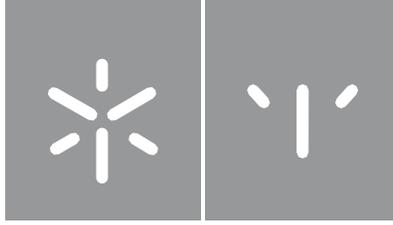




Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Soraia Fernandes Silva

**Questionário de Resistência do
Paciente: Um Estudo de
Desenvolvimento e Validação**



Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Soraia Fernandes Silva

**Questionário de Resistência do
Paciente: Um Estudo de
Desenvolvimento e Validação**

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia
Clínica e Psicoterapia de
Adultos

Trabalho efetuado sob a orientação do
Professor Doutor João Tiago Oliveira e do
Professor Doutor Miguel M. Gonçalves

junho de 2023

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos. Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada. Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações

CC BY-NC-ND

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

Agradecimentos

Ao meu orientador, Professor Doutor João Tiago Oliveira, agradeço toda a dedicação, disponibilidade, preocupação e compromisso que demonstrou desde o início deste projeto. Obrigada, também, por todo o apoio, conhecimento partilhado e *feedback* que, sem dúvida, elevaram a qualidade deste trabalho e contribuíram para a minha evolução. Foi um privilégio estar sob sua orientação.

Ao Professor Doutor Miguel Gonçalves, muito obrigada por partilhar a sua vasta experiência e conhecimento e por todas as sugestões que permitiram enriquecer este projeto.

A toda a Equipa de Investigação, obrigada por me acolherem tão bem desde o primeiro dia, pelas aprendizagens, reflexões e *feedback* constantes.

Aos meus pais, obrigada por estarem sempre presentes e acreditarem em mim. Por terem sempre as palavras certas, pela força e amor incondicional. Nunca vão existir palavras suficientes para vocês.

A todos os meus amigos, que me acompanharam ao longo destes cinco anos, um enorme obrigada. Fizeram desta etapa algo mais bonito do que alguma vez poderia ter imaginado. Estou eternamente grata por fazerem parte da minha vida.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

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

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

Braga, 5 de junho de 2023

Soraia Fernandes Silva

(Soraia Fernandes Silva)

Questionário de Resistência do Paciente: Um Estudo de Desenvolvimento e Validação

Resumo

A resistência à mudança tem assumido cada vez maior relevância na literatura devido ao seu impacto nos resultados em psicoterapia. Ainda assim, observa-se uma grande lacuna, pois a maior parte da investigação realizada tem como principal objeto de estudo a relação entre a resistência e os fatores do paciente (e.g., traços de personalidade, tipo de diagnóstico) e continuam a existir muitas inconsistências na forma como esta é medida e avaliada. O presente estudo teve como principal objetivo desenvolver e validar um novo instrumento de avaliação da resistência – o Questionário de Resistência do Paciente (QRP) – e, ao mesmo tempo, investigar a resistência com maior ênfase na percepção e características do terapeuta. Para isso foram recolhidos dados de uma amostra composta maioritariamente por psicólogos clínicos e exploraram-se possíveis associações entre o comportamento resistente dos pacientes, o perfil interpessoal dos terapeutas e a qualidade da aliança terapêutica. A partir da análise realizada, a estrutura do QRP foi reduzida para um total de catorze itens, distribuídos por três fatores. Os resultados obtidos sugerem também a existência de uma associação negativa entre a resistência e a qualidade da aliança terapêutica. No entanto, com os traços de personalidade do terapeuta, foi excepcionalmente encontrada uma relação significativa entre a sua dominância e o nível de defensividade/recetividade do paciente.

Palavras-chave: Afiliação; Aliança Terapêutica; Dominância; Resistência em Psicoterapia

Patient Resistance Questionnaire: A Development and Validation Study

Abstract

Resistance to change has assumed increasing relevance in the literature due to its impact on psychotherapy outcomes. However, there is still a significant gap as most of the conducted research focuses as its main object of study the relationship between resistance and patient factors (e.g., personality traits, diagnosis type), and there are still many inconsistencies in how it is measured and assessed. The main objective of the current study was to develop and validate a new resistance assessment instrument – the Patient Resistance Questionnaire (PRQ) – while also investigating resistance with greater emphasis on therapist’s perception and characteristics. Data were collected from a sample primarily composed of clinical psychologists and possible associations were explored between patient’s resistant behaviour, therapist’s interpersonal profile and therapeutic alliance quality. Based on the analysis performed, the structure of the PRQ was reduced to a total of fourteen items, distributed across three factors. The results obtained also suggest a negative association between resistance and therapeutic alliance quality. However, with therapist’s personality traits, was exceptionally found a significant relationship between their dominance and the patient’s level of defensiveness/receptiveness.

Keywords: Affiliation; Dominance; Resistance in Psychotherapy; Therapeutic Alliance

Índice

Resumo	v
Abstract	vi
Introdução	8
Resistência em Psicoterapia	8
Resistência e (in)sucesso terapêutico	8
Avaliação da resistência	10
Efeitos do terapeuta nos níveis de resistência do paciente.....	11
Presente estudo	13
Método	13
Amostra	13
Instrumentos/Medidas.....	14
Procedimento	15
Recrutamento da Amostra e Recolha de Dados	16
Análise de Dados	16
Resultados	17
Propriedades psicométricas	17
Resistência do paciente, traços de personalidade do terapeuta e aliança terapêutica	19
Resistência do paciente, comportamentos em terapia e aliança terapêutica.....	20
Traços de personalidade do terapeuta e comportamentos do paciente em terapia	20
Discussão	22
Propriedades psicométricas do QRP	22
Traços de personalidade do terapeuta, resistência do paciente e comportamentos em terapia.....	23
Resistência do paciente, comportamentos em terapia e aliança terapêutica.....	24
Limitações e estudos futuros	25
Referências	27

Índice de tabelas

Tabela 1. Análise fatorial exploratória do QRP	18
Tabela 2. Correlações entre o QRP e as subescalas	19
Tabela 3. Correlações entre o QRP, as suas subescalas, WAI-SRT, VAS, Dominância e Afiliação	21

Questionário de Resistência do Paciente: Um Estudo de Desenvolvimento e Validação

Ao longo dos anos a investigação tem vindo a demonstrar a elevada eficácia das diversas abordagens em psicoterapia, sendo que a literatura sugere um tamanho do efeito entre .75 e .85 (e.g., Wampold & Imel, 2015). No entanto, apesar destas evidências, também foram observados resultados menos positivos: mais de 50% dos pacientes não respondem ao tratamento (Hansen et al., 2006), sendo que uma pequena parte, cerca de 5 a 10%, apresenta deterioração (Lambert & Shimokawa, 2011) e 20% dos pacientes, em média, abandona o processo terapêutico precocemente (Swift & Greenberg, 2012). Assim, é relevante perceber que fatores poderão estar a influenciar negativamente os resultados da psicoterapia e aqueles que poderão contribuir para prevenir e diminuir a percentagem de casos de insucesso terapêutico.

Resistência em Psicoterapia

Resistência e (in)sucesso terapêutico

Vários estudos têm sugerido diferentes variáveis dos pacientes associadas a maiores taxas de insucesso, nomeadamente a ambivalência (Urmanche et al., 2019), a resistência, o comprometimento funcional e sofrimento subjetivo, os estilos de *coping*, as redes de suporte social, a complexidade do problema apresentado, entre outros (Beutler et al., 2000, citado em Beutler et al., 2002). De todas estas variáveis, a resistência à mudança é uma das que tem ganho maior relevância na literatura, aparecendo de um modo sistemático associada negativamente com o sucesso em psicoterapia. Por exemplo, num estudo de Beutler et al. (2002) foram identificados onze estudos em que o foco de investigação foi a resistência em psicoterapia e, desses, nove apresentavam correlações negativas entre a resistência e os resultados terapêuticos.

A resistência pode ser definida como um conjunto de comportamentos que se desviam ou impedem que a direção proposta pelo terapeuta e/ou pelo tipo de tratamento escolhido seja seguida (Urmanche et al., 2019). Desta forma, poderá envolver alguma tensão e/ou oposição entre o terapeuta e o paciente (Miller & Rollnick, 2013). Por um lado, a resistência pode manifestar-se como um traço do paciente, ou seja, como uma característica para a qual alguns indivíduos terão maior predisposição e, por isso, ser relativamente estável ao longo do tempo. Por outro, como um estado que pode surgir de situações específicas, nomeadamente devido a ações do terapeuta ou das exigências do problema (Beutler et al., 2002), sendo por isso algo mais

transitório. Um paciente resistente tende a demonstrar uma elevada falta de colaboração, desconfiança, passividade ou reatividade nas interações com o terapeuta. Por exemplo, pode deixar de fazer os trabalhos de casa, discordar constantemente do que é dito pelo terapeuta, atacar verbalmente a sua competência, dizer frequentemente “eu não sei” e/ou fazer silêncios prolongados ou chegar atrasado às sessões (e.g., Aviram et al., 2016; Beutler et al., 2002; Beutler et al., 2011; Hara et al., 2015; Urmanche et al., 2019).

Apesar de, em alguns casos, a resistência poder surgir com pouca frequência ao longo do processo terapêutico, se não for gerida de forma adequada poderá ter consequências importantes ao nível do envolvimento do paciente (Hara et al., 2022), nomeadamente na redução do seu otimismo em relação ao tratamento (Mamedova et al., 2016, citado em Westra & Norouzian, 2018), no desempenho do terapeuta (Zickgraf et al., 2016) e na qualidade da aliança terapêutica (Westra & Norouzian, 2018). Além disto, elevados níveis de resistência têm sido associados ao abandono precoce do tratamento (Beutler et al., 2002) e a piores resultados em psicoterapia, não só a curto (e.g., envolvimento, realizar os trabalhos de casa) como também a longo prazo (e.g., severidade dos sintomas), mesmo após um ano do tratamento (Aviram & Westra, 2011; Westra & Norouzian, 2018).

Na literatura têm sido sugeridos vários fatores que podem influenciar a manifestação de resistência em terapia, nomeadamente os traços de personalidade do paciente, o seu diagnóstico, o tipo de abordagem terapêutica selecionada e fatores relativos ao terapeuta. Dowd e Wallbrown (1993) foram dos primeiros a explorar a possível correlação entre as manifestações de resistência e os traços de personalidade dos pacientes. Os autores concluíram que, geralmente, os traços e estados de resistência estão associados a um conjunto de características que envolvem agressividade, dominância, necessidade de autonomia e tendência a evitar comportamentos de afiliação. Neste sentido, indivíduos resistentes tendem a procurar atenção, ser mais irritáveis, agressivos, hostis, pouco simpáticos, menos preocupados com os outros, pouco cooperativos, imprevisíveis e poderão ter maior dificuldade em tolerar críticas. Também, diagnósticos que estão mais associados a este tipo de características parecem apresentar maiores níveis de resistência, como é o caso de pacientes com perturbação de personalidade borderline e perturbação obsessiva-compulsiva. Pelo contrário, pacientes com perturbação de personalidade dependente têm tendência a demonstrar menos resistência (Seibel & Dowd, 2001).

Relativamente ao tipo de abordagem utilizada, segundo resultados de estudos anteriores,

pacientes menos resistentes poderão beneficiar mais de intervenções diretas e estruturadas, enquanto para aqueles com maiores níveis de resistência poderá ser mais vantajoso selecionar abordagens não diretas e menos estruturadas (Beutler et al., 2002; Beutler et al., 2011). De acordo com Castonguay e Beutler (2006), outro aspecto a considerar de forma a instigar e manter a mudança em terapia é a combinação de várias estratégias de intervenção consoante as características particulares de cada paciente em vez do uso de tratamentos mais generalizados. Assim, a escolha de uma abordagem terapêutica adequada poderá ser preditora de um aumento da cooperação, uma maior adesão ao tratamento e um melhor prognóstico (Aviram et al., 2016).

Avaliação da resistência

Apesar de existirem inúmeras medidas de resistência, não são consensualmente aceites, uma vez que apresentam muitas inconsistências ou baixa correlação entre si (Beutler et al., 2002).

Por exemplo, a *Therapeutic Reactance Scale* (TRS; Dowd et al., 1991) é uma escala de autorrelato composta por vinte e oito itens (e.g., “Se me dizem o que devo fazer, costumo optar pelo oposto”) e duas subescalas (*reatância* verbal e comportamental) respondidos com uma escala de *Likert* de quatro pontos (1 = “Discordo fortemente”; 4 = “Concordo fortemente”). Também, de forma semelhante, a *Hong’s Psychological Reactance Scale* (Hong & Page, 1989) é uma medida de autorrelato composta por catorze itens (e.g., “Fico irritado quando restringem a minha liberdade de escolha”), respondidos com uma escala de *Likert* de cinco pontos (1 = “Discordo completamente”; 5 = “Concordo completamente”). Neste caso, uma das maiores limitações ao utilizar medidas de autorrelato é que os pacientes têm tendência a negar a manifestação de comportamentos resistentes face ao tratamento ou a intervenções úteis do terapeuta ou atribuem-na a fatores externos, nomeadamente ao seu diagnóstico e ao processo terapêutico (Kirmayer, 1990).

Outro exemplo é a *Resistance Scale* (Schuller et al., 1991) que é uma escala de observação composta por dezanove itens (e.g., “Resposta negativa ou de oposição, sarcasmo, hostilidade ou insulto direto ao terapeuta”) respondidos numa escala de *Likert* de dez pontos que refletem o grau em que cada sinal de resistência ocorre. De modo semelhante, existe ainda a *Client Resistance Scale* (CRS; Mahalik, 1994) que é também uma escala de observação composta por cinco subescalas (oposição à expressão de afeto doloroso, à lembrança de eventos do passado, ao terapeuta, à mudança e ao *insight*). Aqui, com um método observacional, a maior limitação é

que, muitas vezes, há uma tendência para focar os sinais mais óbvios de resistência (e.g., quando o paciente discorda do terapeuta) e poderá haver uma maior dificuldade em identificar as formas mais subtis de resistência (e.g., quando o paciente demonstra passividade) (Beutler et al., 2002; Hara et al., 2015).

Embora estas sejam escalas amplamente utilizadas na prática clínica, mas principalmente em investigação, a maioria foca-se sobretudo na avaliação da resistência como um traço. Para além disso, são utilizadas duas estratégias principais, a observação realizada por observadores externos e o autorrelato do próprio paciente. Desta forma, estas medidas (a) baseiam-se na percepção do paciente, o qual poderá não reconhecer os seus níveis de resistência, e; (b) são de pouca utilidade para os terapeutas na sua prática clínica diária.

Efeitos do terapeuta nos níveis de resistência do paciente

Vários estudos sugerem a existência de efeitos importantes do terapeuta, explicando cerca de 5% a 8% da variabilidade encontrada nos resultados em psicoterapia (Barkham et al., 2017, citado em Norcross & Lambert, 2018). Face a esta constatação, diversos estudos têm procurado entender quais as características ou comportamentos comuns entre os terapeutas mais eficazes. Beutler et al. (2004, citado em Lambert & Ogles, 2004) realizaram um estudo em que foi avaliado um conjunto amplo de características do terapeuta que dividiram em quatro quadrantes: traços observáveis (e.g., idade, género, etnia), estados observáveis (e.g., treino, experiência), traços inferidos (e.g., personalidade, valores, atitudes) e estados inferidos (e.g., aliança terapêutica, diretividade). Este último quadrante foi o que apresentou maior suporte empírico e resultados mais consistentes, o que sugere a sua relevância e influência no processo e resultados terapêuticos.

A diretividade do terapeuta é referente ao grau em que este dita o ritmo e direção da terapia, selecionando um conjunto de técnicas específicas e/ou adotando determinadas atitudes ou comportamentos interpessoais. Como tal, quanto mais diretivo é um terapeuta, menor é a liberdade do paciente, o que pode contribuir para a perpetuação das manifestações de resistência (Beutler et al., 2011). Neste sentido, ao deparar-se com comportamentos resistentes por parte do paciente, é fundamental que o terapeuta seja capaz de os reconhecer e lidar com eles de forma eficiente (Eubanks et al., 2019). Assim, em situações de desacordo e oposição, o terapeuta deve adotar comportamentos de afiliação, assumindo uma postura de maior empatia e suporte e

encorajando os pacientes a expressar as suas opiniões e preocupações ao invés de persistir em prosseguir a intervenção técnica, uma vez que este tipo de resposta foi associada a menores níveis de resistência subsequente, bem como menor preocupação após o tratamento (e.g., Aviram et al., 2016; Hara et al., 2022). Também haverá maior probabilidade de sucesso terapêutico quando o nível de diretividade do terapeuta é inversamente proporcional ao nível de resistência do paciente (Beutler & Harwood, 2000, citado em Beutler et al., 2011).

Descobertas recentes de Schwartz et al. (2022) sugerem ainda que o declínio da aliança terapêutica pode ser tanto uma causa como uma consequência da resistência hostil de um paciente. Especificamente, verificaram que pacientes que manifestavam resistência em sessões iniciais tinham maior propensão a apresentar declínios subsequentes na aliança terapêutica. De forma semelhante, comportamentos resistentes em sessões avançadas do tratamento foram associados a alianças terapêuticas previamente em declínio. Assim, estes resultados reforçam a importância da atenção dos terapeutas relativamente ao estado da relação terapêutica.

Desta forma, tanto os níveis de diretividade como a construção de uma aliança terapêutica forte são aspetos essenciais para diminuir o nível de resistência dos pacientes. Para isso, o terapeuta deve ser genuíno e recetivo com o paciente (Beutler et al., 2002), adaptar a intervenção às suas características e ser mais flexível em relação aos protocolos de tratamento (Wampold & Imel, 2015). Também, Ackerman e Hilsenroth (2003) identificaram um conjunto de características e ações/técnicas do terapeuta que são preditoras de melhores resultados, nomeadamente a sua experiência, flexibilidade, demonstração de interesse, respeito e abertura, quando é ativo, fornece interpretações precisas, facilita a expressão emocional, entre outros.

Mais recentemente têm surgido várias investigações que sugerem ainda uma associação entre a perceção, reação e sentimentos do terapeuta em relação ao paciente e os seus níveis de resistência, assim como com a qualidade do tratamento oferecido. Por exemplo, uma investigação de Gómez-Penedo e Flückiger (2022) demonstrou que as atitudes e/ou respostas do terapeuta podem ser influenciadas pela sua perceção acerca das características interpessoais do paciente, particularmente os seus níveis de hostilidade. Este facto parece também influenciar a qualidade do tratamento (Koekkoek et al., 2011). Por outro lado, reações e sentimentos iniciais mais positivos (e.g., carinho, apego, otimismo, gratificação) foram associados a uma maior redução dos níveis de resistência, independentemente da competência do terapeuta, maior cooperação e envolvimento no processo terapêutico (Westra et al., 2012).

Apesar destas evidências continua a ser necessária uma maior investigação do efeito das características do terapeuta nos resultados em psicoterapia. De facto, grande parte dos estudos que focam a resistência têm tendência a explorar fatores do paciente, pelo que, no futuro, será importante abordar o tema dando maior ênfase à percepção e às características do terapeuta.

Presente estudo

Tendo em conta as limitações referidas acima, tanto ao nível da mensuração dos níveis de resistência em psicoterapia como da sua associação com as características dos terapeutas, o presente estudo tem como principal objetivo o desenvolvimento de uma nova medida, o Questionário de Resistência do Paciente (QRP; Oliveira et al., 2022). Esta medida de autorrelato é respondida pelo terapeuta, sendo constituída por itens que permitem a identificação de formas mais e menos subtis de resistência. Outro aspeto importante é que mede a resistência como um estado em terapia. Uma vez que este tipo de resistência não é estável, poderá sofrer mais alterações entre sessões e, por isso, é importante que o terapeuta possa ter acesso a um instrumento que lhe permita identificar estas oscilações e ajustar as suas intervenções antecipadamente de forma a potenciar o sucesso do tratamento.

Especificamente, este estudo pretende: (a) estudar as características psicométricas do Questionário de Resistência do Paciente, (b) identificar as características interpessoais do terapeuta que estão associadas a uma percepção de maior resistência do paciente ao tratamento e, (c) analisar a relação entre a qualidade da aliança terapêutica e os níveis de resistência do paciente percebidos pelo terapeuta. Com isto, colocam-se as hipóteses de que (a) a escala apresenta bons índices de consistência interna, (b) maiores níveis de dominância e hostilidade vão estar associados a maior resistência do paciente e, (c) alianças terapêuticas de melhor qualidade vão estar associadas a menores níveis de resistência.

Método

Amostra

A amostra do presente estudo foi constituída por 93 terapeutas, maioritariamente do género feminino (N= 80), com idades compreendidas entre os 24 e os 59 anos (M= 38.00; DP= 9.20). Quanto ao seu estatuto profissional, 85 eram membros efetivos da Ordem dos Psicólogos

Portugueses (OPP) e apenas 8, psicólogos juniores, pelo que o número de anos de experiência variou entre 1 e 36 anos (M= 13.00; DP= 8.47). Os terapeutas atuavam nas áreas da Psicologia Clínica/Clínica e da Saúde (N= 91) e da Justiça (N= 2), tendo a maioria selecionado a Terapia Cognitivo-Comportamental (N= 51) como abordagem terapêutica preferencial. Os restantes terapeutas selecionaram as Terapias Eclética (N= 10), Psicodinâmica (N= 9), Cognitiva (N= 5), Narrativa (N=5), Focada nas Emoções (N= 3) ou outras não especificadas (N= 10).

Os pacientes tinham idades compreendidas entre os 18 e os 62 anos (M= 34.53; DP= 11.78), sendo a maioria (N= 62) do género feminino. O número de sessões realizadas com cada paciente variou entre 1 e 400 (M= 18.31; DP= 44.83). A maioria tinha diagnóstico de perturbação emocional, nomeadamente, 54.8% apresentavam perturbação de ansiedade (N= 51) e 29%, perturbação depressiva (N= 27).

Instrumentos/Medidas

Questionário Sociodemográfico

Foi elaborado um breve questionário sociodemográfico, dividido em duas partes. A primeira permitiu obter algumas informações acerca do terapeuta, nomeadamente o seu género, idade, estatuto profissional, área da Psicologia em que trabalha, número de anos de experiência profissional e abordagem terapêutica preferencial. A segunda parte centrou-se nas informações relativas ao seu último paciente, tendo sido questionado o seu género, idade, número de sessões realizadas até ao momento e diagnóstico.

Visual Analog Scales (VAS; Hara et al., 2015)

Foram utilizadas três escalas visuais analógicas com o objetivo de caracterizar o paciente ao nível de três dimensões – Passivo/Ativo, Defensivo/Recetivo e Rígido/Flexível – considerando a forma como tendencialmente funciona durante o processo terapêutico. Estas são escalas de dez pontos, que apresentaram bons valores de consistência interna ($\alpha = .79$) (Hara et al., 2015). Maiores pontuações em cada dimensão indicam uma avaliação mais positiva por parte do terapeuta, sendo os pacientes percecionados como mais ativos, recetivos e flexíveis, respetivamente.

Questionário de Resistência do Paciente (QRP; Oliveira et al., 2022)

Este é um instrumento de autorrelato, respondido pelo terapeuta, com o objetivo de identificar o nível de resistência de um paciente numa determinada sessão. É composto por vinte e dois itens (e.g., “Expressou que não quer mudar”, “Seguiu as minhas sugestões, acrescentando informação pessoal relevante”) respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos (1= “Muito Impreciso” a 5= “Muito Preciso”).

Working Alliance Inventory – Short Revised – Therapist (WAI-SRT; Hatcher et al., 2020)

É um instrumento de autorrelato que permite avaliar a qualidade da aliança terapêutica segundo a perspetiva do terapeuta. É constituído por dez itens respondidos numa escala de *Likert* de 5 pontos (1= “Raramente” a 5= “Sempre”). Apresenta excelentes valores de consistência interna ($\alpha = .94$) (Hatcher et al., 2020). Foi utilizada a versão portuguesa desta escala.

International Personality Item Pool Interpersonal Circumplex (IPIP-IPC; Markey & Markey, 2009)

Este é um instrumento de autorrelato que permite avaliar características da personalidade ao nível de duas dimensões principais: a dominância e a afiliação. É composto por trinta e dois itens distribuídos de igual forma por oito octantes. As oito octantes representam diferentes combinações das dimensões referidas, sendo elas: *Assured-Dominant* (PA, 90º), *Arrogant-Calculating* (BC, 135º), *Cold-Hearted* (DE, 180º), *Aloof-Introverted* (FG, 225º), *Unassured-Submissive* (HI, 270º), *Unassuming-Ingenuous* (JK, 315º), *Warm-Agreeable* (LM, 0º) e *Gregarious-Extroverted* (NO, 45º). Cada item é respondido numa escala de *Likert* de 5 pontos (1= “Muito Impreciso” a 5= “Muito Preciso”). As escalas dimensionais de dominância e afiliação apresentam bons níveis de confiabilidade (.82 e .89, respetivamente) (Markey & Markey, 2009). Foi utilizada a versão portuguesa desta escala que, no presente estudo, apresentou valores de alfa de *Cronbach* entre .37 e .69.

Procedimento

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Minho (CEICSH 155/2022). Antes da recolha de dados, de forma a serem cumpridas todas as normas éticas, os participantes foram informados acerca do propósito do estudo e das condições de investigação através de um consentimento informado que reforçava o carácter voluntário da sua participação. Também, de modo a preservar a

confidencialidade dos dados e o direito de desistência da participação no estudo, cada participante criou um código, identificável apenas pelo próprio. Somente os investigadores envolvidos neste estudo tiveram acesso aos dados recolhidos.

Recrutamento da Amostra e Recolha de Dados

O recrutamento da amostra realizou-se através da partilha desta investigação nas redes sociais e *e-mail*, bem como a partir do contacto com diretores e coordenadores de serviços de intervenção e sociedades de psicoterapia. Apenas foram incluídos na amostra participantes que: (a) tinham estatuto de psicólogo júnior ou membro efetivo da Ordem dos Psicólogos Portugueses e; (b) o último paciente atendido tinha idade superior a 18 anos.

Para a recolha de dados foi elaborado um questionário através do *software Qualtrics XM*, composto pelo consentimento informado e todos os instrumentos acima descritos. Cada participante recebeu a instrução de que as suas respostas deveriam ser baseadas no último paciente atendido e na última sessão com ele realizada.

Análise de Dados

Todas as análises foram realizadas com recurso ao programa estatístico *IBM SPSS Statistics 28* (IBM Corp., 2021), sendo realizada inicialmente uma análise descritiva dos dados sociodemográficos recolhidos para caracterização da amostra. De forma a identificar a melhor estrutura para o Questionário de Resistência do Paciente (e.g., número de itens a manter), os dados obtidos foram submetidos a uma análise fatorial exploratória, com extração de fatores pelo método de análise de componentes principais. Assim, foram considerados os critérios de *Kaiser*, do *Scree plot* e um *eigenvalue* (valor próprio) superior a 1. Adicionalmente, analisou-se a consistência interna da escala total e das suas subescalas, através do coeficiente alfa de *Cronbach*.

Posteriormente, o circunplexo interpessoal, composto por oito octantes, foi transformado em duas dimensões de grande relevância no presente estudo – Dominância e Afiliação – recorrendo, para isso, às seguintes fórmulas (Braga, 2020; Ruiz et al., 2004):

Dominância = $.25 \times [\text{Domineering} - \text{Nonassertive} + .71 \times (\text{Intrusive} + \text{Vindictive} - \text{Socially Inhibited} - \text{Overly Accommodating})]$

Afiliação = $.25 \times [\text{Self-Sacrificing} - \text{Cold} + .71 \times (\text{Intrusive} - \text{Vindictive} - \text{Socially Inhibited} +$

Overly Accommodating]]

Por fim, com o intuito de explorar a relação entre as variáveis em estudo e o nível de resistência do paciente percebido pelo terapeuta, foram realizadas múltiplas correlações de *Pearson* entre as medidas utilizadas (QRP, VAS, WAI-SRT e IPIP-IC).

Resultados

Propriedades psicométricas

Estrutura Fatorial do QRP (Oliveira et al., 2022)

Considerando os critérios de *Kaiser* e do *Scree plot*, bem como a variância extraída por cada fator e a variância extraída total (Marôco, 2011), a estrutura dos itens do QRP foi reduzida para um total de catorze itens, sendo explicada por três fatores, que explicam cerca de 67% do total da variância. A medida de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) apresentou um valor de .81 e o Teste de Esfericidade de *Bartlett*, de 716.18 ($p < .001$), sugerindo a adequabilidade do modelo fatorial obtido.

O fator 1, ao qual se designou de “Resistência confrontativa”, engloba os itens 1, 2, 4, 5, 6, 8, 11 e 17, que apresentam valores de saturação entre .68 e .87 (Tabela 1). São incluídos itens do tipo “Bloqueou ativamente as minhas sugestões” ou “Expressou que não quer mudar”, explicando 42.69% da variância. O fator 2, “Envolvimento/Cooperação”, agrupa os itens 10, 16 e 20, com valores de saturação de .72, .84 e .83, respectivamente. Inclui itens como “Seguiu as minhas sugestões, acrescentando informação pessoal relevante” que explicam 13.83% da variância. O fator 3, “Resistência por evitamento”, engloba os itens 12, 13 e 18, com valores de saturação de .90, .86 e .87, respectivamente. Inclui itens como “Ficou em silêncio ou respondeu de forma minimal, quando lhe perguntei algo importante”, explicando cerca de 10.25% da variância. Como se pode observar na Tabela 2, os três fatores demonstraram estar correlacionados entre si. É de salientar que a subescala “Envolvimento/Colaboração” foi invertida e, por isso, maiores pontuações indicavam maior resistência do paciente.

Tabela 1*Análise fatorial exploratória do QRP*

	Fatores		
	1	2	3
Item 8: Bloqueou ativamente as minhas sugestões	.87	-.34	.43
Item 4: Discordou das minhas ideias	.82	-.21	.37
Item 2: Discordou da abordagem que estou a procurar seguir	.82	-.01	.35
Item 5: Referiu que o processo terapêutico não lhe fazia sentido	.80	.06	.46
Item 6: Sobrepôs-se aos meus argumentos	.79	-.21	.30
Item 11: Expressou que não quer mudar	.75	-.26	.37
Item 17: Desafiou as minhas propostas	.74	-.22	.36
Item 1: Expressou que não quer mudar alguns aspetos de si	.68	-.12	.31
Item 16: Seguiu as minhas sugestões, acrescentando informação pessoal relevante	-.11	.84	-.31
Item 20: Demonstrou ter implementado no dia-a-dia as sugestões que trabalhamos na sessão anterior	-.21	.83	-.18
Item 10: Demonstrou perceber as minhas sugestões	-.27	.72	-.16
Item 12: Ficou em silêncio ou respondeu de forma minimal, quando lhe perguntei algo importante	.40	-.22	.90
Item 18: Evitou ou atrasou dar respostas claras	.41	-.28	.87
Item 13: Foi vago ou abstrato nas suas descrições e exemplos	.43	-.13	.86
Valores próprios iniciais (<i>eigenvalues</i>)	5.98	1.94	1.44
% Variância explicada	42.69	13.83	10.25

Consistência Interna

Considerando o valor de alfa de *Cronbach* foi analisada a consistência interna do QRP (escala total) e das suas subescalas. A primeira subescala, “Resistência confrontativa”, apresenta um valor de alfa de .91; a segunda, “Envolvimento/Cooperação”, de .73; e a terceira, “Resistência por evitamento”, de .85. A escala total apresenta um valor de alfa de .89. Assim, no geral, todas apresentam bons valores de consistência interna ($\alpha > .70$).

Tabela 2*Correlações entre o QRP e as subescalas*

	QRP	Resistência confrontativa (Fator 1)	Envolvimento/ Cooperação (Fator 2)	Resistência por evitamento (Fator 3)
QRP	1	.91**	.53**	.74**
Resistência confrontativa (Fator 1)	.91**	1	.26*	.49**
Envolvimento/ Cooperação (Fator 2)	.53**	.26*	1	.29**
Resistência por evitamento (Fator 3)	.74**	.49**	.29**	1

*Nota. ** $p < .001$; * $p < .005$* **Resistência do paciente, traços de personalidade do terapeuta e aliança terapêutica**

De forma a explorar a associação entre a resistência do paciente percebida pelo terapeuta e os seus níveis de dominância e afiliação, procedeu-se à análise das correlações entre essas variáveis. Os resultados sugeriram que os níveis de dominância e afiliação do terapeuta não estão correlacionados com a avaliação que realizaram dos níveis de resistência do paciente (Tabela 3).

Por outro lado, observámos que a qualidade da aliança terapêutica e o nível de resistência do paciente estão negativamente correlacionados tanto com a escala de resistência global ($r = -.41, p < .001$), como com cada uma das subescalas. Na análise da relação com cada subescala, verificámos que a aliança terapêutica apresenta valores de correlação mais elevados com o fator “Envolvimento/Colaboração” ($r = -.57, p < .001$).

Resistência do paciente, comportamentos em terapia e aliança terapêutica

Foi também explorada a relação entre o nível de resistência do paciente e a forma como tendencialmente funciona durante o processo terapêutico – nas dimensões “Passivo/Ativo”, “Defensivo/Recetivo” e “Rígido/Flexível”. A partir da Tabela 3 observam-se entre estas variáveis correlações negativas e significativas, com r a variar entre $-.43$ e $-.24$. Excepcionalmente, o nível de “resistência por evitamento” não se encontra significativamente associado à defensividade/recetividade do paciente na sessão realizada ($r = -.17$; $p = .106$).

No caso da qualidade da aliança terapêutica, verificámos a existência de uma correlação moderada, positiva e estatisticamente significativa com as três dimensões das escalas visuais analógicas, com r a variar entre $.30$ e $.38$.

Traços de personalidade do terapeuta e comportamentos do paciente em terapia

Foram ainda exploradas possíveis associações entre os traços de personalidade do terapeuta e a forma como este percebe o comportamento de um paciente em terapia (Tabela 3). Contudo, surgem apenas evidências que relacionam positivamente o grau de dominância do terapeuta com o nível de defensividade/recetividade do paciente. Apesar de esta ser uma correlação estatisticamente significativa, considera-se relativamente fraca ($r = .26$, $p = .016$).

Tabela 3*Correlações entre o QRP, as suas subescalas, WAI-SRT, VAS, Dominância e Afiliação*

	WAI-SRT	Dominância	Afiliação	Passivo/ Ativo	Defensivo/ Recetivo	Rígido/ Flexível
QRP	-.41**	.03	-.10	-.43**	-.29**	-.42**
Resistência confrontativa (Fator 1)	-.24*	.02	.01	-.35**	-.24*	-.36**
Envolvimento/ Cooperação (Fator 2)	-.57**	-.17	-.06	-.25*	-.28**	-.26*
Resistência por evitamento (Fator 3)	-.26*	.01	.13	-.33**	-.17	-.33**
WAI-SRT	1	.05	.08	.33**	.30**	.38**
Passivo/ Ativo	.33**	-.04	-.03	1	.32**	.33**
Defensivo/ Recetivo	.30**	.26*	-.18	.32**	1	.57**
Rígido/ Flexível	.38**	-.03	-.22	.33**	.57**	1

*Nota. ** $p < .001$; * $p < .005$*

Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo desenvolver e validar uma nova medida, o Questionário de Resistência do Paciente, assim como explorar possíveis associações entre as características interpessoais do terapeuta, a sua percepção acerca dos comportamentos do paciente na sessão, a qualidade da aliança terapêutica e os níveis de resistência percebidos. Em relação ao primeiro objetivo, os resultados sugeriram a validade do instrumento, uma vez que este apresenta bons índices de consistência interna e correlações relativamente fortes com as suas subescalas. Entre os níveis de resistência do paciente e os traços de personalidade do terapeuta foi encontrada excepcionalmente uma correlação significativa entre a dominância do terapeuta e o nível de defensividade/recetividade do paciente. Os restantes resultados sugeriram a existência de associações entre a qualidade da aliança terapêutica, os níveis de resistência do paciente e a percepção dos seus comportamentos em terapia.

Propriedades psicométricas do QRP

Os resultados obtidos indicaram que tanto a escala geral como as suas subescalas apresentavam bons índices de consistência interna ($\alpha > .70$) e estavam significativamente correlacionadas entre si, sugerindo que o QRP mede realmente a variável de interesse. Para além do nível de resistência do paciente, que é avaliado através do total de itens que constituem o QRP, este instrumento permite avaliar três dimensões associadas ao fenómeno em estudo: a resistência confrontativa, o envolvimento/colaboração e a resistência por evitamento.

A resistência confrontativa, também muitas vezes referida como “resistência hostil”, refere-se a um tipo de resistência mais aberta, que envolve confronto e oposição em terapia, sendo frequente o questionamento das competências, método de trabalho ou características pessoais do terapeuta (Westra et al., 2009, citado em Schwartz et al., 2021). Por outro lado, a resistência por evitamento envolve sinais de maior passividade e menos óbvios de baixa colaboração e, por isso, é muitas vezes, mais difícil de identificar (Beutler et al., 2002; Beutler et al., 2011; Newman, 1994). O envolvimento/colaboração pode ser definido como um conjunto de esforços que os pacientes realizam durante o período do tratamento, na sessão e entre sessões, de forma a serem alcançadas mudanças (e.g., assiduidade, realização dos trabalhos de casa, participação ativa) (Holdsworth et al., 2014).

Traços de personalidade do terapeuta, resistência do paciente e comportamentos em terapia

Os resultados obtidos não sugerem qualquer associação entre as características interpessoais do terapeuta, nomeadamente a dominância e afiliação, e os níveis de resistência do paciente, o que não está de acordo com a segunda hipótese colocada nem com as evidências já encontradas na literatura. Por exemplo, parece existir uma associação entre o decréscimo nos comportamentos positivos do terapeuta (e.g., elogiar, apoiar, incentivar) e a manifestação de maiores níveis de resistência do paciente. Assim, perante maior resistência podem surgir comportamentos mais negativos e confrontativos por parte do terapeuta, nomeadamente interromper ou discordar diretamente dos pacientes (Francis et al., 2005, citado em Westra & Norouzian, 2018). De um modo semelhante, num estudo recente de Hennissen et al. (2020) observou-se que pacientes mais resistentes suscitavam nos terapeutas sentimentos e reações mais hostis, como irritação, raiva, perda de paciência, confronto e agressividade. Também, alguns estudos demonstram que, em momentos de maior tensão ou oposição, quando o terapeuta responde com maior afiliação, empatia, colaboração e suporte ao paciente, existe uma subsequente diminuição dos seus níveis de resistência (e.g., Aviram et al., 2016; Hara et al., 2022). Devido a estas evidências seria de esperar a existência de uma associação entre o perfil interpessoal dos terapeutas e o nível de resistência dos pacientes. Uma explicação para não se terem observado estas associações é a obtenção do perfil interpessoal do terapeuta através da sua própria perspetiva/avaliação. Há estudos que sugerem que ao nível da autoavaliação de competências, os terapeutas têm tendência a sobrestimar o seu grau de competência – sobretudo aqueles que são menos competentes – quando comparado a observadores externos (Brosan et al., 2008); a sobrestimar os resultados positivos dos seus pacientes, subestimando a probabilidade de deterioração (Walfish et al., 2012). Assim, parece existir um viés associado à autoavaliação que não permite assegurar a sua confiabilidade. Neste sentido, também os perfis de personalidade obtidos neste estudo podem ser pouco próximos da realidade, com uma tendência para a sobrevalorização de características “ideais” em terapia. Uma outra explicação pode estar associada às características da amostra, que foi maioritariamente constituída por terapeutas do género feminino, resultando numa predominância de perfis de baixa hostilidade e dominância. A literatura tem apresentado evidências consistentes ao longo do tempo, que sugerem diferenças de género nos traços de personalidade. Nomeadamente, entre o género masculino é comum a presença de traços na dimensão hostil-dominante, maior abertura e elevada agência (*agentic*), ao contrário do género feminino, mais caracterizado por traços na

dimensão amigável-submissa, maior neuroticismo e amabilidade e elevada ligação (*communion*) (e.g., Akyunus et al., 2021; Hsu et al., 2021; Lippa, 1995).

No presente estudo surgiram também evidências que indicaram uma associação positiva, ainda que fraca, entre o grau de dominância do terapeuta e o nível de defensividade/recetividade do paciente. Contudo, de acordo com a literatura existente, seria esperado que esta associação ocorresse no sentido oposto, ou seja, uma maior dominância do terapeuta (e.g., quando é mais diretivo) estaria associada à expressão de maior resistência (e.g., Beutler et al., 2011) e, neste sentido, maior defensividade do paciente. Alguns estudos referem que existe uma correlação positiva entre a competitividade/hostilidade do terapeuta e a manifestação de formas mais passivas de resistência (Mueller et al., 1968), que, muitas vezes, são mais difíceis de identificar pelos terapeutas (Hara et al., 2015). Neste sentido, a inconsistência encontrada pode ter resultado de uma avaliação pouco precisa da resistência do paciente, onde a sua passividade pode ter sido interpretada como uma postura de maior recetividade.

Resistência do paciente, comportamentos em terapia e aliança terapêutica

Os resultados obtidos sugerem a existência de uma associação negativa entre os níveis de resistência do paciente e a qualidade da aliança terapêutica. Para além de estarem de acordo com a terceira hipótese colocada, são suportados pela literatura existente (e.g., Westra & Norouzian, 2018). Quando se observam maiores níveis de resistência do paciente numa determinada sessão, este tende a perceber a relação com o terapeuta como mais negativa e, por isso, atribui menores pontuações à aliança terapêutica (Hara et al., 2015; Watson & McMullen, 2005). De forma semelhante, num estudo recente de Schwartz et al. (2022), foi observado que perante manifestações de resistência hostil, as avaliações da qualidade da aliança terapêutica foram mais baixas, tanto por parte dos pacientes como dos terapeutas, tendo sido associadas a declínios nas mesmas.

Também, a correlação mais forte obtida foi entre a aliança terapêutica e o fator “Envolvimento/Colaboração”. Este resultado pode ser explicado pelo facto de pacientes que demonstram um maior envolvimento poderem ser mais encorajados ao longo do tratamento, aumentando a sua motivação e contribuindo para o desenvolvimento de relações terapêuticas mais fortes (Holdsworth et al., 2014). Ainda neste sentido, pacientes mais colaborativos costumam provocar reações mais positivas nos terapeutas (Westra et al., 2012) e ser vistos como

mais ativos, recetivos e flexíveis durante as sessões, o que se traduz numa perceção da aliança terapêutica como tendo maior qualidade, por ambas as partes (Hara et al., 2015). Pelo contrário, a perceção dos pacientes como estando a trabalhar numa direção oposta à do terapeuta, como sendo mais hostis, opositores, pouco cooperantes, mais defensivos e rígidos foi associada a maiores níveis de resistência observada e podem influenciar negativamente as atitudes e/ou respostas do terapeuta (e.g., Gómez-Penedo & Flückiger, 2022; Hara et al., 2015; Schwartz et al., 2021). Outros estudos também encontraram evidências de uma forte associação entre maiores níveis de resistência e uma subsequente diminuição do envolvimento do paciente, nomeadamente em tarefas durante as sessões (Jungbluth & Shirk, 2009) e na realização de trabalhos de casa (Aviram & Westra, 2011). De forma semelhante a estas ideias, também os resultados do presente estudo sugerem uma associação positiva entre a perceção do terapeuta sobre o funcionamento do paciente em terapia e a qualidade da aliança terapêutica; mas negativa com a resistência do paciente.

Limitações e estudos futuros

O presente estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados obtidos e em estudos futuros. A principal limitação relaciona-se com a metodologia utilizada, nomeadamente na organização dos instrumentos que constituíram o questionário para a recolha de dados. Visto que o principal objetivo deste estudo foi a validação do QRP, foi suscitada, desde o início do preenchimento do questionário, a recordação do último paciente atendido e só no final foi apresentado o IPIP-IC. Assim, em parte, esta sequência pode ter contaminado as respostas que foram obtidas acerca do perfil interpessoal dos terapeutas. O facto de esta ser uma medida de autorrelato também pode ter contribuído para a existência de um viés de desejabilidade social e, por sua vez, os níveis de dominância e afiliação obtidos podem não estar próximos da realidade. Outro aspeto importante é que este instrumento foi utilizado pela primeira vez na população portuguesa e, por isso, seria necessário verificar a sua adequação ao idioma. Também não foi controlado o período de tempo que decorreu entre a última consulta realizada e a resposta ao questionário. Assim, o facto de poder não ter sido preenchido imediatamente após a sessão pode ter implicado algumas imprecisões na recordação das atitudes do paciente, sobretudo em relação a manifestações mais subtis de resistência. Uma outra limitação está associada às características da amostra recolhida, pois para além de ser relativamente pequena, foi constituída maioritariamente por terapeutas do género feminino e

cuja abordagem preferencial era a terapia cognitivo-comportamental. Uma vez que traços de maior dominância e hostilidade parecem estar mais associados ao gênero masculino e que diferentes abordagens terapêuticas têm diferentes perspectivas acerca da resistência será importante, no futuro, a realização de estudos com amostras mais heterogêneas.

Apesar de tudo, este estudo pode trazer implicações positivas para a psicoterapia, na medida em que o QRP poderá contribuir para melhorar e facilitar a identificação da resistência dos pacientes desde fases iniciais do processo terapêutico. E, desta forma, ao ser identificada precocemente permite que os terapeutas adaptem antecipadamente as suas intervenções de forma a ser dada uma resposta mais eficiente. Também, com base nos resultados obtidos e com o conhecimento de que existem efeitos importantes do terapeuta nos resultados em psicoterapia, será importante que continuem a ser desenvolvidos novos estudos acerca da influência que as características, comportamentos e percepções do terapeuta podem ter nas atitudes dos seus pacientes e no processo terapêutico.

Referências

- Ackerman, S. J., & Hilsenroth, M. J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review, 23*(1), 1–33. [https://doi.org/10.1016/s0272-7358\(02\)00146-0](https://doi.org/10.1016/s0272-7358(02)00146-0)
- Akyunus, M., Gençöz, T., & Aka, B. T. (2021). Age and sex differences in basic personality traits and interpersonal problems across young adulthood. *Current Psychology, 40*, 2518–2527. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-0165-z>
- Aviram, A., & Westra, H. A. (2011). The impact of motivational interviewing on resistance in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research: Journal of the Society for Psychotherapy Research, 21*(6), 698–708. <https://doi.org/10.1080/10503307.2011.610832>
- Aviram, A., Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2016). Responsive management of early resistance in cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 84*(9), 783–794. <https://doi.org/10.1037/ccp0000100>
- Barkham, M., Lutz, W., Lambert, M. J., & Saxon, D. (2017). Therapist effects, effective therapists, and the law of variability. In L. Castonguay & C. Hills (Eds.), *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects* (pp. 13–36). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000034-002>
- Beutler, L. E., Clarkin, J. F., & Bongar, B. M. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. Oxford University Press.
- Beutler, L.E., & Harwood, M.T. (2000). *Prescriptive therapy: A practical guide to systematic treatment selection*. Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2011). Resistance/Reactance Level. *Journal of Clinical Psychology, 67*(2), 133–142. <https://doi.org/10.1002/jclp.20753>
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S., & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Eds.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 227–306). Hoboken, NJ: Wiley.

- Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What conclusions are supported by research. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 207–217. <https://doi.org/10.1002/jclp.1144>
- Braga, R. (2020). *Ambivalência em relação à mudança e complementaridade interpessoal terapeuta-paciente* [Tese de Mestrado, Universidade do Minho]. https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/68583/1/Dissertacao_Rui_Braga-VF.pdf
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R. G. (2008). Self-evaluation of cognitive therapy performance: Do therapists know how competent they are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(5), 581–587. <https://doi.org/10.1017/S1352465808004438>
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006). *Principles of therapeutic Change that work: Integrating relationship, treatment, client, and therapist factors*. New York: Oxford University Press.
- Dowd, E. T., Milne, C. R., & Wise, S. L. (1991). The Therapeutic Reactance Scale: A Measure of Psychological Reactance. *Journal of Counseling and Development*, 69(6), 541–545. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1991.tb02638.x>
- Dowd, E. T., & Wallbrown, F. (1993). Motivational Components of Client Reactance. *Journal of Counseling & Development*, 71(5), 533–538. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1993.tb02237.x>
- Eubanks, C. F., Muran, J. C., & Safran, J. D. (2019). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross, & M. J. Lambert (Eds.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based therapist contributions* (pp. 549–579). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190843953.001.0001>
- Francis, N., Rollnick, S., McCambridge, J., Butler, C., Lane, C., & Hood, K. (2005). When smokers are resistant to change: Experimental analysis of the effect of patient resistance on practitioner behaviour. *Addiction*, 100(8), 1175–1182. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01124.x>

- Gómez-Penedo, J. M., & Flückiger, C. (2022). Therapists' perceptions of interpersonally challenging patients in generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2062268>
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2006). The Psychotherapy Dose-Response Effect and Its Implications for Treatment Delivery Services. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 329–343. <https://doi.org/10.1093/clipsy.9.3.329>
- Hara, K. M., Westra, H. A., Aviram, A., Button, M. L., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2015). Therapist Awareness of Client Resistance in Cognitive-Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(2), 162–174. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.998705>
- Hara, K. M., Westra, H. A., Coyne, A. E., Di Bartolomeo, A. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2022). Therapist affiliation and hostility in cognitive-behavioral therapy with and without motivational interviewing for severe generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, 32(5), 598–610. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.2001069>
- Hatcher, R. L., Lindqvist, K., & Falkenström, F. (2020). Psychometric evaluation of the Working Alliance Inventory—Therapist version: Current and new short forms. *Psychotherapy Research*, 30(6), 706–717. <https://doi.org/10.1080/10503307.2019.1677964>
- Hennissen, V., Meganck, R., Van Nieuwenhove, K., Krivzov, J., Dulsster, D., & Desmet, M. (2020). Countertransference Processes in Psychodynamic Therapy with Dependent (Anaclitic) Depressed Patients: A Qualitative Study Using Supervision Data. *Psychodynamic Psychiatry*, 48(2), 170–200. <https://doi.org/10.1521/pdps.2020.48.2.170>
- Holdsworth, E., Bowen, E., Brown, S., & Howat, D. (2014). Client engagement in psychotherapeutic treatment and associations with client characteristics, therapist characteristics, and treatment factors. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 428–450. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.004>
- Hong, S.-M., & Page, S. (1989). A Psychological Reactance Scale: Development, Factor Structure and Reliability. *Psychological Reports*, 64(3), 1323–1326. <https://doi.org/10.2466/pr0.1989.64.3c.1323>

- Hsu, N., Badura, K. L., Newman, D. A., & Speech, M. E. P. (2021). Gender, “masculinity,” and “femininity”: A meta-analytic review of gender differences in agency and communion. *Psychological Bulletin*, 147(10), 987–1011. <https://doi.org/10.1037/bul0000343>
- IBM Corp. Released 2021. IBM SPSS Statistics for Macintosh, Version 28.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Jungbluth, N. J., & Shirk, S. R. (2009). Therapist Strategies for Building Involvement in Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescent Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1179–1184. <https://doi.org/10.1037/a0017325>
- Kirmayer, L.J. (1990). Resistance, reactance, and reluctance to change: A cognitive attributional approach to strategic interventions. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 4(2), 83–104. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.4.2.83>
- Koekkoek, B., Hutschemaekers, G., van Meijel, B., & Schene, A. (2011). How do patients come to be seen as “difficult”? A mixed-methods study in community mental health care. *Social Science & Medicine*, 72(4), 504–512. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.11.036>
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield’s handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 139–193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. *Psychotherapy*, 48(1), 72–79. <https://doi.org/10.1037/a0022238>
- Lippa, R. (1995). Gender-Related Individual Differences and Psychological Adjustment in Terms of the Big Five and Circumplex Models. In *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(6), 1184–1202. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.69.6.1184>
- Mahalik, J. R. (1994). Development of the Client Resistance Scale. In *Journal of Counseling Psychology*, 41(1), 58–68. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.41.1.58>
- Mamedova, K., Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2016). *Initial Expectations as a Moderator of the Impact of Resistance on Outcome Expectations in Cognitive-Behavioral Therapy*. Paper presented at the annual meeting of the Society for the Exploration of Psychotherapy Integration, Dublin, Ireland.

- Markey, P. M., & Markey, C. N. (2009). A brief assessment of the interpersonal circumplex: The IPIP-IPC. *Assessment*, 16(4), 352–361. <https://doi.org/10.1177/1073191109340382>
- Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd edition). Guilford Press.
- Mueller, W. J., & Dilling, C. A. (1968). Therapist-Client Interview Behavior and Personality Characteristics of Therapists. *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 32(3), 281–288. <https://doi.org/10.1080/0091651x.1968.10120484>
- Newman, C. F. (1994). Understanding client resistance: Methods for enhancing motivation to change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(1), 47–69. [https://doi.org/10.1016/s1077-7229\(05\)80086-0](https://doi.org/10.1016/s1077-7229(05)80086-0)
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2018). Psychotherapy Relationships That Work III. *Psychotherapy*, 55(4), 303–315. <https://doi.org/10.1037/pst0000193>
- Oliveira, J. T. (2022). *Patient Resistance Scale*. Unpublished manuscript.
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Castonguay, L. G., & Ragusea, S. A. (2004). Validity of the Inventory of Interpersonal Problems for Predicting Treatment Outcome: Na Investigation With The Pennsylvania Practice Research Network. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 213–222. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa8303_05
- Schuller, R., Crits-Christoph, P., & Connolly, M. B. (1991). The Resistance Scale: Background and Psychometric Properties. *Psychoanalytic Psychology*, 8(2), 195–211. <http://dx.doi.org/10.1037/h0079256>
- Schwartz, R. A., Chambless, D. L., Milrod, B., & Barber, J. P. (2021). Patient, Therapist, and Relational Antecedents of Hostile Resistance in Cognitive–Behavioral Therapy for Panic Disorder: A Qualitative Investigation. *Psychotherapy*, 58(2), 230–241. <https://doi.org/10.1037/pst0000308>

- Schwartz, R. A., McCarthy, K. S., Solomonov, N., Chambless, D. L., Milrod, B., & Barber, J. P. (2022). How does hostile resistance interfere with the benefits of cognitive–behavioral therapy for panic disorder? The role of therapist adherence and working alliance. *Psychotherapy Research*, 32(8), 972–983. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2044086>
- Seibel, C. A., & Dowd, E. T. (2001). Personality characteristics associated with psychological reactance. *Journal of Clinical Psychology*, 57(7), 963–969. <https://doi.org/10.1002/jclp.1062>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 547–559. <https://doi.org/10.1037/a0028226>
- Urmanche, A. A., Oliveira, J. T., Goncalves, M. M., Eubanks, C. F., & Muran, J. C. (2019). Ambivalence, Resistance, and Alliance Ruptures in Psychotherapy: It's Complicated. *Psychoanalytic Psychology*, 36(2), 139–147. <https://doi.org/10.1037/pap0000237>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An Investigation of Self-Assessment Bias in Mental Health Providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639–644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.pr0.110.2.639-644>
- Wampold, B., & Imel, Z. E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Watson, J. C., & McMullen, E. J. (2005). An examination of therapist and client behavior in high- and low-alliance sessions in cognitive-behavioral therapy and process experiential therapy. *Psychotherapy*, 42(3), 297–310. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.42.3.297>
- Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., Kertes, A., & Ahmed, M. (2012). Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy*, 49(2), 163–172. <https://doi.org/10.1037/a0023200>
- Westra, H. A., Aviram, A., Kertes, A., Ahmed, M., & Connors, L. (2009). *Manual for coding resistance in CBT for anxiety*. Unpublished manual. Department of Psychology, York University. Toronto, ON, Canada.

Westra, H. A., & Norouzian, N. (2018). Using Motivational Interviewing to Manage Process Markers of Ambivalence and Resistance in Cognitive Behavioral Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 193–203. <https://doi.org/10.1007/s10608-017-9857-6>

Zickgraf, H. F., Chambless, D. L., McCarthy, K. S., Gallop, R., Sharpless, B. A., Milrod, B. L., & Barber, J. P. (2016). Interpersonal Factors Are Associated with Lower Therapist Adherence in Cognitive-Behavioural Therapy for Panic Disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 23(3), 272–284. <https://doi.org/10.1002/cpp.1955>



Universidade do Minho

Conselho de Ética

Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: CEICSH 155/2022

Relatores: Emanuel Pedro Viana Barbas Albuquerque e Marlene Alexandra Veloso Matos

Título do projeto: *Questionário de Resistência do Paciente: Estudos de desenvolvimento e validação*

Equipa de Investigação: João Tiago Terra da Cruz Oliveira (Investigador Júnior) e Miguel M. Gonçalves (Professor Catedrático), Centro de Investigação em Psicologia (CIPsi), Escola de Psicologia, Universidade do Minho

PARECER

A Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) analisou o processo relativo ao projeto de investigação acima identificado, intitulado *Questionário de Resistência do Paciente: Estudos de desenvolvimento e validação*.

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

Face ao exposto, a Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas (CEICSH) nada tem a opor à realização do projeto nos termos apresentados no Formulário de Identificação e Caracterização do Projeto, que se anexa, emitindo o seu parecer favorável, que foi aprovado por unanimidade pelos seus membros.

Braga, 29 de dezembro de 2022.

O Presidente da CEICSH

(Acílio Estanqueiro Rocha)