stiles, W., Horvath, A., & Sousa, I. (2013). Therapeutic collaboration and resistance: Describing the nature and quality of the therapeutic relationship within ambivalence events using the Therapeutic Collaboration Coding System. *Psychotherapy Research, 24*, 346-359. doi:10.1080/10503307.2013.856042
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science: Formulations of the person and the social context* (vol 3, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.
- Santos, A., Gonçalves, M., & Matos, M. (2011). Innovative moments and poor outcome in narrative therapy. *Psychotherapy Research, 11*, 129-139. doi:10.1080/14733140903398153

- Sarbin, T. R. (1986). The narrative and the root metaphor for psychology. In T. R. Sarbin (Ed.), *Narrative psychology: The storied nature of human conduct* (pp. 3-21). New York: Praeger.
- Seggar, L., Lambert, M., & Hansen, N. (2002). Assessing clinical significance: application to the Beck Depression Inventory. *Behavior Therapy, 33*, 253-269. doi:10.1016/S0005-7894(02)80028-4
- Sincoff, J. (1990). The psychological characteristics of ambivalent people. *Clinical Psychology Review, 10*, 43-68. doi:10.1016/0272-7358(90)90106-K
- Steer, R., Brown, G., Beck, A., & Sanderson, W. (2001). Mean Beck Depression Inventory-II scores by severity of major depressive episode. *Psychological Reports, 88*, 1075-1076. doi:10.2466/pr0.2001.88.3c.1075
- Stiles, W. (1999). Signs and voices in psychotherapy. *Psychotherapy Research, 9*, 1-21. doi:10.1080/10503309912331332561
- Stiles, W. (2011). Coming to terms. *Psychotherapy Research, 21*, 367-384. doi:10.1080/10503307.2011.582186
- Stiles, W., Elliot, R., Llewelyn, S., Firth-Cozens, J., Margison, F., Shapiro, D., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy, 27*, 411-420. doi:10.1037/0033-3204.27.3.411
- Stiles, W., Osatuke, K., Glick, M., & Mackay, H. (2004). Encounters between internal voices generate emotion: An elaboration of the assimilation model. In H. Hermans & G. Dimaggio (Eds.), *The dialogical self in psychotherapy* (pp. 91-107). New York: Brunner-Routledge.
- Valsiner, J. (2008). Constraining one's self within the fluid social worlds. Paper presented at the 20th Biennial ISSBD meeting, Wurzburg.

- Valsiner, J. & Sato, T. (2006). Historically structured sampling (HSS): how can psychology's methodology become tuned into the reality of the historical nature of cultural psychology? In J. Straub, C. Jolbl, D. Weidemann & B. Zielke (Eds.), *Pursuit of meaning: Theoretical and methodological advances in cultural and cross-cultural psychology* (pp. 215-251). Bielefeld: Verlag fur Jommunikation, Kultur und Soziale Praxis.
- Weiner, I. & Craighead, W. (2009). *The corsini encyclopedia of psychology*. New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: Norton.
- Williams, J., Stiles, W., & Shapiro, D. (1999). Cognitive mechanisms in the avoidance of painful and dangerous thoughts: Elaborating the Assimilation Model. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 285-306. doi:10.1023/A:1018743615228
- Zittoun, T. (2007). Dynamics of interiority: Ruptures and transitions in *self*-development. In L. M. Simão and J. Valsiner (Eds.), *Otherness in question: Labyrinths of the self*. (pp. 187-214). Charlotte, NC: Information Age Publishing.