



**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Deolinda de Lurdes de Sá e Silva

## **Colaboração Terapêutica em Episódios de Ambivalência**

outubro de 2016





**Universidade do Minho**  
Escola de Psicologia

Deolinda de Lurdes de Sá e Silva

## **Colaboração Terapêutica em Episódios de Ambivalência**

Dissertação de Mestrado  
Mestrado Integrado em Psicologia

Trabalho efetuado sob a orientação do  
**Doutor António Ribeiro**

outubro de 2016

## DECLARAÇÃO

**Nome:** Deolinda de Lurdes de Sá e Silva

**Endereço eletrónico:** a15421@alunos.uminho.pt

**Título da Dissertação de Mestrado:** Colaboração Terapêutica em Episódios de Ambivalência

**Orientador:** Doutor António Ribeiro

**Ano de conclusão:** 2016

**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, 17 de outubro de 2016.

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

## **Índice**

Agradecimentos .....	v
Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
<b>Introdução</b> .....	<b>8</b>
1. Estudos empíricos da ambivalência e da sua resolução .....	9
2. Colaboração terapêutica e ambivalência .....	10
<b>Método</b> .....	<b>13</b>
1. Participantes .....	13
2. Terapia.....	14
3. Medidas/instrumentos .....	14
3.1. Medidas de resultados terapêuticos das sessões .....	14
3.1.1. O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II).....	14
3.1.2. Outcome Questionnaire-45.2 .....	15
3.2. Medidas de processo de estudos anteriores .....	15
3.3. O Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT) do estudo atual ...	16
3.3.1. Medidas das intervenções terapêuticas, apoio e desafio, e medidas das respostas do cliente, validação e invalidação .....	17
3.3.2. Medidas das respostas do cliente, validação e invalidação .....	19
4. Procedimentos .....	20
4.1. Procedimentos de codificação com o SCMI, SCRCP, SCRA, e SCCT em estudos anteriores.....	20
4.2. Procedimentos de codificação do caso A com SCCT no estudo atual .....	21
<b>Resultados</b> .....	<b>22</b>
5. Evolução da proporção da ambivalência (MRPs) e da sua resolução nos casos de sucesso e insucesso ao longo das sessões .....	22
5.1. Resultados das intervenções terapêuticas, antes e depois dos episódios de ambivalência e da sua resolução, dos casos de sucesso e insucesso.....	24
5.1.1. Como se caracteriza a intervenção do terapeuta antes e depois dos MRPs nos casos de sucesso e insucesso? .....	24
5.1.2. Como é que a cliente respondeu à intervenção do terapeuta depois dos MRPs nos casos de sucesso e insucesso? .....	24
5.1.3. Como se caracterizou a intervenção do terapeuta nos momentos de resolução da ambivalência nos casos de sucesso e insucesso? .....	26

5.1.4 Como é que a cliente respondeu à intervenção do terapeuta aos momentos de resolução da ambivalência nos casos de sucesso e insucesso? .....	26
<b>Discussão</b> .....	27
Limitações e sugestões para estudos futuros.....	30
<b>Referências</b> .....	30

### Índice de Figuras

Figura 1. ZTDP Adaptado de Ribeiro, Ribeiro et al., 2013 .....	16
Figura 2. Gráfico da evolução da proporção dos MRPs nos dois casos clínicos .....	23
Figura 3. Gráfico da evolução da proporção da resolução da ambivalência nos dois casos clínicos. ....	23

### Índice de Tabelas

Tabela 1. Especificadores de Apoio e de Desafio .....	17
Tabela 2. Especificadores de Validação e de Invalidação .....	19
Tabela 3. Intervenções do terapeuta em episódios de ambivalência.....	24
Tabela 4. Respostas das clientes em episódios de ambivalência nos casos de sucesso e insucesso.....	25
Tabela 5. Intervenções do terapeuta em episódios de resolução da ambivalência.....	26
Tabela 6. Respostas das clientes em episódios de resolução da ambivalência nos casos de sucesso e insucesso.....	27

### Lista de Abreviaturas

BDI-II	Beck Depression Inventory II
EAC-TN-TC	Escala de Adesão e Competência para Terapia Narrativa e Cognitivo-Comportamental
MI	Momento de Inovação
MRP	Marcadores de Retorno-ao-Problema
OQ- 45.2	Outcome Questionnaire 45.2
RCI	Reliable Change Index
SCMI	Sistema de Codificação de Momentos de Inovação
SCRP	Sistema de Codificação de Retorno ao Problema

SCRA	Sistema de Codificação de Resolução da Ambivalência
SCCT	Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica
SPSS	Statistical Program for Social Sciences
EXCEL	Microsoft Excel Program

## Agradecimentos

Quero agradecer ao meu orientador, Doutor António Ribeiro, e ao Professor Doutor Miguel Gonçalves, pela oportunidade de fazer parte integrante da equipa de investigação dos *Momentos de Inovação*, nos *Processos de Mudança em Psicoterapia* da Universidade do Minho. Foi com muito gosto que desenvolvi a minha Dissertação de Mestrado, na área Clínica e da Saúde sobre a *Colaboração Terapêutica em Episódios de Ambivalência*. Agradeço em particular ao Doutor António, pela orientação do meu trabalho, pela seriedade e competência demonstradas, e pela admirável capacidade intrínseca de estabelecer relação, tão importante em terapia.

Aos dois, um agradecimento pelo rigor e pela excelência!

Quero agradecer também à equipa de investigação em que estive inserida, por acolher os “Juniores” como parte integrante da equipa, e pelas valiosas observações que foram fazendo às minhas apresentações ao longo do ano. Agradeço em especial à Doutoranda Cátia Braga pelo treino de codificação e pela proximidade com que o fez, pela simpatia e apoio.

Deixo um agradecimento à Margarida Pinheiro e à Guida Fernandes.

A todos os que contribuíram para a realização de mais um projeto nesta universidade.

Em especial ao meu marido, Filipe, e às minhas duas princesas, Joana e Carolina.

Aos meus pais, Júlia Sá e Armando Campos, pelos valores que incutiram na minha educação e que me impulsionaram para a minha formação académica, especialmente a minha mãe que foi um exemplo e que não pode esperar... para a realização deste projeto, a quem dedico este trabalho!



# COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA EM EPISÓDIOS DE AMBIVALÊNCIA

## Resumo

A ambivalência é parte integrante do processo de mudança em psicoterapia, mas a sua resolução assume um papel fulcral, para a qual colaboração terapêutica tem sido associada à evolução positiva dos resultados. O objetivo foi analisar de modo compreensivo a intervenção terapêutica e a resposta de duas clientes com diferentes resultados terapêuticos, nos episódios de ambivalência e da sua resolução, bem como o trabalho terapêutico na *Zona Terapêutica de Desenvolvimento Proximal*. Usando uma metodologia de estudo de caso aplicamos o TCCS (Ribeiro et al., 2013) a dois casos clínicos, de sucesso e insucesso, seguidos em CBT que expressaram ambivalência. Os resultados sugerem que o terapeuta parece intervir de forma semelhante em ambos os casos, mas os clientes respondem de forma diferente: o caso de sucesso responde no mesmo nível de desenvolvimento ou acima do nível proposto, ao passo que o caso de insucesso trabalha no mesmo nível ou aquém. Este estudo é consistente com a teoria de que nos casos de insucesso o trabalho terapêutico ocorre à frente da ZTDP, e além disso, o nível de preparação para a mudança, a motivação, e o compromisso são fundamentais para o sucesso terapêutico.

*Palavras-chave:* Ambivalência; Colaboração Terapêutica; Mudança.

## THERAPEUTIC COLLABORATION IN AMBIVALENCE EPISODES

### Abstract

Ambivalence is part of the process of change in psychotherapy, but its resolution plays a key role, for which therapeutic collaboration has been linked to positive development of results. The objective was to analyze in a comprehensive manner the therapeutic intervention and the response of two clients with different therapeutic results in episodes of ambivalence and its resolution, and the therapeutic work in the therapeutic *Zone of Proximal Development*. Using a case study methodology, we applied TCCS (Ribeiro et al, 2013) to two CBT clinic cases with one successful and one unsuccessful. The results suggest that the therapist tended to intervene in a similar way in both, but the clients responded in a different way: the successful case worked in same developmental level proposed or above, whereas the unsuccessful case responded in the same level or below. This study is consistent with theory that in unsuccessful case the therapeutic dyad worked above the current TZPD, contributing to the maintenance of ambivalence and moreover, the level of preparation for change, motivation, and commitment are fundamental to therapeutic success.

*Keywords:* Ambivalence; Therapeutic Collaboration; Change.

### Introdução

A ambivalência pode ser definida como um movimento cíclico entre duas partes opostas do *Self* (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos & Santos, 2011), nomeadamente a novidade narrativa que emerge na conversação terapêutica ou Momento de Inovação (MI) e um retorno à narrativa problemática dominante. Gonçalves e colaboradores (2011) defendem que os MIs são novidades que sobressaem em contraste com as autonarrativas problemáticas do cliente; para identificar os MIs foi desenvolvido o *Sistema de Codificação em Momentos de Inovação* (SCMI) que se revelou um método robusto e sensível a diferentes modalidades de psicoterapia. Gonçalves, Ribeiro, Santos, Gonçalves e Conde (2009) com o intuito de desenvolver uma medida de ambivalência propuseram o *Marcador de Retorno-ao-Problema* (MRP), que é um indicador empírico com base em constatações recorrentes de momentos em terapia em que os MIs eram seguidos pelo retorno à auto narrativa problemática. Os autores referem que os MRPs, como marcadores de ambivalência face à mudança, podem ser um fenómeno relativamente comum, sinalizando porventura a incerteza e a ansiedade que a mudança pode provocar. Supõe-se que a ambivalência esteja associada com a necessidade de autoproteção, ao enfrentar uma rutura no padrão habitual de funcionamento que é rígido e que causa sofrimento, mas que se apresenta mais estável e familiar do que a imprevisibilidade que a mudança implica (Ribeiro, Gonçalves, Silva, Brás & Sousa, 2015). O retorno à autonarrativa problemática dominante invalida a inovação do cliente e o modo como sente, age e pensa, além disso, desconsidera o seu sentido levando a uma estabilidade pela ausência de contradição interna (Gonçalves, et al., 2011). Porém, ao reemergir a auto narrativa problemática é restabelecido o sentido de estabilidade ainda que problemático, porque se por um lado o MI liberta o cliente da opressão resultante da auto narrativa problemática dominante por outro produz ansiedade (Gonçalves & Silva, 2014). Por conseguinte, ao evocar uma resposta autoprotetora desconsidera o MI e o seu significado, promove a estabilidade, mas pode, eventualmente, levar ao fracasso terapêutico (Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath & Stiles, 2013). Safran & Warren (2002) referem que não é possível pensar em terapia breve sem ambivalência e que é problemático que seja rapidamente desvalorizada. Neste sentido, Ribeiro e colaboradores (2015) indicam o papel fulcral da resolução da ambivalência na evolução positiva do resultado, particularmente a forma como é superada durante a terapia. A ambivalência é considerada habitual e faz parte integrante da trajetória no processo de mudança (DiClemente, Engle & Arkowitz, 2005 citados em Miller & Rollnick, 2013); (Mahoney, 2003; Engle & Holiman, 2002 citados em Ribeiro, et al., 2014). Adicionalmente a ambivalência foi considerada a solução para a mudança psicoterapêutica (Kelly, Wood,

Shearman, Phillips & Mansell, 2012). Também Hunter, Button e Westra (2014) referem que a ambivalência do cliente perante a mudança é considerada essencial em terapia cognitivo comportamental (TCC). McEvoy e Nathan (2007) associaram a ambivalência à mudança, pois concluíram que indivíduos ambivalentes experienciam menos sintomas do que aqueles que reconhecem benefícios na mudança e que reconhecer os custos da mudança está associado a melhores resultados.

### **1. Estudos empíricos da ambivalência e da sua resolução**

Os MRPs foram identificados em diferentes amostras de *Depressão Major* (DSM-IV, 2000) em terapia focada nas emoções (Ribeiro, et al., 2014; Braga et al., 2016), terapia narrativa (Ribeiro, et al., 2015; Ribeiro et al., 2016), numa amostra de luto seguida terapia construtivista (Alves, et al., 2015). Os resultados sugerem que o decréscimo significativo dos MRPs que se verifica apenas nos casos de sucesso é um processo central, parecendo refletir uma superação de ambivalência (Ribeiro, et al., 2014) ao longo das sessões. Assim, a presença recorrente dos MRPs em estádios mais avançados do processo terapêutico pode ser vista como um sinal de alarme para que o terapeuta ajuste a intervenção, transformando ambivalência em oportunidades de crescimento (Ribeiro, et al., 2015). Deste modo, de acordo com os autores, a resolução dos MRPs desempenha um papel, eventualmente, decisivo na evolução do resultado terapêutico. Com o intuito de estudar o processo de resolução da ambivalência dos clientes, foi criado o *Sistema de Codificação de Resolução da Ambivalência* (SCRA) constituindo um marco importante na investigação empírica em psicoterapia (Braga, Oliveira, Ribeiro & Gonçalves, 2016). Os autores consideram que a resolução da ambivalência é um processo que resulta da acumulação e articulação de momentos (que chamam micro-resoluções) em que o cliente alcança, ainda que temporariamente, uma postura determinada e procura resolver a ambivalência. Os autores categorizam dois processos possíveis de resolução interrelacionados: 1) dominância da posição inovadora que ao assumir o domínio regulariza a posição problemática dominante, dando origem à inibição da posição problemática; e 2) negociação colaborativa entre estas duas posições que põem fim à rivalidade das duas vozes opostas do *Self* mediante diálogo e ação conjunta (Gonçalves & Ribeiro, 2012). Até à data, os resultados sugerem que os casos de sucesso apresentam maior frequência de resoluções e que nestes o aumento da frequência destes marcadores numa dada sessão prediz a diminuição dos MRPs na mesma sessão.

### 2. Colaboração terapêutica e ambivalência

A ambivalência perante a novidade narrativa é um processo intrapessoal, todavia quando aparece depende também da natureza do processo interativo entre o terapeuta e o cliente, destacando a oportunidade intersubjetiva da interação entre ambos (Gonçalves, et al., 2012). A colaboração pode tornar-se num agente terapêutico em si, na medida em que o cliente e o terapeuta exploram conjuntamente formulações e estratégias, produzindo meios para estabelecer um sentido intrapessoal, e potenciando a emergência de uma autonarrativa alternativa (Ribeiro et al., 2013).

Com o intuito de compreender como a colaboração terapêutica em momentos de ambivalência, Ribeiro e colaboradores (2013) têm vindo a utilizar o *Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica* (TCCS) (Ribeiro, Ribeiro, Gonçalves, Horvath & Stiles, 2013). Esta metodologia integra o conceito de *Zona Terapêutica de Desenvolvimento Proximal* (ZTDP) como um padrão de como os clientes progredem em terapia e que advém do conceito de Vygotsky (1924; 1978 citado em Ribeiro, et al., 2013). O conceito de ZDP foi desenvolvido por Vygotsky (1978) quando avaliou de modo crítico os estudos de inteligência nas crianças (Vygotsky, 1978). Vygotsky notou que as crianças através de uma resolução de problemas em cooperação com os adultos excediam o desempenho esperado por idade. A ZTDP é definida como o intervalo entre o nível de desenvolvimento atual do cliente e o seu nível de desenvolvimento potencial, ou entre a perspetiva habitual e a possibilidade de transformação, ao colaborar com o terapeuta (Ribeiro, et al., 2012). A habilidade terapêutica para Ribeiro e colaboradores (2016) consiste em avaliar continuamente os limites atuais da ZTDP e ao trabalhar nessa zona ir ajustando as intervenções do terapeuta. Ou seja, o grau em que apoiam a habitual autonarrativa e a narrativa inovadora, ou desafiam o cliente no sentido de avançarem para o seu nível de desenvolvimento potencial. Neste sentido, pode avaliar-se o sucesso destes ajustes através da observação de como os clientes aceitam ou rejeitam a intervenção do terapeuta (Ribeiro et al., 2016).

Numa análise da colaboração terapêutica em momentos de ambivalência, de um caso de insucesso em terapia narrativa, os resultados mostraram que perante uma intervenção terapêutica de desafio, após o surgimento de ambivalência, o cliente tendia a invalidar a intervenção, sugerindo que o terapeuta não se encontrava no nível de desenvolvimento do cliente, e por trabalhar fora da ZTDP contribuía para a manutenção da ambivalência (Ribeiro, et al., 2013). Assim, os autores referem que a intervenção terapêutica envolve duas categorias: suporte e desafio da perspetiva pelo cliente. Há situações em que a intervenção do terapeuta é pouco validada pelo cliente, por este ficar aquém do nível de desenvolvimento proposto pelo

## COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA EM EPISÓDIOS DE AMBIVALÊNCIA

terapeuta. Adicionalmente, as respostas de invalidação indicam a necessidade do cliente receber mais apoio por parte do terapeuta antes de aceitar desafios, e as respostas de suporte revelam-se, comparativamente, bem sucedidas. Assim, é mais provável que a terapia seja eficaz dentro da ZTDP, sendo consistente com trabalhos anteriores (Ribeiro, et al., 2013).

O SCCT avaliou como a dupla terapêutica trabalhou na ZTDP (Ribeiro et al., 2016) em dois casos comparativos de sucesso e insucesso, examinando as respostas dos clientes face às intervenções dos terapeutas. Os autores concluíram que a intervenção terapêutica que precedia a ambivalência tendia a surgir quando o terapeuta, com o intuito de potenciar um MI, trabalhava mais próximo do limite superior da ZTDP. Nos dois casos, cerca de 70% da ambivalência, medida por MRPs, surgiu em sequência de intervenções em que o terapeuta desafiou o cliente ou suportou a voz não dominante (MI). Perante as expressões de ambivalência dos clientes os resultados mostraram que o terapeuta não respondeu de forma diferente, evidenciando de uma forma idêntica e equilibrada as intervenções de apoio à autonarrativa dominante. Porém, no caso de sucesso, quando o terapeuta responde aos MRPs apoiando a voz dominante, o cliente movido para além do nível proposto, elabora em 43% das vezes um MI. Os resultados suportam a explicação teórica de que, no caso de insucesso, o terapeuta não se encontrava no nível de desenvolvimento do cliente. Trabalhou para além da ZTDP ou nível de desenvolvimento atual do cliente contribuindo, assim, para a manutenção da ambivalência. Ribeiro e colaboradores (2016) observaram ainda que a maioria das expressões de ambivalência que ocorreram após intervenções desafiadoras está em congruência com resultados anteriores usando MRPs (Ribeiro et al., 2014). Neste sentido, Gonçalves e colaboradores (2012) sugerem que a ambivalência surgiu em sequência de intervenções em que o cliente foi desafiado pelo terapeuta. A intervenção terapêutica de desafio face à autonarrativa desadaptativa do cliente ameaçou o julgamento de autoestabilidade, e levou a um aumento do seu nível de ansiedade. As respostas de ambivalência revelam que a intervenção do terapeuta excedeu a capacidade do cliente integrar novidade, começando por validá-la, mas acabando por se proteger (Ribeiro, et al., 2013). A este propósito, indicam ser necessário dar suporte aos clientes para que se sintam seguros, e por outro lado sugerem a necessidade de se desafiar as suas autonarrativas habituais desadaptativas, impulsionando a ocorrência de MIs. Os autores sugerem ainda um equilíbrio dinâmico na relação terapêutica no sentido de intervir numa zona em que o cliente sente segurança mas é também capaz de experimentar MIs. Pois, se por um lado se der um destaque excessivo na segurança pode desconsiderar-se oportunidades de reavaliar a autonarrativa disfuncional, ao passo que demasiado relevo no desafio pode promover resistência por

provocar a uma ansiedade excessiva. No mesmo sentido, Restifo (2010) sugere que o requisito mais importante para os pacientes diminuírem a sua resistência à mudança é, efetivamente sentirem-se adequadamente compreendidos quer em termos intelectuais quer afetivos, dando voz à ambivalência e às possíveis razões subjacentes (Restifo, 2010). Aumentar a consciência dos auto esquemas recorrendo à empatia e ao apoio pode alterar a ambivalência (resenha: Engle & Arkowitz, 2006, por Jeff Hayes, 2007). Adicionalmente Restifo, (2010) sugere uma abordagem com entrevista motivacional ou intervenção não-diretiva para pacientes com resistência elevada.

### **3. Objetivo e questões de investigação**

A presente investigação incide sobre a metodologia de estudo de caso, dado que o objetivo deste trabalho é analisar a interação terapêutica nos momentos de ambivalência, e resolução da mesma, especificamente a intervenção do terapeuta antes e depois dos MRPs (Gonçalves, et al., 2009), e depois da sua resolução (Gonçalves & Ribeiro, 2011; Gonçalves & Ribeiro 2012), bem como a reação ou resposta das clientes. A natureza das questões de investigação formuladas, estão centradas numa compreensão detalhada e aprofundada do fenómeno – a resolução da ambivalência no contexto da interação terapêutica. Assim, foram definidas as seguintes questões de investigação:

1) Como se caracteriza a intervenção do terapeuta antes e depois dos episódios de ambivalência e dos momentos da sua resolução?

2) Como é que as clientes respondem à intervenção do terapeuta?

Esta análise de dados qualitativa possibilita uma compreensão reflexiva, de todo o processo interativo. O estudo empírico consistiu na análise de dois casos clínicos comparativos: de sucesso e insucesso, do Serviço de Psicologia/Unidade de Investigação de Psicoterapia e Psicopatologia da Escola de Psicologia da Universidade do Minho. Para a análise de conteúdo temática da colaboração terapêutica, tivemos em atenção a interação da díade pelo método de análise da conversação que envolveu duas falas alternadas, a do terapeuta e a do cliente (Gonçalves, 2012; Ribeiro et al., 2013). Os resultados dos diferentes casos clínicos, permitem perceber como a evolução da colaboração terapêutica pode potenciar o sucesso terapêutico pela resolução da ambivalência do cliente, ou o insucesso pela falta de resolução da ambivalência.

## Método

### 1. Participantes

A amostra é constituída por duas participantes, parte integrante de uma amostra maior de 28 clientes de TCC de um estudo anterior, na extensão do projeto de investigação “Mudança Narrativa em Psicoterapia” (PSI/72846/2006) coordenado pelo Professor Doutor Miguel Gonçalves, que comparou a eficácia da terapia narrativa (TN) *versus* TCC para a depressão (Lopes, et al., 2014), em sessões de psicoterapia com *Perturbação Depressiva Major* (DSM-IV, 2000). São ambas do sexo feminino, na época da intervenção terapêutica, a cliente do caso A tinha 27 anos de idade e a cliente do caso B tinha 46 anos, e foram selecionadas por terem resultados terapêuticos diferentes, e estarem disponíveis para investigação.

A cliente do caso A apresentava os seguintes problemas: falta de confiança/falta de autoestima; processo de divórcio; relação conturbada com ex-marido e com a família dele; dificuldades em lidar com o relacionamento íntimo/término de relação; sintomas de ansiedade (cardíacos, insónias, falta de apetite, etc.); a vontade de querer apressar o divórcio faz com que pretenda abrir mão dos direitos que tem; vontade de desistir de viver; medo de voltar a confiar nas pessoas; preocupação com conflitos familiares decorrentes da separação; necessidade de reorganizar a vida profissional e pessoal; pensamentos intrusivos, ruminações; sobrevalorização da opinião dos outros/falta de assertividade; conflito com familiares (da própria família e da família do ex-marido) devido à separação; problemas de memória e concentração.

Na cliente do caso B foram identificados os seguintes problemas: sentimento de impotência; ruminação; esquecimento; ideação suicida; noção de que tudo é penoso, que tem de fazer um esforço; cansaço; sentimentos de culpa; sentimentos de inutilidade; insatisfação com atitude passiva do marido; medo de ficar sozinha; acomodação à situação com o marido; sentimentos de ser uma “casa desarrumada”; confusa; perdida e dividida; falta de confiança; insatisfação profissional associada a certas tarefas e falta de prazer nas atividades.

O terapeuta dos dois casos era um estudante de doutoramento em psicologia clínica, com 3 anos de experiência em psicoterapia cognitivo comportamental, do sexo masculino, com 33 anos de idade.



### **2. Terapia**

A terapia teve por base o manual cognitivo comportamental de Beck, Rush, Shaw, & Emery, (1997); Leahy & Holland (2000) como citados em Lopes e colaboradores (2014). As sessões, após avaliação, foram orientadas por um protocolo semiestruturado por meio de estratégias comportamentais (e.g., diários de atividades). Foram usadas técnicas de reestruturação cognitiva (e.g., identificação e debate dos pensamentos automáticos; identificação, questionamento e esclarecimento de crenças disfuncionais), e foram dadas instruções aos clientes para auto monitorizar o progresso fora das sessões, com tarefas de casa. Realizou-se avaliação do progresso da cliente e a prevenção de recaída no fim do processo. Este caso foi supervisionado por um terapeuta sênior em TCC, e foi avaliada a adesão do terapeuta ao modelo terapêutico TCC tendo-se revelado adequada, com a Escala de Adesão e Competência para a narrativa e TCC (ACS-N-CBT) (Gonçalves, Bento, Lopes, & Salgado, 2009 citado em Lopes et al., 2014).

### **3. Medidas/instrumentos**

#### **3.1. Medidas de resultados terapêuticos das sessões**

##### **3.1.1. O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II)**

O Inventário de Depressão de Beck (BDI-II); (Beck, Steer, & Brown, 1996; versão portuguesa adaptada por Coelho, Martins, & Barros, 2002). É uma medida de auto relato com 21 itens (Beck et al., 1996; Steer, Brown, Beck & Sanderson, 2001) que avalia os sintomas da depressão. Usando uma escala de likert (0-3) de acordo com o grau de severidade nas duas últimas semanas, os itens são ramificados em cognitivos, afetivos e somáticos, e os valores mais elevados correspondem a maior gravidade da depressão, cuja pontuação pode variar de 0 a 63.

O BDI-II apresenta atributos similares à versão original (Campos & B. Gonçalves, 2011; Coelho, Martins & Barros, 2002 citados em Lopes et al., 2014). A consistência interna ( $\alpha = 0.91$ , Steer, Brown, Beck, & Sanderson, 2001;  $\alpha = 0.89$  citados em Lopes et al., 2014), e validade de construto satisfatória (Beck et al., 1996; Steer et al., 2001 citados em Lopes et al., 2014), mostrando-se adequadas para esta medida. Como não foi possível encontrar o Reliable Change Index (RCI) (Jacobson & Truax, 1991 citados em Lopes et al., 2014) em estudos portugueses, os dados normativos de meta análises de diferentes amostras (Seggar, Lambert, & Hansen, 2002 citados em Lopes et al., 2014), foram usados para calcular a proporção do progresso clínico (RCI = 8.46; ponto de corte = 14.29).

### **3.1.2. Outcome Questionnaire-45.2**

O Outcome Questionnaire-45.2 (OQ-45.2; Lambert & Burlingame, 1996; versão portuguesa adaptada por Machado & Fassnacht, 2014) é uma medida de auto relato composto por 45 itens numa escala de likert (0-4) que avaliam três dimensões: o sofrimento psicológico geral, o relacionamento interpessoal e o funcionamento social dos clientes.

Este instrumento apresenta evidências de validade, confiança e consistência interna: a RCI (Reliable Change Index) calculada para a população portuguesa foi de 15 pontos e o corte foi de 62 pontos (Machado & Fassnacht, 2014 citados em Lopes et al., 2014); a fidelidade teste-reteste foi considerada boa, com um  $r$  de Person de 0.84 (Lambert et al., 1996 citados em Lopes et al., 2014); a consistência interna foi considerada excelente, para Portugal ( $\alpha = 0.89$ ; Machado & Fassnacht, 2014 citados em Lopes et al., 2014) e amostras não portuguesas (Jong et al., 2007; Lambert et al., 1996 citados em Lopes et al., 2014). A pontuação máxima do instrumento é de 180, e as pontuações maiores correspondem a um maior disfuncionamento. Durante a terapia recorreu-se a esta medida para monitorizar a sintomatologia e evolução clínica dos clientes.

## **3.2. Medidas de processo de estudos anteriores**

### **3.2.1. Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI)**

O SCMI (Gonçalves, Ribeiro, Mendes, Matos, & Santos, 2011) permite a categorização de 5 tipos de MI(s). A aplicação deste sistema de codificação mostrou-se válido em sintomatologia clínica diferente e com diferentes terapias (Matos Santos, Gonçalves & Martins, 2009; Mendes, et al., 2010; Alves, Mendes, Gonçalves, & Neimeyer, 2012; Gonçalves et al., 2012; Lopes et al., 2014), sendo o acordo inter codificadores correspondente à saliência geral de MIs de 89.2%, e de 0.91 de *Kappa de Cohen* (Gonçalves, et al., 2011).

### **3.2.2. Sistema de Codificação de Retorno-ao-Problema (SCRP)**

O SCRП (Gonçalves, et al., 2011) é uma codificação qualitativa que examina a reemergência da autonarrativa habitual e problemática (RPM), logo depois do surgimento de um MI. Estudos anteriores indicaram um acordo inter codificadores confiável, 0.93 de *Kappa de Cohen* (Gonçalves, et al., 2011).

### 3.2.3. Sistema de Codificação de Resolução da Ambivalência (SCRA)

O SCRA (Braga et al., 2016) é um sistema de codificação qualitativo que possibilita estudar o processo de resolução da ambivalência, mediante duas posições: a dominância e a negociação. O estudo por dois codificadores independentes de noventa sessões de seis casos clínicos de terapia focada nas emoções pertencentes ao estudo de Greenberg e Watson (1998), obteve 0.89 de *Kappa de Cohen* para a presença de decisão vs ausência de resolução e 0.82 para dominância vs negociação.

### 3.3. O Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica (SCCT) do estudo atual

Gonçalves e colaboradores (2012) mencionam que ao trabalhar num continuum desenvolvimental, o terapeuta intervém com suporte quando trabalha próximo ou no nível de desenvolvimento atual de um cliente (narrativa problemática) e intervém com desafio quando o faz um pouco além do seu nível de desenvolvimento (potencial narrativa alternativa). Quando os clientes chegam à terapia apresentam, regra geral, uma tolerância ou capacidade limitada para experienciar o mundo de maneira alternativa, a mudança é facilitada pelo uso de estratégias que auxiliam os clientes a passarem do nível de desenvolvimento atual para o potencial tendo em conta a ZTDP (Ribeiro, et al., 2013).

Neste sentido, esta codificação qualitativa disponibiliza medidas da intervenção terapêutica: suporte e desafio (Tabela 1) e medidas das respostas do cliente: validação, ambivalência e invalidação (Tabela 2). Tem como unidade de análise duas falas, terapeuta e cliente, e possibilita a categorização da interação relativamente à *Zona Terapêutica de Desenvolvimento Proximal* (Gonçalves, et al., 2012); (Ribeiro et al., 2013) (Figura 1).

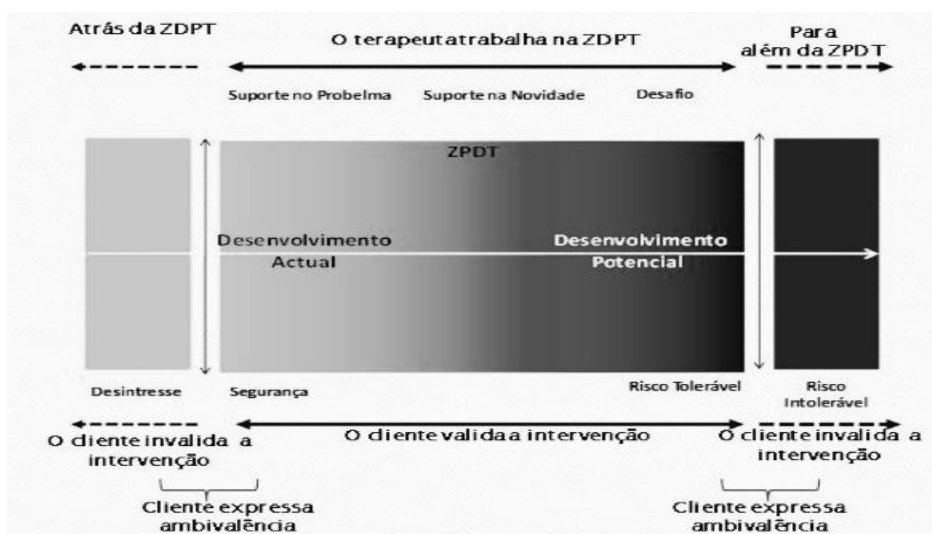


Figura 1. ZTDP Adaptado de Ribeiro, Ribeiro et al., 2013

No que diz respeito à resposta do cliente, os autores propõem três categorias diferentes, que nos indicam a posição da díade terapêutica face à ZDPT num dado momento: validação quando a intervenção do terapeuta é aceite pelo cliente; invalidação quando a intervenção terapêutica é rejeitada pelo cliente; ambivalência quando a intervenção do terapeuta é aceite pelo cliente mas é rejeitada posteriormente ou quando o contrário acontece. (Ribeiro, et al., 2013). A validação pode ser discriminada em dois tipos, em função dos especificadores: clarificação, confirmação e fornecimento de informação correspondem a uma resposta mais minimal, ao passo que quando o cliente expande e reformula, isso corresponde a uma resposta mais elaborada. Quando as intervenções de suporte são seguidas do primeiro tipo, significa que ambos trabalham no mesmo nível, próximos do limite inferior; quando são acompanhadas do segundo tipo, indica que o cliente trabalha acima do nível de desenvolvimento proposto pelo terapeuta, mais próximo do limite posterior da ZDPT. Quando as intervenções de desafio são seguidas do primeiro tipo, significa que o cliente trabalha abaixo do nível de desenvolvimento proposto pelo terapeuta, próximo do limite inferior; quando são acompanhadas do segundo tipo, indicam que o terapeuta e cliente trabalham no mesmo nível, mais próximo do limite posterior da ZDPT.

### **3.3.1. Medidas das intervenções terapêuticas, apoio e desafio, e medidas das respostas do cliente, validação e invalidação**

**Tabela 1. Especificadores de Apoio e de Desafio**

---

#### **Especificadores de Apoio**

---

**Reflexão** - o terapeuta usa as suas palavras ou as do cliente para espelhar o assunto, significado ou sentimento, sem acrescentar nenhum conteúdo novo, e pede feedback de forma indireta ou direta.

**Confirmação** - o terapeuta certifica-se se percebeu o teor do discurso do cliente, perguntando-lhe de forma clara e aberta.

**Sumarização** - o terapeuta resume o discurso do cliente, podendo usar as palavras do cliente ou não e pede feedback implícito ou direto.

**Demonstração de interesse/atenção** - o terapeuta evidencia interesse no discurso do cliente.

**Questão aberta** - o terapeuta analisa usando uma questão aberta, que permite uma variedade de respostas, a assuntos não antecipados ou apenas rapidamente referidos. (e.g., pedido de feedback da sessão ou de uma tarefa terapêutica).

**Incentivo mínimo** - o terapeuta repete as palavras de forma afirmativa ou interrogativa. Expressões “Hum hum” ou “ok” não são codificadas por serem ambíguas.

**Especificação de informação** - o terapeuta solicita que o cliente materialize ou esclareça informação vaga, com questões fechadas específicas e exemplos.

---

### **Especificadores de Desafio**

---

**Interpretação** - o terapeuta sugere uma nova perspectiva usando as suas palavras e não as do cliente, havendo continuidade em relação à fala do cliente.

**Confrontação** - o terapeuta oferece uma nova perspectiva ou questiona acerca de uma nova perspectiva, havendo uma clara descontinuidade face à fala anterior apresentada pelo cliente.

**Convite a adotar uma nova perspectiva** - o terapeuta convida o cliente a compreender a experiência de modo diferente, direta ou indiretamente.

**Convite a pôr em prática uma nova ação** - o terapeuta convida o cliente a proceder de modo diferente, dentro ou fora da sessão.

**Convite a imaginar cenários hipotéticos** - o terapeuta solicita o cliente a supor situações imaginárias diferentes do modo habitual do cliente experimentar (i.e., possibilidades cognitivas, emocionais e/ou comportamentais).

**Mudança do nível de análise** - o terapeuta altera o nível de análise do cliente, de concreto e descritivo para mais abstrato (ou vice-versa).

**Ênfase da novidade** - o terapeuta convida o cliente a identificar novidade.

**Debate das crenças do cliente** - o terapeuta discute com o cliente a evidência/lógica das crenças ou pensamentos.

**Procura de evidência de mudança** - o terapeuta procura e tenta salientar marcadores de mudança no cliente.

---

Nota: Adaptado de Ribeiro, Ribeiro, et al., 2013.

### 3.3.2 Medidas das respostas do cliente, validação e invalidação

**Tabela 2. Especificadores de Validação e de Invalidação**

---

**Especificadores de Validação.**

---

**Clarificação** - o cliente procura esclarecer o sentido da sua resposta à intervenção anterior do terapeuta ou clarificar o sentido da intervenção feita pelo terapeuta.

**Confirmação** - o cliente concorda com a intervenção do terapeuta, mas não a prolonga.

**Fornecimento de informação** - o cliente dá informação, de acordo com um pedido específico do terapeuta.

**Expansão** - o cliente não só concorda com a intervenção do terapeuta como a expande (i.e., desenvolve-a).

**Reformulação da perspectiva de si mesmo** - o cliente responde à questão do terapeuta ou reflete acerca da afirmação anterior do terapeuta e, ao fazê-lo, reformula a sua perspectiva acerca da experiência que está a ser explorada.

---

**Especificadores de Invalidação.**

---

**Expressão de confusão** - o cliente sente-se confuso e/ou expressa a sua inabilidade para responder à questão do terapeuta.

**Foco/persistência na perspectiva dominante desadaptativa** - o cliente persiste em olhar apenas para uma experiência, ou tópico, específico da narrativa problemática.

**Defesa da perspectiva habitual e/ou discordância com a intervenção do terapeuta** - o cliente defende os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos (i.e., a perspectiva habitual) usando estratégias de autorreforço ou frases auto justificativas.

**Negação de progresso** - o cliente refere a ausência de mudança (novidade) ou progresso.

**Autocrítica e/ou desesperança** - o cliente é autocrítico ou auto culpabilizador e/ou é absorvido num processo de desesperança (e.g., cliente duvida acerca do progresso poder acontecer).

**Falta de envolvimento na resposta** - o cliente dá respostas mínimas aos esforços do terapeuta em explorar e compreender a experiência do cliente (e.g., cliente dá uma resposta curta a uma questão aberta do terapeuta).

**Mudança de tópico** - o cliente muda de tópico ou responde tangencialmente à intervenção do terapeuta.

**Desconexão no tópico/foco** - o cliente persiste em elaborar acerca de um dado tópico, apesar dos esforços do terapeuta para se empenharem na discussão de um novo tópico.

**Referência a histórias não significativas e/ou foco nas reações dos outros** - o cliente fala usando muitas palavras ou elabora demasiado histórias não significativas para explicar uma experiência e/ou passa muito tempo a falar acerca de outras pessoas.

**Resposta sarcástica** - o cliente questiona ou ironiza a intervenção do terapeuta.

---

Nota: Adaptado de Ribeiro, Ribeiro, et al., 2013.

#### **4. Procedimentos**

Os dois casos clínicos foram previamente transcritos e codificados com o *Sistema de Codificação de Momentos de Inovação* (SCMI) (Gonçalves, et al., 2011), com o *Sistema de Codificação de Retorno ao Problema* (SCRP) (Gonçalves, et al., 2011) e com *Sistema de Codificação de Resolução da Ambivalência* (SCRA) (Braga et al., 2016). O caso B, caso de insucesso, foi ainda codificado também previamente com o *Sistema de Codificação da Colaboração Terapêutica* (SCCT) (Ribeiro et al., 2013).

##### **4.1.Procedimentos de codificação com o SCMI, SCRП, SCRA, e SCCT em estudos anteriores**

Foi previamente realizada a transcrição da gravação das 21 sessões do caso A, e 20 sessões do caso B, e definidas consensualmente as dimensões da narrativa problemática. Os MIs foram identificados, antes desta análise, de forma independente e sequencial por dois juízes treinados no SCMI, do mesmo modo foram identificados MRPs, por dois codificadores treinados com SCRП (Gonçalves, et al., 2011), e o mesmo procedimento ocorreu relativamente à dominância e à negociação, com o SCRA (Braga et al., 2016).

Após a codificação das sessões com os diferentes sistemas, os juízes reuniram-se, quando necessário, com o intuito de verificar as diferenças/desacordos e resolvê-los por consenso. Foi calculado o *Kappa de Cohen* da amostra para avaliar a fidelidade dos diferentes sistemas, com os seguintes resultados de output: a identificação dos MIs .94, e a identificação dos MRPs .85; a resolução da ambivalência .94; a codificação da colaboração terapêutica, no caso de insucesso, foi de .98 para a intervenção do terapeuta, e .94 para a resposta do cliente.

### **4.2.Procedimentos de codificação do caso A com SCCT no estudo atual**

Os casos clínicos deste estudo empírico seguiram um protocolo CBT de 21 sessões, caso de sucesso, e 20 sessões, no caso de insucesso. No entanto, as sessões não estiveram todas disponíveis, como a sessão 7 do caso de sucesso, por problemas com a gravação. Além disso houve dois episódios de ambivalência em as intervenções do terapeuta e as respostas da cliente não foram transcritas na íntegra por não estarem perceptíveis, bem como dois episódios de dominância do mesmo caso que aconteceram no fim de duas sessões, e que por não lhes ter sido dada continuidade pelo terapeuta, não foram consideradas neste estudo por estarem incompletas. Relativamente ao caso de insucesso estiveram em falta 4 sessões e meia, não tendo sido possível fazer o cruzamento entre os sistemas de codificação e incluí-lo nesta análise, com possíveis implicações nas diferenças mais pronunciadas dos resultados.

A identificação dos MIs, MRPs, e da resolução da ambivalência da amostra, bem como o SCCT do caso de insucesso, em trabalhos anteriores, permitiu neste estudo identificar os episódios de ambivalência e os momentos de resolução da mesma, e fazer o cruzamento da informação dos dois casos com diferentes resultados terapêuticos.

Para compreender em detalhe os referidos episódios e analisar como se deu a interação terapêutica, recorreremos ao SCCT (Ribeiro, et al., 2013) que possibilitou a codificação das intervenções do terapeuta e das respostas das clientes do seguinte modo: foi selecionada a intervenção prévia do terapeuta imediatamente antes da emergência de um MI e seguido de MRPs, assim como, a intervenção antes da dominância, e da negociação, e a intervenção terapêutica imediatamente a seguir a cada um dos referidos episódios, bem como a resposta da cliente subsequente aos mesmos.

Os principais problemas das clientes dos dois casos clínicos em estudo haviam sido previamente identificados. Assim, e tendo como referência as codificações com o SCMI, SCRP, e SCRA, foi realizada a codificação com o SCCT do caso A, de forma sequencial e independente, e sem conhecimento dos resultados dos casos para que não houvesse enviesamento, por codificadores previamente treinados com o sistema. Sendo um dos codificadores, uma aluna de doutoramento em psicologia com treino e experiência no SCCT, e uma aluna do mestrado integrado em psicologia que realizou treino intensivo com o mesmo sistema. Durante o treino, os codificadores reuniram-se para verificar diferenças e discuti-las, perante desacordos os episódios foram definidos por consenso até atingir uma fidelidade no cálculo do acordo, superior a 0.75 com o teste *Kappa de Cohen*. A codificação independente com o SCCT iniciou-se com uma leitura flutuante de cada sessão, e foi analisada, com o auxílio dos diferentes marcadores do sistema, como acontecia a intervenção terapêutica: se era



de apoio ou de desafio, e do mesmo modo como eram a resposta das clientes: se validavam a intervenção, se permaneciam ambivalentes ou se invalidavam.

Finalizada a codificação do caso A, com o SCCT procedeu-se à verificação da fidelidade do acordo, mediante o Software SPSS (Statistical Program for Social Sciences) versão 20, mediante o cálculo do *Kappa de Cohen*, que foi de .86 para as intervenções do terapeuta e .90 para as resposta da cliente.

O caso B previamente codificado com o SCMI (Gonçalves et al., 2011), SCRP (Gonçalves et al., 2011), SCRA (Braga et al., 2016), SCCT (Ribeiro et al., 2013), permitiu o cruzamento de informação com base no resultado dos diferentes sistemas; recorreu-se ao programa informático Microsoft Excel, 2010, para fazer o cálculo dos diferentes marcadores: das intervenções do terapeuta e das respostas das clientes, sob a forma de cálculo das frequências e percentagens, e também a disposição gráfica da evolução da proporção: dos MRPs, e da resolução da ambivalência ao longo das sessões. Isto possibilitou uma descrição detalhada e compreensiva dos principais resultados terapêuticos dos dois casos. Uma vez que se trata, de um estudo de caso, qualitativo, analisou-se a interação entre o terapeuta e as clientes em diferentes episódios da terapia, e a classificação da atuação do terapeuta face ao nível de desenvolvimento atual e potencial de cada cliente em diferentes momentos da terapia, e a sua classificação face à ZTDP.

### **Resultados**

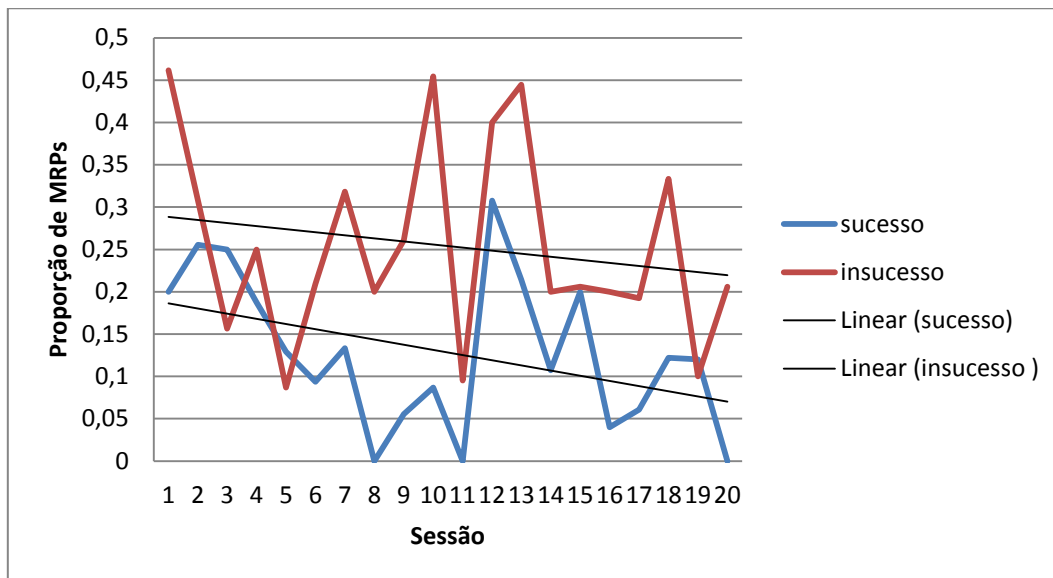
Tratando-se de estudo de caso qualitativo, pretende-se que esta análise seja descritiva e detalhada, para uma melhor compreensão dos episódios interativos entre o terapeuta e as clientes, dos casos de sucesso e insucesso, nos episódios de ambivalência, e da sua resolução. Neste sentido, será descrita a intervenção do terapeuta antes e depois desses episódios, bem como a resposta das clientes, de modo a responder às questões de investigação formuladas. Como se caracteriza a intervenção do terapeuta antes e depois dos MRPs, e da sua resolução? Como é que o cliente responde à intervenção do terapeuta?

#### **5. Evolução da proporção da ambivalência (MRPs) e da sua resolução nos casos de sucesso e insucesso ao longo das sessões**

A figura 2 representa a evolução da proporção dos MRPs ao longo das sessões e sugere que apesar da ambivalência tender a diminuir em ambos casos, a descida é mais

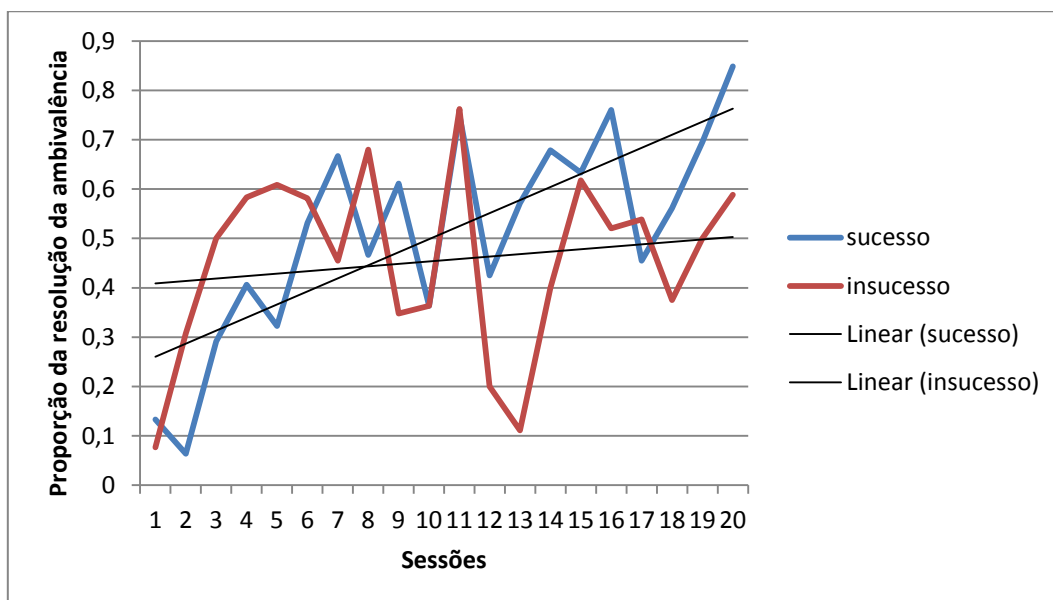
## COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA EM EPISÓDIOS DE AMBIVALÊNCIA

significativa no caso da sucesso, em que a ambivalência atinge 0 na última sessão sugerindo, que a mesma é resolvida.



**Figura 2.** Gráfico da evolução da proporção dos MRPs nos dois casos clínicos

A figura 3 representa evolução da proporção da resolução da ambivalência nos dois casos clínicos com diferentes resultados terapêuticos, ao longo das sessões e sugere que o número de resoluções é superior no caso de sucesso e aumenta ao longo do tempo.



**Figura 3.** Gráfico da evolução da proporção da resolução da ambivalência nos dois casos clínicos.

## 5.1 Resultados das intervenções terapêuticas, antes e depois dos episódios de ambivalência e da sua resolução, dos casos de sucesso e insucesso

### 5.1.1 Como se caracteriza a intervenção do terapeuta antes e depois dos MRPs nos casos de sucesso e insucesso?

No que diz respeito às intervenções que precederam os MRPs, observou-se que, no caso de sucesso, as intervenções de suporte (50,62%) e de desafio (49,38%) apresentaram valores muito similares. No seguimento dos MRPs, a intervenção predominante foi a de suporte com 61,73%, representando a de desafio apenas 38,27%.

As intervenções que antecederam os episódios de ambivalência, no caso de insucesso, foram de: 48,91% de suporte e 51,09% de desafios, sendo estes valores bastante próximos. Posteriormente aos referidos episódios, os dois tipos de intervenção apresentaram igualmente valores próximos: 51,09% de desafio e 48,91% de suporte.

**Tabela 3. Intervenções do terapeuta em episódios de ambivalência.**

Resultado do caso	Intervenção terapêutica	
	Suporte	Desafio
<b>Antes de episódios de ambivalência</b>		
Sucesso	50,62%	49,38%
Insucesso	48,91%	51,09%
<b>Depois de episódios de ambivalência</b>		
Sucesso	61,73%	38,27%
Insucesso	51,09%	48,91%

### 5.1.2 Como é que a cliente respondeu à intervenção do terapeuta depois dos MRPs nos casos de sucesso e insucesso?

No caso de sucesso, face ao suporte, a cliente manifestou, maioritariamente segurança (62,00%), mas também de risco tolerável (22,00%), o que sugere que a díade trabalhou dentro da ZTDP. Relativamente ao desafio, este desencadeou 25,81% de respostas de segurança na cliente e de 22,58% de risco tolerável, mais uma vez evidenciando um trabalho terapêutico

## COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA EM EPISÓDIOS DE AMBIVALÊNCIA

dentro da ZTDP, quer mais próximo do nível de desenvolvimento atual quer do potencial. Adicionalmente, registou-se 22,58% de respostas de ambivalência em que a díade trabalhou no limite superior da ZTDP, e 29,03% de reações de risco intolerável por parte da cliente, em que a díade trabalhou fora da ZTDP.

No caso de insucesso, perante as intervenções de suporte a cliente respondeu 72,34% com expressões de segurança e 10,64% com risco tolerável, o que sugere que a díade trabalhou dentro da ZTDP. Face à intervenção de desafio, resposta da cliente foi 46,67% das vezes de segurança e apenas 8,89% de risco tolerável, trabalhando dentro da ZTDP, mas neste caso mais próximo do nível de desenvolvimento atual. Resultando ainda 13,33% de respostas de ambivalência, em que a díade trabalhou no limite superior da ZTDP, e 31,11% de risco intolerável, em que a díade trabalhou fora da ZTDP. Assim, no que diz respeito ao desafio, o risco intolerável surgiu como a segunda resposta mais elevada, mostrando incapacidade de inovação por parte da cliente

**Tabela 4. Respostas das clientes em episódios de ambivalência nos casos de sucesso e insucesso.**

---

### **Respostas às intervenções do terapeuta depois de expressões da ambivalência da cliente no caso de sucesso**

---

	Resposta da cliente indica um sentimento de			
	<b>Segurança</b>	<b>Risco tolerável</b>	<b>Ambivalência</b>	<b>Risco Intolerável</b>
Suporte	62,00%	22,00%	14,00%	2,00%
Desafio	25,81%	22,58%	22,58%	29,03%

---

### **Respostas às intervenções do terapeuta depois de expressões da ambivalência da cliente no caso de insucesso**

---

	Resposta da cliente indica um sentimento de			
	<b>Segurança</b>	<b>Risco tolerável</b>	<b>Ambivalência</b>	<b>Risco Intolerável</b>
Suporte	72,34%	10,64%	14,89%	2,13%
Desafio	46,67%	8,89%	13,33%	31,11%

---

### 5.1.3 Como se caracterizou a intervenção do terapeuta nos momentos de resolução da ambivalência nos casos de sucesso e insucesso?

As intervenções que antecederam os episódios de resolução da ambivalência no caso de sucesso foram de: 45,52% de suporte e 54,48% de desafios. Posteriormente aos referidos episódios, as intervenções terapêuticas dividiram-se de forma igualmente equitativa entre suporte com 50,54% e desafio que representou 49,46%.

As intervenções que antecederam os episódios de resolução da ambivalência no caso de insucesso, foram de: 55,83% de desafio e 44,17% de suporte. Posteriormente aos referidos episódios, as intervenções distribuíram-se equilibradamente entre desafio, a representar 53,37% das intervenções, e as intervenções de suporte com 46,63%. No que diz respeito ao desafio, o risco intolerável surgiu, mais uma vez, como a segunda resposta mais elevada, evidenciando incapacidade de inovação da cliente.

**Tabela 5. Intervenções do terapeuta em episódios de resolução da ambivalência.**

Resultado do caso	Intervenção terapêutica	
	Suporte	Desafio
<b>Antes da resolução da ambivalência</b>		
Sucesso	45,52%	54,48%
Insucesso	44,17%	55,83%
<b>Depois da resolução da ambivalência</b>		
Sucesso	50,54%	49,46%
Insucesso	46,63%	53,37%

### 5.1.4 Como é que a cliente respondeu à intervenção do terapeuta aos momentos de resolução da ambivalência nos casos de sucesso e insucesso?

No caso de sucesso o suporte desencadeou 54,65% de respostas de segurança e 18,02% de respostas de risco tolerável., evidenciando um trabalho terapêutico dentro da ZTDP. O desafio originou 39,86% de respostas de segurança, e 38,41% de reações de risco

## COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA EM EPISÓDIOS DE AMBIVALÊNCIA

tolerável, evidenciando um trabalho terapêutico dentro da ZTDP, quer mais próximo do nível de desenvolvimento atual, quer do potencial.

No caso de insucesso, face ao suporte houve 71,05% de respostas de segurança e 17,11% de risco tolerável. Perante o desafio, 58,62% das respostas foram de segurança e 10,34% de risco tolerável, evidenciando um trabalho terapêutico dentro da ZTDP em ambas as instâncias, mas neste caso mais próximo do nível de desenvolvimento atual.

**Tabela 6. Respostas das clientes em episódios de resolução da ambivalência nos casos de sucesso e insucesso.**

### **Resposta às intervenções do terapeuta depois da resolução da ambivalência no caso de sucesso**

	Resposta da cliente indica um sentimento de			
	<b>Segurança</b>	<b>Risco tolerável</b>	<b>Ambivalência</b>	<b>Risco Intolerável</b>
Suporte	54,65%	18,02%	1,16%	3,49%
Desafio	39,86%	38,41%	1,45%	20,29%

### **Resposta às intervenções do terapeuta depois da resolução da ambivalência no caso de insucesso**

	Resposta da cliente indica um sentimento de			
	<b>Segurança</b>	<b>Risco tolerável</b>	<b>Ambivalência</b>	<b>Risco Intolerável</b>
Suporte	71,05%	17,11%	7,89%	3,95%
Desafio	58,62%	10,34%	9,20%	21,84%

## **Discussão**

Observou-se que os episódios de ambivalência e de resolução emergem na sequência quer de intervenções de desafio, quer de suporte. A resposta do terapeuta a ambos os episódios distribui-se de forma também bastante equitativa entre desafio e suporte em ambos os casos, à exceção da resposta do terapeuta à ambivalência no caso de insucesso, em que o desafio se revela preponderante.

## COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA EM EPISÓDIOS DE AMBIVALÊNCIA

Face às intervenções de suporte, ambos os casos tendem a expressar segurança, trabalhando dentro da ZDPT, mais próximos da zona desenvolvimento atual, sendo contudo notória uma tendência para a cliente do caso de sucesso expressar mais frequentemente risco tolerável, o que sugere que trabalha acima do nível de desenvolvimento proposto pelo terapeuta. Face às intervenções de desafio, as diferenças são notórias, sendo que maioritariamente a cliente do caso de insucesso expressa segurança, trabalhando dentro da ZDPT, mas aquém do nível de desenvolvimento proposto pelo terapeuta, já que se limita a aceitar a intervenção, sem a elaborar. Já no caso de sucesso, a cliente trabalha mais frequentemente no nível de desenvolvimento proposto pelo terapeuta. Em suma, o terapeuta parece intervir de forma semelhante em ambos os casos, mas as clientes respondem de forma diferente: no caso de sucesso responde no mesmo nível de desenvolvimento (no caso de desafio) ou acima do nível proposto (no caso de suporte), ao passo que no caso de insucesso trabalha no mesmo nível (no caso do suporte) ou aquém (no caso do desafio).

Em congruência com os resultados de Ribeiro e colaboradores (2011) no caso de insucesso o terapeuta tende a desafiar mais, no seguimento da ambivalência. Também na investigação de Pinto e colaboradores, a intervenção de desafio no caso de insucesso foi usada mesmo sem o cliente corresponder a esse nível de desenvolvimento, e o padrão de respostas mais frequente foi a segurança com valores mais significativos comparativamente ao caso de sucesso (Pinto et al., 2011).

As respostas de risco tolerável foram mais baixas no caso de insucesso com os dois tipos de intervenção, descendo mais perante o desafio e confirmando a dificuldade da cliente em aproximar-se do seu nível de desenvolvimento potencial. Perante as intervenções de desafio face à ambivalência no caso de insucesso, a cliente responde essencialmente com uma reação de segurança, dentro da ZTDP mas no limite inferior, e risco intolerável, fora da ZTDP, como segunda resposta mais comum. Pode dizer-se que o terapeuta se moveu em direção ao risco e à frente do nível de desenvolvimento em que a cliente se encontrava, e que o trabalho terapêutico ocorreu fora da ZTDP. O terapeuta não se apercebeu da incapacidade da cliente em suportar o risco do desconhecido. De realçar a resposta de risco tolerável quando o terapeuta suporta a narrativa e a resposta de risco intolerável quando o terapeuta desafiou a novidade da cliente. Assim, no que diz respeito ao desafio, no caso de insucesso, o risco intolerável surgiu como a segunda resposta mais elevada, mostrando incapacidade de inovação por parte da cliente, pois quando validou a intervenção de desafio não conseguiu responder ao terapeuta para além da confirmação ou do fornecimento de informação

## COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA EM EPISÓDIOS DE AMBIVALÊNCIA

solicitada, dado que quando foi incitada a mover-se no nível de desenvolvimento saiu de uma reação de segurança para uma reação de risco intolerável, congruente com os trabalhos de Ribeiro e colaboradores (2011). A segurança foi o tipo de reação mais usual das clientes nos dois casos clínicos, porém mais consistente no caso de insucesso face à ambivalência, tal como na investigação de Ribeiro e colaboradores (2011), e à resolução da mesma pela dominância e pela negociação.

Como pode se ver pela evolução da proporção dos MRPs, a ambivalência surgiu em menor número no caso de sucesso e foi diminuindo ao longo das sessões. Isto confirma as ideias de DiClemente Engle e Arkowitz (2005) como citados em Miller & Rollnick (2013) e Mahoney (2003) e Engle e Holiman (2002) como citados em Ribeiro e colaboradores (2014) de que a ambivalência é considerada habitual e parte integrante da trajetória da terapia. Como se pode observar no gráfico da evolução da proporção dos MRPs ao longo das sessões, no caso de insucesso, os MRPs apareceram em maior número e já em estádios avançados da terapia, isto poderia ter sido um sinal de alarme para que o terapeuta ajustasse a sua intervenção (Ribeiro, et al., 2015). Por outro lado, a sua proporção manteve-se mais elevada até ao fim das sessões no caso de insucesso, confirmando resultados de estudos anteriores (e.g., Ribeiro et al., 2014; Ribeiro et al., 2015). Segundo estes autores, a não resolução dos MRPs teve um papel eventualmente decisivo na evolução do resultado terapêutico, sendo estes uma medida da ambivalência, foram indicando a necessidade de autoproteção da cliente e portanto mais suporte por parte do terapeuta. A reação da cliente esteve, provavelmente, associada à rutura com o seu padrão normal de funcionamento, que embora fosse rígido e lhe causasse sofrimento era-lhe mais familiar do que a mudança, que é imprevisível (Ribeiro et al., 2015). Levando a cliente a oscilar entre duas partes opostas do *Self*, o momento de inovação que surge na interação terapêutica e o retorno à problemática dominante, levando a cliente a sentir estabilidade pela ausência de contradição interna (Gonçalves et al., 2011). De referir a importância que poderia ter tido uma entrevista motivacional com foco no compromisso, para a eficácia da terapia, tal como Magill, Stout e Apodaca (2013) sugerem ser consistente com a literatura emergente. A cliente do caso de insucesso estaria ainda num estádio de pré-contemplação ou contemplação da mudança, de acordo com o modelo transteórico (Prochaska & Norcross, 2002), e a falta de preparação para a mudança, de acordo com vários modelos desenvolvimentais, revelou-se uma das razões para o insucesso (Gonçalves, et al., 2010; Gonçalves et al., 2011) podendo pelo menos em parte esclarecer o aparecimento constante da ambivalência (Gonçalves et al., 2012). Em psicoterapia, embora seja o terapeuta a ter mais poder na relação terapêutica, se o cliente não desejar a mudança,



esta não pode ser determinada pelo terapeuta (Guifoyle, 2003 citado em Gonçalves, et al., 2012). Este estudo é consistente com a literatura, que refere que nos casos de insucesso o trabalho terapêutico ocorre à frente do nível de desenvolvimento do cliente ou fora da ZTDP (Ribeiro et al., 2013), além disso, o nível de preparação para a mudança (Prochaska & Norcross, 2002), a motivação e o compromisso (Magill, Stout e Apodaca, 2013) são fundamentais para o sucesso terapêutico.

### **Limitações e sugestões para estudos futuros**

As sessões não estiveram todas disponíveis, estiveram 4 sessões e meia em falta, não sendo, deste modo possível, fazer o cruzamento entre os dois sistemas e incluí-lo nesta análise, com possíveis implicações num contraste maior nos resultados. Sugere-se a continuidade de mais estudos de caso sobre a ambivalência com diferentes resultados terapêuticos, em particular sujeitos a intervenção com a TCC, que possam contribuir para uma interação terapêutica eficaz.

### **Referências**

- Alves, D., Fernández-Navarro P., Ribeiro, A., P., Ribeiro, E., Sousa, I. & Gonçalves, M. M. (2015). Ambivalence in grief therapy: The interplay between change and self-stability. *Portuguese Foundation for Science and Technology (FCT), through the Grant PTDC/PSI-PCL/121525/2010 (Ambivalence and unsuccessful psychotherapy, 2012-2015) and the PhD Grant SFRH/BD/48607/2008.*
- 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 (4ª ed., texto revisto)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

## COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA EM EPISÓDIOS DE AMBIVALÊNCIA

- Braga, C., Oliveira, J., Ribeiro, A., & Gonçalves, M. M. (2016). Ambivalence resolution in emotion focused therapy: The successful case of Sarah. *Psychotherapy research, 19*, 1-10. DOI: 10.1080/10503307.2016.1169331
- 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
- Engle & Arkowitz H. (2006). In David E. (2007) Book Reviews: Ambivalence in Psychotherapy: Facilitating Readiness to Change. Society for Psychotherapy Research (July). *Psychotherapy Research, 17(4)*: 504507 New York: Guilford Press. 240 pp DOI: 10.1080/10503300701250354
- 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. (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., Loura, J., Ribeiro, P. A., Ribeiro, E., Santos, A., Matos, M. (2012). Interação terapêutica em momentos de ambivalência: Um estudo exploratório de um caso de insucesso. *Análise Psicológica, 4* (xxx): 467-490.
- 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. 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-

## COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA EM EPISÓDIOS DE AMBIVALÊNCIA

- narratives: Exploring one path to therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 21, 27-40. DOI: 10.1080/10503307.2010.507789
- Gonçalves, M., M., Silva, J., R. (2014). Momentos de inovação em psicoterapia: Das narrativas aos processos dialógicos. *Análise Psicológica*, 1 (XXXII): 27-43. DOI: 10.14417/ap.837
- Gonçalves, Ribeiro, Santos, Gonçalves, & Conde (2009). *Manual do Sistema de Codificação de Marcadores de Retorno ao Problema (SCMRP)*. (não publicado), Universidade do Minho.
- 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
- Hunter, Jennifer A., Button, Melissa L. & Westra, Henny A. (2014). Ambivalence and Alliance Ruptures in Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety. *Swedish Association for Behaviour Therapy*. Vol. 43, No. 3, 201–208. doi.org/10.1080/16506073.2014.899617
- Kelly, Rebecca E., Wood, Alex M., Shearman, Katherine, Phillips Stephanie & Mansel Warren (2012). Encouraging acceptance of ambivalence using the expressive writing paradigm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 85, 220–228. DOI:10.1111/j.2044-8341.2011.02023.x
- Lambert, M.J., Burlingame, G.M., Umphress, V., Hansen, N.B., Vermeersch, D.A., Clouse, G.C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 249–258.
- Lopes, R., Gonçalves, M. M., Machado, P. P. P., Sinai, D., Bento, T., & Salgado, J. (2014). Narrative Therapy vs. Cognitive-Behavioral Therapy for moderate depression:

## COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA EM EPISÓDIOS DE AMBIVALÊNCIA

- 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
- Magill, M., Brown, Stout, R. L., Apodaca, T. R. (2013). Therapist Focus on Ambivalence and Commitment: A Longitudinal Analysis of Motivational Interviewing Treatment Ingredients. *Psychology of Addictive Behaviors*. Vol. 27, No. 3, 754–762. DOI: 10.1037/a0029639
- 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
- McEvoy P. M. & Nathan P. (2007). Perceived Costs and Benefits of Behavioral Change: Reconsidering the Value of Ambivalence for Psychotherapy Outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 63(12), 1217–1229. DOI: 10.1002/jclp.20424
- Mendes, I, Ribeiro, A., Angus, L., Greenberg, L., Sousa, I., Sousa, I. & Gonçalves, M. (2010). Narrative change in emotion-focused therapy: How is change construed through the lens of the Innovative Moments Coding System? *Psychotherapy Research*, 20, 692-701.
- Miller, W., R., Rollnick, S. (2013). What is Motivational Interviewing? Conversation of Change. In *Motivational Interviewing, Helping People Change*. The Guilford Press. New York, London. Retrieved from URL em 20 de Junho 2015. <https://books.google.pt>
- Pinto, Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Azevedo, Gonçalves & Sousa (2011). The Development of the Therapeutic Collaboration: a Case Study of a Narrative Therapy Dropout. In

## COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA EM EPISÓDIOS DE AMBIVALÊNCIA

*Society for Psychotherapy Research 42nd International Meeting* , Bern, 29 Junho-2 Julho.

Prochaska, J., O., Norcross, J., C. Customizing the therapy relationship to the individual patient. Stages of change. IN Norcross, Jonh C. (2002). *Psychotherapy Relationships That Work. Therapist Contributions and Responsiveness to Patients*. Oxford. University Press.

Restifo S. (2010). Patients' performance anxiety and related aspects as factors in resistance to change. *The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Australasian Psychiatry, Vol 18, No 3* (June). doi: 10.3109/10398560903473678

Ribeiro, A., Braga, C., Stiles, William B., Teixeira, P., Gonçalves, M., & Ribeiro, E. (2016). Therapist interventions and client ambivalence in two cases of narrative therapy for depression. *Psychotherapy Research*. 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 and Psychotherapy*, DOI: 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*. DOI: 10.1080/10503307.2013.856042

Ribeiro, António, P., Mendes, I., Stiles, W. B., Angus, L., Sousa, I., & Gonçalves, M., M., (2014). Ambivalence in Emotion-Focused Therapy for Depression: the Maintenance of Problematically Dominant Self-Narratives. *Psychotherapy Research. Volume 24, Issue 6*, 702-710, DOI: 10.1080/10503307.2013.879620

## COLABORAÇÃO TERAPÊUTICA EM EPISÓDIOS DE AMBIVALÊNCIA

- Ribeiro, AP., Ribeiro, E., Oliveira, S., Azevedo, H. Pires, N., Gonçalves, M.M., & Sousa, I. (2011). The Development of the Therapeutic Collaboration: A comparison between a good and a poor outcome case of CBT. *Paper presented at the 42<sup>nd</sup> Meeting of Society of Psychotherapy Research*, Bern, Switzerland (June).
- Ribeiro, E., Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Horvath, A. O., & Stiles, W. B. (2013). How collaboration in therapy becomes therapeutic: The therapeutic collaboration coding system. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86, 294–314. DOI: 10.1111/J.2044-8341.2012.02066.
- Safran, C. J. & Warren C. S. (2002). *SYMPOSIUM ON BRIEF RELATIONAL PSYCHOANALYTIC TREATMENT* Serving Ambivalence: Commentary on Paper. *Psychoanalytic Dialogues*. 12 (2): 197-206.
- Vygotsky, L. S. (1978). Interaction between learning and development. In M. Cole, V. John-Steiner, S. Scribner & E. Souberman (Eds.), *Mind in Society: the deveopment of higher psychological processes* (pp.79-91). Cambridge, MA: Harvard University Press.